



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Mendes da Silva, Rondineli; Caetano, Rosangela
Programa "Farmácia Popular do Brasil": caracterização e evolução entre 2004-2012
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 20, núm. 10, octubre, 2015, pp. 2943-2956
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042187003>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012

“Farmácia Popular do Brasil” Program:
characterization and evolution between 2004 and 2012

Rondineli Mendes da Silva¹
Rosangela Caetano²

Abstract The “Farmácia Popular do Brasil” Program (PFPB) aims to improve access to medicines, offering subsidized products. It is structured in an arrangement involving public and private sectors. The paper described the organization and expansion of the PFPB and examined the reference price (RP) of the medicines paid by the government, between 2004 and 2012. It is an exploratory study of quantitative and qualitative approach, developed from the literature review and analysis of public documents. Quantitative data were collected from the Ministry of Health and Electronic System of Citizens Information Services. The PFPB is organized in two delivery models: public owned facilities (Rede Própria) and accredited private retail pharmacies (Aqui Tem Farmácia Popular - ATFP). The ATFP has allowed its own expansion, from 2006. Antihypertensives, antidiabetics and antiasthmatics were exempt from copayment, since 2011. The expansion of the ATFP Program was significant, for facilities and covered municipalities, 750% and 528%, respectively. The RP was reduced by 33.6% on average (ranging from 23-52%) for medicines available since the beginning of the ATFP. The expansion was performed with the actions hitherto unprecedented, as copayment and accreditation of private retail pharmacies.

Key words Pharmaceutical services, National drugs policy, Government programs

Resumo O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) visa aumentar o acesso a medicamentos, disponibilizando produtos subsidiados. Estrutura-se em arranjos que envolvem os setores público e privado. O trabalho descreveu a organização e a expansão do PFPB e examinou o comportamento dos valores de referência (VR) dos medicamentos pagos pelo governo, entre 2004-2012. Estudo exploratório, qualquantitativo, desenvolvido a partir de pesquisa bibliográfica e análise de documentos públicos. Dados quantitativos foram levantados junto ao Ministério da Saúde e Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão. O PFPB encontra-se organizado em duas vertentes: Rede Própria estatal, presente desde 2004, e a outra chamada “Aqui Tem Farmácia Popular” (ATFP), estabelecida em parceria com o comércio farmacêutico, que permitiu sua própria expansão, a partir de 2006. Com início em 2011, anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos foram isentos de cofinanciamento. Identificou-se crescimento do Programa ATFP em termos de unidades credenciadas (750%) e municípios cobertos (528%), com redução média de 33,6% no VR praticado para medicamentos presentes desde seu início. A expansão ocorreu com emprego de ações até então inéditas, como o copagamento e a ampla utilização do comércio varejista.

Palavras-chave Assistência farmacêutica, Política nacional de medicamentos, Programas governamentais

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos, 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. rondineli.mendes@gmail.com

² Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Introdução

O acesso a medicamentos se constitui em um dos desafios sociais mais importantes para todos os governos, em especial naqueles países com sistemas nacionais de acesso universal¹.

No Brasil, fragilidades no acesso e uso de medicamentos têm sido apontadas. Muitas vezes, medicamentos essenciais não estão disponíveis nos serviços de saúde, penalizando cidadãos que dependem e necessitam destes insumos^{2,3}.

Medicamentos representam a principal categoria que compromete os orçamentos familiares em seus gastos com saúde, principalmente naquelas de menor renda⁴. Na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008-2009, considerando famílias que tiveram registro de gastos com medicamentos, aquelas pertencentes ao extrato mais pobre comprometeram 8,5% de sua renda na compra desses produtos, em contraposição a menos de 2% naquelas que fazem parte do último décimo de renda⁵.

As Políticas Nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, estabelecidas a partir do final dos anos 90, instituíram diretrizes que visaram melhorar o acesso e uso racional de medicamentos, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

Mesmo existindo programas específicos, com objetivo de garantir acesso a um elenco de medicamentos essenciais a serem ofertados à população, no âmbito das farmácias públicas nas unidades do SUS⁷, dificuldades na provisão pública somados ao padrão desigual de gasto das famílias brasileiras⁵, levaram o governo brasileiro a implantar, a partir de 2004, ação até então inédita no cenário nacional: a disponibilização de medicamentos mediante sistema de copagamento pelos usuários. Inicialmente instituído por meio de uma rede própria de farmácias estatais, o Programa Farmácia Popular do Brasil foi expandido posteriormente através de parcerias com o setor privado varejista farmacêutico. Novas mudanças ocorreram em 2011, com isenção de copagamento de um conjunto de medicamentos específicos.

Esse Programa tem sido uma das políticas priorizadas na agenda de saúde do governo federal⁸. É considerada alternativa relevante de acesso a medicamentos e um dos principais vértices da Política de Assistência Farmacêutica vigente no país^{9,10}. Os objetivos deste estudo foram descrever a organização do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) em suas distintas vertentes, em termos de sua cobertura e expansão no período 2004-2012, e examinar o comportamento histó-

rico dos Valores de Referência praticados para os medicamentos incluídos nesse Programa.

Métodos

Trata-se de estudo exploratório, de enfoque qualitativo.

Para caracterizar o PFPB, foi realizada revisão bibliográfica e documental das diversas formas de provisão de medicamentos presentes no país, buscando identificar os conceitos, antecedentes históricos e o desenvolvimento ao longo do tempo do Programa nas suas distintas vertentes.

Foram utilizadas, como principais fontes bibliográficas, as bases Medline e Lilacs, e os bancos de teses e dissertações das agências de fomento e outros organismos acadêmicos. A pesquisa concentrou-se no período de janeiro/2003 a janeiro/2013, utilizando como termos genéricos de busca “assistência farmacêutica”, “farmácia popular”, “copagamento” e “modelos de provisão de medicamentos”.

Foi também realizado levantamento e análise de documentos públicos como leis, portarias, regimentos internos e demais documentos específicos relacionados ao Programa. Essa etapa envolveu (1) pesquisa direta no ambiente virtual dedicado ao Programa¹¹ dentro do sítio eletrônico do Ministério da Saúde (MS), que possibilita acesso a dados como manuais e principais normas vigentes; (2) busca no Sistema de Legislação da Saúde¹² do MS (Saúde Legis), que reúne o conjunto de atos normativos do SUS no âmbito da esfera federal, consultado a partir do termo “farmácia popular” e; (3) pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-MS), cobrindo o mesmo período, buscando complementar outros documentos da criação, regras de funcionamento e elenco de medicamentos do PFPB¹³. De forma complementar, examinaram-se relatórios de gestão da Fiocruz, a fim de identificar elementos referentes aos anos iniciais (2004 e 2005) do Programa e outras referências relacionadas ao desenvolvimento da Rede Própria^{14,15}.

O funcionamento do Programa, em suas diferentes vertentes, foi sintetizado a partir de seis dimensões: (1) gestão e execução; (2) estruturação e operacionalização; (3) medicamentos e produtos para a saúde disponíveis; (4) prescrição médica; (5) preço dos produtos e pagamentos aos credenciados e; (6) controle e auditoria.

A expansão do Programa no período foi investigada diretamente no sítio eletrônico do MS¹¹ e no ambiente denominado “Sala de Apoio à

Gestão Estratégica” (SAGE), também no portal do MS, que disponibiliza dados secundários de acompanhamento das ações prioritárias de saúde do governo brasileiro, como o PFPB¹⁶.

Para obtenção do número de usuários atendidos ao longo do tempo e por localidade, foram utilizados, como estratégia complementar, os meios atuais disponibilizados pela Lei de Acesso à Informação, que permite aos cidadãos, com o objetivo de promoção da transparência, obtenção de algumas informações públicas¹⁷. Operacionalmente, o levantamento de dados foi realizado por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC), que permite, após cadastramento prévio, envio de solicitação de dados a qualquer pessoa, física ou jurídica, para órgãos e entidades federais.

Informações quantitativas sobre o número de estabelecimentos farmacêuticos, municípios cobertos pelas vertentes do Programa e usuários atendidos foram organizadas por ano, cobrindo o período 2004-2012.

A análise do comportamento dos Valores de Referência (VR) – preço referencial para pagamento, fixado pelo MS para cada unidade farmacotécnica de medicamento e presente apenas na vertente desenvolvida em parceria com o setor privado – apoiou-se no histórico de regulação do PFPB e restringiu-se aos insumos disponíveis desde o início de seu funcionamento.

Resultados

Evolução e funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil

O PFPB foi lançado, ainda como proposta de campanha eleitoral para a presidência da República, no ano de 2002⁸. Sua implementação, contudo, só ocorreu em 2004, servindo ao objetivo estratégico de ampliação de acesso a medicamentos por meio de copagamento. Os agentes envolvidos no compartilhamento dos custos são os usuários e o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, objetivando diminuir o impacto do preço dos medicamentos no orçamento familiar.

Com relação ao elenco de medicamentos, o Programa tem como propósito assegurar medicamentos essenciais para o tratamento das doenças mais prevalentes na população. A maioria dos produtos no rol do PFPB estão presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais¹⁸ (RENAME), embora existam alguns que não façam

parte do elenco da Relação vigente (2013) ou das anteriores, como o caso do Atenolol 25mg¹⁹.

A coordenação do Programa sempre esteve sob responsabilidade do Departamento de Assistência Farmacêutica do MS (DAF/MS). Envolveu inicialmente o funcionamento de redes próprias geridas pela Fiocruz e, a partir de 2006, expandiu-se, credenciando estabelecimentos farmacêuticos do setor privado. Atualmente, o PFPB está regulamentado pela Portaria nº. 971 de 15/05/2012²⁰, em suas duas vertentes de organização — Rede Própria (RP) e Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP), melhor caracterizadas logo adiante.

Em fevereiro de 2011, tornaram-se isentos de copagamento, os medicamentos para tratamento da hipertensão e diabetes sem necessidade de desembolso de recursos financeiros por parte dos usuários, nas duas vertentes. Esse formato foi formulado como uma “campanha”, denominada “Saúde Não Tem Preço”. Em 2012, produtos para tratamento da asma também foram inseridos nesta submodalidade. Para os outros medicamentos do elenco, comercializados nas farmácias de ambas vertentes, ainda é exigido copagamento.

Vertente Rede Própria

Correspondeu à primeira fase do Programa, surgida a partir da abertura de uma rede estatal de farmácias diretamente pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Parcerias com Municípios, Estados e instituições de ensino públicas ou privadas filantrópicas, foram a seguir desenvolvidas, visando sua ampliação, porém ainda comandadas pela Fiocruz. Esta Fundação tem, até hoje, o papel de coordenar a estruturação e dar apoio operacional às unidades próprias, sendo responsável pela capacitação de profissionais, operação dos procedimentos de aquisição, realização de processos licitatórios próprios, além do armazenamento central e distribuição logística dos medicamentos às farmácias.

A gestão administrativa – incluindo funcionamento das unidades, contratação de recursos humanos, gestão de estoques de medicamentos, suprimentos de expediente e informática, bem como a manutenção predial, dos móveis e equipamentos – é de responsabilidade do participante conveniado ao Programa. A execução das atividades das farmácias é padronizada, buscando garantia de uniformidade das ações, fundamentalmente voltadas à gestão dos estoques e elenco de medicamentos; equipamentos e materiais de consumo utilizados; uniformes dos funcionários; e processo de atendimento aos usuários.

A lista de medicamentos disponibilizada na RP é, atualmente, composta por 112 produtos, de diversas classes terapêuticas, e um insumo (preservativo masculino). A dispensação dos medicamentos ocorre mediante pagamento pelos usuários de um valor de resarcimento, que corresponde aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação, cujos valores são agregados ao preço final do produto disponibilizado, denominado de Preço de Dispensação. Esse valor de resarcimento é estabelecido pelo Conselho Gestor do Programa, sendo o mesmo para cada produto, em toda RP. Segundo o MS, esse preço é distinto de uma relação comercial de venda, pois o lucro não é a meta na execução do Programa e não é fonte que viabiliza a manutenção de suas unidades²¹.

Vertente Aqui Tem Farmácia Popular

A partir de 2006, o PFPB se expandiu mediante parcerias com as farmácias privadas, na vertente denominada Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” (ATFP). O credenciamento dos estabelecimentos comerciais ocorre por manifestação do interesse do empresariado, solicitando seu cadastro, desde que cumpridas as regras de entrada previstas, comprovadas por meio de documentos de caráter fiscal e sanitário, sem exigência de qualquer ordenação geográfica ou populacional^{19,22}.

Como na Rede Própria, é exigido um padrão de identidade visual nos estabelecimentos farmacêuticos, como a exibição de peças publicitárias que identifiquem seu credenciamento ao Programa, com logomarca específica²³.

O elenco de medicamentos do ATPF é bem menor que o da Rede Própria, embora tenha sofrido crescimento com a entrada sequenciada de diversos produtos. Iniciou-se pelo copagamento dirigido a anti-hipertensivos e antidiabéticos, em 2006. No ano seguinte, ocorreu inserção dos anticoncepcionais e, em 2009, de mais três apresentações de ‘insulina NPH’. Frente à necessidade de exercer medidas de combate à Gripe H1N1, o ‘fosfato de oseltamivir’ foi incluído em fevereiro de 2010. No mesmo ano, foram agregadas quatro apresentações de ‘insulina regular’ e três de ‘simvastatina’, além de novas classes farmacológicas, dirigidas ao tratamento de asma, rinite, glaucoma, mal de Parkinson e osteoporose, e mais um anti-hipertensivo e de fraldas geriátricas. Por fim, em 2011, incluiu-se mais um produto antidiabético. Atualmente, o rol do Programa ATPF possui 41 medicamentos²⁰. A relação de todos os medi-

camentos atualmente disponibilizados no ATPF, com os períodos no tempo e respectivas indicações, encontra-se disposta no Quadro 1.

Quando há copagamento na vertente ATPF, o MS paga até 90% do menor preço praticado no momento da venda pela farmácia credenciada, com a diferença sendo coberta pelo usuário. Nos casos de comercialização do medicamento e/ou correlato com o preço de venda inferior frente ao valor de referência (VR) definido pelo Ministério, é pago 90% deste valor e o paciente paga a diferença, prevalecendo em todos os casos, o menor preço.

A campanha “Saúde Não Tem Preço”, reputada como submodalidade do PFPB, envolveu, a partir de 2011, a retirada do copagamento, dispensando o usuário de desembolso direto no momento da aquisição do medicamento. Inicialmente incluía apenas anti-hipertensivos e antidiabéticos e, posteriormente, contemplou antiasmáticos. Nestes casos, o VR do medicamento é totalmente coberto pelo MS, que paga diretamente aos estabelecimentos credenciados.

As regras de funcionamento do PFPB encontram-se regulamentadas atualmente na Portaria nº. 971/2012²⁰. Esta norma possui regras explícitas quanto aos procedimentos de venda e dispensação dos medicamentos pelo Programa, que envolvem: (1) apresentação pelo paciente de documento oficial com foto e número de Cadastro de Pessoa Física; (2) prescrição médica assinada e carimbada, contendo número de inscrição do médico no Conselho de Medicina, endereços do estabelecimento de saúde e do paciente, data da expedição da receita e nome completo do usuário; (3) validade de 120 dias, a partir da data de emissão da receita (para os contraceptivos, prazo de 12 meses). Para compra de fraldas, é necessário apresentar prescrição, laudo ou atestado médico. Em pacientes com incapacidades previstas nas leis brasileiras (previstos nos termos dos artigos 3º e 4º do Código Civil brasileiro, como por exemplo menor de 16 anos, pacientes com enfermidade incapacitante ou deficiência mental), é facultada a presença física do titular da receita médica.

A partir de 2010, após diversas denúncias de fraudes e erros, como vendas para pessoas falecidas e vendas em domicílio realizadas pelas farmácias, foram adotadas medidas visando maior controle e fiscalização da vertente ATPF²⁴. É proibido o cadastro de pacientes e entregas de medicamentos fora dos estabelecimentos credenciados. Os estabelecimentos são obrigados a arquivar cópias das prescrições, notas fiscais de aquisição e cupons fiscais de venda por cinco

Quadro 1. Elenco e período de incorporação de medicamentos no ATFP.

Data	Indicação	Medicamentos
Março/2006	Hipertensão	<ul style="list-style-type: none"> • Atenolol 25 mg comp. • Captopril 25 mg comp. • Cloridrato de Propranolol 40 mg comp. • Hidroclorotiazida 25 mg comp. • Maleato de Enalapril 10 mg comp.
	Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Cloridrato de Metformina 850 mg e 500 mg comp. • Glibenclamida 5 mg comp. • Insulina Humana NPH 100 UI/mL inj. 10 ml Fr.
Junho/2007	Contraceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml inj. ampola • Ethinilestradiol 0,15 mg + Levonorgestrel 0,03 mg comp. • Noretisterona 0,35 mg comp. • Valerato de Estradiol 50 mg/ml + Enantato de Noretisterona 5 mg/ml inj. F/A
Abril/2009	Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Insulina Humana NPH 100 UI/mL inj. 5 ml, 3ml e 1,5 ml
Fevereiro/2010	Influenza H1N1	<ul style="list-style-type: none"> • Fosfato de Oseltamivir 30 mg, 45 mg e 75 mg cápsula
Abril/2010	Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Insulina Humana Regular 100 UI/ml inj. 10 ml, 5 ml, 3 ml e 1,5 ml Fr
	Dislipidemia	<ul style="list-style-type: none"> • Sinvastatina 10 mg, 20 mg e 40 mg comp.
Outubro/2010	Hipertensão	<ul style="list-style-type: none"> • Losartana Potássica 50 mg comp.
	Rinite	<ul style="list-style-type: none"> • Budesonida 32 mcg/dose Fr. • Budesonida 50 mcg/dose Fr.
	Asma	<ul style="list-style-type: none"> • Brometo de Ipratrópico 0,02 mg/dose Fr. • Brometo de Ipratrópico 0,25mg/ml Fr. • Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/cápsula inalante • Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/dose • Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose • Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose • Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose • Sulfato de Salbutamol 5 mg/ml Fr.
	Mal de Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg comp. • Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg comp.
	Osteoporose	<ul style="list-style-type: none"> • Alendronato de Sódio 70 mg comp.
	Glaucoma	<ul style="list-style-type: none"> • Maleato de Timolol 2,5 mg/ml Fr. • Maleato de Timolol 5 mg/ml Fr.
Fevereiro/2011	Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Cloridrato de Metformina 500 mg comp. – ação prolongada

Legenda: comp. – comprimido; ml – mililitro; Fr. – frasco/ampola; inj – injetável; UI – unidade internacional, mg – miligrama, mcg – micrograma.

anos. Existem, ainda, outros elementos de controle via sistema de autorização de vendas, com previsão de aplicação de multas em razão de irre-

gularidades ou descumprimento das exigências, além da possibilidade de auditorias, realizadas pelo Departamento de Auditorias do SUS.

O MS efetua os pagamentos diretamente para as farmácias e drogarias credenciadas, validadas pelo processamento das autorizações de dispensação de medicamentos e tomando por base informações geradas no sistema de gerenciamento eletrônico do Programa, nominado como Sistema Autorizador DATASUS.

O Quadro 2 sintetiza as principais características de funcionamento do PFPB em suas distintas vertentes, organizadas em seis dimensões.

Cobertura e Expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil

Até 2007, identificou-se aumento expressivo do número de estabelecimentos e cobertura municipal da Rede Própria, com posterior desaceleração da velocidade de crescimento. Ocorreu expansão significativa no número de usuários atendidos entre 2005-2008, que permaneceu relativamente estável após, na faixa de 11 milhões (Tabela 1).

Com relação à distribuição geográfica da Rede Própria, cerca de dois terços do total de farmácias populares, em 2012, encontravam-se nas regiões Sudeste (34,8%) e Nordeste (34,4%), seguida pela Norte (12,7%), Sul (11,7%) e Centro-Oeste (6,4%). São Paulo era a unidade federativa com maior número de estabelecimentos, contando com 90 farmácias.

Os números referentes à vertente do Programa estabelecida em parceria com o comércio farmacêutico privado são muito mais expressivos (Gráfico 1). Em seis anos, o Programa ATPF

apresentou crescimento de 750%, expandindo-se de 2.955 para 25.122 farmácias. A cobertura de municípios com unidades credenciadas do ATPF também aumentou, elevando-se de 594 para 3.730 municípios (incremento de 528%). Houve ainda forte expansão no número de usuários atendidos, com aumento de 2.617% no período.

Desde o início do ATPF, observa-se supremacia da região Sudeste na cobertura e expansão de unidades desta vertente. Segundo dados disponibilizados pelo MS, em todos os anos do período analisado, essa região representou valores superiores a 50% do total de unidades, exceto para 2012. Nesse último ano, a distribuição para Sudeste e Sul correspondeu, respectivamente, a 49,5%, e 27,2%, seguidas do Nordeste (11,0%), Centro-Oeste (9,6%) e Norte (2,8%).

Comportamento do Valor de Referência

Cada medicamento presente na vertente ATPF possui um Valor de Referência (VR) definido pelo MS. É válido para todo território brasileiro e serve de base de pagamento nas vendas efetuadas às unidades credenciadas no comércio farmacêutico.

O VR estabelece subvenção de parte do valor do medicamento pelo MS, ou seja, corresponde ao pagamento de percentual (de até 90% do VR), por unidade farmacotécnica, podendo ocorrer complementação, pelo paciente, da diferença para o preço de venda da correspondente apresentação que lhe foi prescrita. Caso o preço de venda seja inferior ao VR, prevalece o menor preço praticado, ou seja, vale o parâmetro de menor valor.

Esse VR é calculado em etapas, que sinteticamente consideram o preço de fábrica aprovado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o faturamento do mercado das apresentações, segundo dados fornecidos pela Agência e informações do volume de comercialização no varejo, e um desconto médio aplicado aos preços de fábrica dos respectivos medicamentos. São definidos pelo menor preço obtido, após a realização de diversos cálculos. Maior detalhamento dessa composição pode ser identificado na Portaria nº 491/06²⁵.

O conjunto de portarias publicadas normatizando o Programa ATPF, entre 2006-2012, promoveu alterações no comportamento dos VR de diversos medicamentos, com quedas diferenciadas entre os produtos. Tomando por base medicamentos presentes no rol do ATPF des-

Tabela 1. Número de farmácias, municípios cobertos e usuários atendidos na Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil, entre 2004-2012.

Ano	Número de Farmácias	Municípios Cobertos	Usuários Atendidos
2004	27	7	470.133
2005	75	47	2.014.743
2006	259	206	5.972.316
2007	407	321	9.152.340
2008	504	391	10.802.974
2009	530	407	11.467.610
2010	543	420	11.340.850
2011	555	435	11.688.194
2012	558	441	11.730.103

Fonte: Elaboração a partir de dados disponibilizados via e-SIC e nos relatórios de gestão da Fiocruz de 2011 e 2012.

Quadro 2. Síntese das características de funcionamento do PFPB.

Dimensão	Rede Própria	Aqui Tem Farmácia Popular	Saúde Não Tem Preço
Gestão e execução	<ul style="list-style-type: none"> Gestão conjunta nível central do MS e Fiocruz Execução da Fiocruz em convênios com estados, municípios e outras instituições sem fins lucrativos 	<ul style="list-style-type: none"> Gestão nível central do MS Credenciamento direto de farmácias/drogarias privadas por adesão 	<ul style="list-style-type: none"> Gestão nível central do MS
Estruturação e operacionalização	<ul style="list-style-type: none"> Fiocruz responsável pela infraestrutura e manutenção dos estoques de medicamentos MS repassa valores financeiros para conveniados implantarem e manterem as farmácias próprias 	<ul style="list-style-type: none"> Usa capacidade instalada existente do setor privado Credenciamento exige documentos sanitários, fiscais e estrutura de tecnologia de informação 	<ul style="list-style-type: none"> Usa capacidade instalada da Rede Própria e Aqui Tem Farmácia Popular
Medicamentos e produtos para saúde	<ul style="list-style-type: none"> Referência, genéricos ou similares 112 itens Antibióticos, antiparkinsonianos, antidiabéticos, anti-hipertensivos, anti-histamínicos, ansiolíticos, analgésicos, contraceptivos, anti-inflamatórios, antipsicóticos, antiásmáticos, osteoporose e preservativo 	<ul style="list-style-type: none"> Referência, genéricos ou similares 41 itens Antiparkinsonianos, antidiabéticos, anti-hipertensivos, antiásmáticos, dislipidemia, contraceptivos, osteoporose, glaucoma e rinite Fraldas geriátricas 	<ul style="list-style-type: none"> Referência, genéricos ou similares 26 itens Antidiabéticos, anti-hipertensivos, antiásmáticos
Prescrição Médica	<ul style="list-style-type: none"> Validade 4 meses Contraceptivos 12 meses Limite de posologia mensal por consensos clínicos de tratamento no SUS Permitido ao farmacêutico realizar somente a intercambialidade entre medicamentos genérico e de referência 	<ul style="list-style-type: none"> Validade 4 meses Contraceptivos 12 meses Limite de posologia mensal por consensos clínicos de tratamento no SUS Permitido ao farmacêutico realizar somente a intercambialidade entre medicamentos genérico e de referência 	<ul style="list-style-type: none"> Validade 4 meses Limite de posologia mensal por consensos clínicos de tratamento no SUS Permitido ao farmacêutico realizar somente a intercambialidade entre medicamentos genérico e de referência
Preço do produto e pagamento aos credenciados	<ul style="list-style-type: none"> Preço de dispensação = custos de produção ou aquisição da Fiocruz + custos administrativos (de operação) Valores recolhidos à Fiocruz 	<ul style="list-style-type: none"> VR por unidade farmacotécnica, definido pelo MS MS paga 90% e usuário 10% do VR à farmácia credenciada 	<ul style="list-style-type: none"> VR por unidade farmacotécnica, definido pelo MS Isento de copagamento MS paga 100% do VR à farmácia credenciada
Controle e Auditoria	<ul style="list-style-type: none"> Conselho Gestor do PFPB Sistema de vendas do DATASUS 	<ul style="list-style-type: none"> Nível central do MS Sistema Eletrônico de Autorização de Dispensação de Medicamentos e Correlatos Departamento Nacional de Auditoria do SUS 	<ul style="list-style-type: none"> Mesmas da Rede Própria ou Aqui Tem Farmácia Popular

Legenda: DATASUS – Departamento de Informática do SUS; MS – Ministério da Saúde, Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz; PFPB – Programa Farmácia Popular do Brasil; SUS – Sistema Único de Saúde; VR – Valor de Referência.

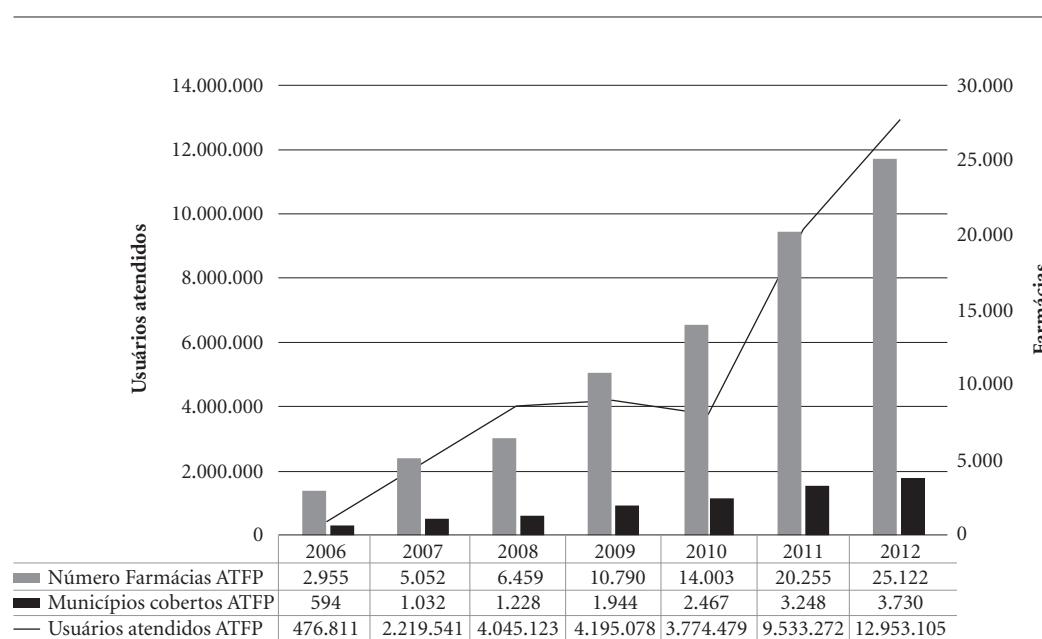


Gráfico 1. Número de farmácias, municípios cobertos e usuários atendidos na vertente Aqui Tem Farmácia Popular, do Programa Farmácia Popular do Brasil, entre 2006-2012.

de seu início de operação, verifica-se que os VR reduziram-se em média em 33,6% no período examinado (variando entre 23-52%). Em 2009, ocorreu a primeira redução do VR, de 24,5% em média. Os valores foram mantidos até 2010; no ano subsequente, ocorreu nova redução nos VR, menor do que a primeira, com percentual médio de 12,0% (Gráfico 2).

Discussão

O acesso a medicamentos ainda é uma questão desafiadora para a Assistência Farmacêutica (AF) realizada por qualquer instância governamental no país. Embora avanços possam ser percebidos, como no aumento do aporte de recursos no seu financiamento⁶, persiste um cenário de dificuldades e barreiras no acesso, em que muitos pacientes terminavam por serem obrigados a incorrer em desembolso direto, com consequente comprometimento de sua renda. Esses argumentos serviram como justificativa para a instituição, pelo governo federal, do Programa Farmácia Popular do Brasil, em 2004.

A criação e expansão do PFPB compreendeu inovação substantiva na AF brasileira e elemento importante para concretizar os princípios de universalidade na saúde previstos no SUS. Um de seus resultados, entretanto, foi determinar a convivência hoje de diferentes formas de provisão de medicamentos no país, possibilitando arranjos institucionais diversos: (1) fornecimento “gratuito” em farmácias públicas de medicamentos contidos nas listas oficiais; (2) copagamento em farmácias do Programa PFPB, vertente Rede Própria, para um rol definido de medicamentos; (3) cofinanciamento em farmácias privadas credenciadas pelo PFPB, vertente ATFP, para um rol também fechado; (4) isenção de copagamento nas farmácias da Rede Própria e Aqui Tem Farmácia Popular do PFPB, na Campanha Saúde Não Tem Preço, para um elenco estabelecido; e, (5) aquisição com desembolso direto e integral em farmácias privadas sem vinculação à qualquer lista.

O Programa Farmácia Popular pode exercer papel de salvaguarda das falhas na provisão pública de medicamentos no país, ainda que esta se faça restrita a um elenco específico²². Essas

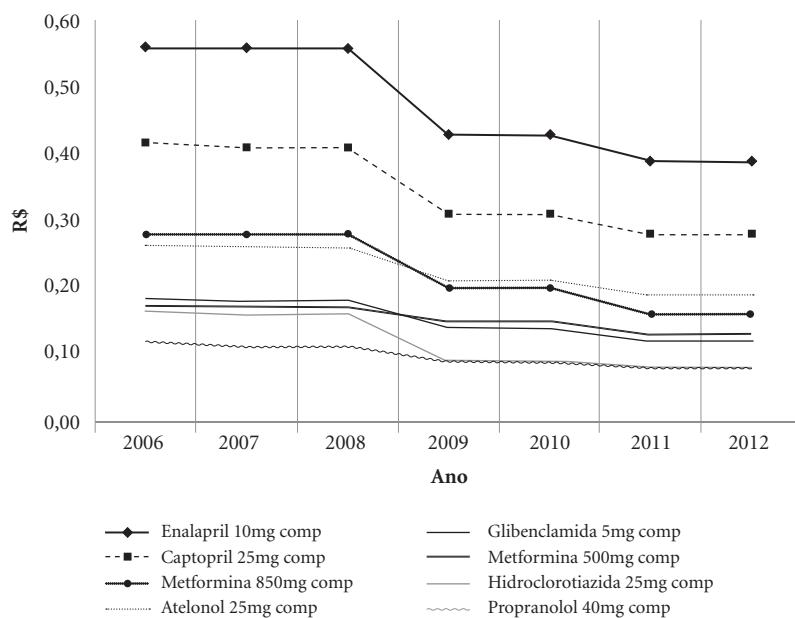


Gráfico 2. Variação dos Valores de Referência na vertente Aqui Tem Farmácia Popular, do Programa Farmácia Popular do Brasil, entre 2006-2012.

melhorias permitem que a população, inclusive aquela não usuária do SUS, mas sem rendimento suficiente para adquirir e/ou completar seu tratamento medicamentoso de forma adequada, tenha acesso a esse bem de saúde. Estudo de 2007, utilizando dados oficiais, apontou que 46% das pessoas que adquiriram medicamentos nas farmácias da Rede Própria e fizeram-no com receitas emitidas por serviços públicos de saúde⁹.

A vinculação da dispensação de medicamentos à apresentação de receituário médico, em todas as vertentes do Programa Farmácia Popular do Brasil, mesmo para aqueles definidos como de dispensação isenta de prescrição, funciona como elemento de inibição da automedicação, que tem níveis elevados no país²⁶, ajudando a promover um uso mais racional da terapia medicamentosa.

Outras características interessantes referem-se ao compartilhamento de custos com os usuários, uma ação inovadora no contexto do PFPB, bem como a ampla utilização do comércio varejista. Em outros países, a prática do copagamento tem sido empregada visando, principalmente, a contenção dos gastos ligados à assistência à saúde, além do estímulo ao uso racional de medicamentos²⁷, enquanto, no Brasil, de forma distinta,

a lógica de sua introdução esteve sempre relacionada à perspectiva de ampliação do acesso a medicamentos.

Entretanto, esta modalidade não é isenta de polêmicas, principalmente pelo fato do SUS sempre ter sido pautado pela gratuidade das ações e serviços, inclusive na dispensação de medicamentos. Um desses debates envolve a “bitributação”, visto que os recursos são provenientes de impostos e haveria novo pagamento quando da aquisição de medicamentos com compartilhamento de custos pelos usuários²⁸. Outra se assenta em discussões sobre sua inconstitucionalidade frente ao princípio da universalidade, dado que a exigência de copagamento para certos itens impossibilita que aqueles que não podem pagar o valor em questão, mesmo que pequeno, sejam atendidos pelo Programa¹⁰.

A participação de empresas privadas no Programa ATPF é outra fonte de bastante discussão. A Lei nº 10.858/04 que criou o PFPB apenas autorizou a Fiocruz a disponibilizar medicamentos pelo preço de custo, mediante resarcimento. Ela não previa a execução do Programa com o setor privado²⁹. Apenas o Decreto nº 5.090/04, que regulamentou a norma supracitada, trouxe

a possibilidade do uso do comércio varejista farmacêutico, gerando incertezas jurídicas sobre a questão³⁰.

A expansão de uma assistência farmacêutica que reitera o caráter mercantil da oferta de serviços de saúde requer mecanismos de regulação estatal sobre processos de dispensação de medicamentos que ocorrem fora de unidades de saúde³¹. Esta regulação faz-se ainda mais importante, porque o fornecimento de medicamentos nem sempre inclui atendimento e orientação, fundamentais para o uso racional e adequado dos medicamentos.

É inegável, no presente estudo, a existência de uma forte expansão do PFPB, nas suas distintas vertentes. Se, até 2008, este progresso se concentrava basicamente na Rede Própria, percebe-se certa estagnação de tal componente a partir de 2010, com desaceleração e estabilização do número de farmácias e municípios cobertos, e crescimento pequeno do quantitativo de usuários atendidos. Já a vertente privada (Programa ATFP) sofreu forte crescimento de todos esses indicadores, sobretudo depois da introdução da ação Saúde Não Tem Preço, isentando de copagamento medicamentos indicados ao tratamento da hipertensão, diabetes e, posteriormente, asma.

Apesar do claro crescimento da vertente privada, observou-se retração no número de usuários em 2010. Essa diminuição pode ter sido decorrente do conjunto de mudanças implantadas, com acréscimo de exigências no momento das vendas, tais como aumento do número de informações que deveriam estar presentes nas prescrições (número do CRM do prescritor, data da expedição da receita e dados de endereço e nome do usuário), arquivamento de cópia da prescrição pelo estabelecimento e extensão do número de documentos a serem arquivados por cinco anos pela farmácia, como notas fiscais de aquisição, etc. Estes requerimentos foram motivados por denúncias de fraudes divulgadas na imprensa e aumento de reclamações junto ao DAF/MS¹⁹. Por outro lado, os anos seguintes mostraram nova tendência de expansão, provavelmente fruto da isenção de copagamento para a hipertensão, diabetes e asma, na Campanha Saúde Não Tem Preço.

Na expansão do Programa ATFP, chama atenção o processo de interiorização, que pode ser verificada pelo aumento da cobertura de municípios com unidades do Programa. A vertente ATFP atendia, em 2012, aproximadamente 67% das cidades brasileiras, ainda que a Rede Própria não chegassem a 8% dos municípios nacionais.

Contudo, existem desequilíbrios na distribuição geográfica entre as duas vertentes, quando comparadas em termos do número de farmácias e tamanho da população. Enquanto a rede estatal está mais difundida nas regiões Nordeste e Norte, de menor desenvolvimento econômico e reduzida capacidade de serviços de saúde, o componente ATFP expandiu-se mais fortemente no Sudeste e Sul, de situação econômica e sanitária mais desenvolvida, e também, refletindo as características da estrutura do mercado farmacêutico presente nessas regiões^{8,22}.

A paralização do crescimento da Rede Própria frente à aguda expansão pelo setor privado no Programa, principalmente após introdução da isenção de copagamento, é ponto que requer indagações e que sugere alteração na opção inicial do MS na coordenação do PFPB.

Alguns elementos podem explicar essa questão, como a utilização da ampla capacidade instalada do comércio farmacêutico do país que facilitaram a incorporação de novas unidades, somada à intermediação iniciada em 2010 pela rede de agências da Caixa Econômica Federal em todo território nacional, que realizam cadastramento, adesão e renovação de estabelecimentos²².

E mais: tem sido observado expressivo aumento de valores orçamentários e gastos realizados pelo MS no Programa, cujos pagamentos executados diretamente aos estabelecimentos participantes no ATFP vêm crescendo anualmente e já representam parte significativa do financiamento da AF no âmbito do SUS^{19,22}.

A capilarização do PFPB, sobretudo a distribuição espacial obtida com o advento da vertente privada, reduziu barreiras geográficas que dificultavam o acesso dos usuários. Nesse aspecto, é possível que a introdução do Programa possa repercutir na melhoria do acesso a medicamentos no Brasil, ainda mais que esta se relaciona com o aumento expressivo de volumes financeiros na execução do Programa, objeto de outra publicação em curso. O aumento no número de produtos do rol do ATFP (dos nove iniciais para 41 em 2012) e a isenção do copagamento para 24 medicamentos dirigidos ao tratamento de doenças de elevada prevalência no país, a partir da iniciativa Saúde Não Tem Preço, também facilitam o acesso.

Sobre isso, trabalho com dados de 2008-2009, realizado em cidades do sul do Brasil, empregando metodologia desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em conjunto com a Ação Internacional para Saúde e envolvendo amostras de farmácias públicas, comerciais e outras unidades privadas credenciadas no PFPB,

encontrou disponibilidade média, para um conjunto de 50 medicamentos, superior a 90% no Programa ATFP, em comparação à variação na faixa de 68,8% a 81,7% no setor público³².

Nesse sentido, cabe ressaltar que a proposta da OMS sugere disponibilidade adequada de medicamentos mínima de 80% na atenção básica em saúde, em todos os setores, tanto públicos quanto privados³³.

A franca expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil traz também à tona o papel centralizador do MS na provisão de medicamentos no contexto atual da AF brasileira. Sua criação não altera, teoricamente, as responsabilidades de estados e municípios na provisão de medicamentos à população, nem exime os gestores locais da organização e gestão da assistência farmacêutica pública, visando melhorias no acesso e uso destes produtos. Entretanto, é possível questionar se a expansão ocorrida, sobretudo a de depois de 2011, não facilita que os entes governamentais se desobriguem, progressivamente, do fornecimento próprio, repassando-o para o setor privado, via Programa ATFP.

Esses diferentes aspectos, por sua vez, sinalizam para incertezas quanto à política prioritária de AF em desenvolvimento no SUS, em que se tensiona à provisão pública de medicamentos vis-à-vis uma atuação complementar ou concorrential do Programa^{19,24}. A ausência de clareza na relação entre os modelos traz inúmeros desafios na garantia da complementariedade do PFPB, conectado com as demais ações de saúde.

Considerando o conjunto de portarias publicadas normatizando o funcionamento do Programa ATFP ao longo do período 2006-2012, foram identificadas alterações no comportamento do Valor de Referência no conjunto de oito produtos da vertente vinculada ao setor varejista farmacêutico (ATFP). Houve redução média de 33,6% nos VR, com variação entre 23% (insulina humana NPH) e 52% (hidroclorotiazida 25mg).

Estudo realizado em 2007, apoiado em metodologia da OMS adaptada à realidade brasileira, coletou valores pagos pelos usuários no momento da compra e os preços padronizados de quatro medicamentos disponíveis no site do Programa¹⁰. Foram comparadas unidades do setor privado, a Rede Própria do PFPB e o Aqui Tem Farmácia Popular. Seus resultados indicaram que os menores preços para todos os medicamentos foram encontrados no ATFP, enquanto o setor privado praticou os maiores preços. Mesmo que tabelados, os preços para os quatro medicamentos da Rede Própria demonstraram desempenho infe-

rior ao ATFP e, a 'hidroclorotiazida' foi o produto mais barato.

Mais recentemente, Bueno, Moreira e Oliveira compararam os preços no Programa Farmácia Popular com valores de mercado de 15 medicamentos para tratamento de doenças cardiovasculares. Os preços de aquisição foram obtidos a partir da publicação Guia da Preços da Farmácia de 2010, considerando-se o Preço Máximo ao Consumidor (PMC) e alíquota de 17,0% do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)³⁴. Seus resultados apontaram que o PFPB apresentou menores preços.

De outro modo, o relatório de auditoria do TCU discutindo discrepância entre os valores de referência praticados no ATFP vis-à-vis aos preços de aquisição de 13 medicamentos pelo setor público. Apontam a existência de grandes disparidades entre o preço mediano de aquisição dos medicamentos em um conjunto de secretarias municipais de saúde e o VR afixado pelo MS, alertando, contudo, que a simples comparação de preços de licitação não seria suficiente para distinguir "se um programa é mais custo-efetivo que o outro, até porque importa observar outros custos envolvidos na logística de armazenamento, transporte e distribuição dos produtos"²⁴.

O presente trabalho apresenta algumas limitações que merecem ser mencionadas. Um aspecto importante remete ao viés informacional; o MS, ator que implantou e coordena o PFPB, é a principal fonte de dados sobre o desenvolvimento do Programa. Além disso, o estudo não avaliou diretamente o impacto das vertentes do PFPB na efetiva melhoria do acesso a medicamentos, sendo oportuno a continuidade e desenvolvimento de novos estudos com esse objetivo.

Ao longo do período estudado, fica clara a expansão do PFPB, pautado principalmente por meio de sua vertente desenvolvida em parceria com o varejo farmacêutico, e a perceptível opção do Ministério da Saúde em priorizar esse componente em vez da Rede Própria.

Cabe frisar que o modelo de AF da vertente privada do Programa Farmácia Popular do Brasil encontra-se pautado na lógica do consumo de medicamentos como promotora de acesso, sem qualquer ênfase à promoção do uso racional destes produtos. Estruturado em conjunto com o setor privado de farmácias credenciadas, não apresenta qualquer fomento às atividades que visem acesso qualificado a medicamentos, perpetuando-se a tônica comercial da farmácia.

Por fim, reitera-se a existência de muitos elementos desafiadores para melhoria da Assistên-

cia Farmacêutica, um dos eixos estratégicos para o êxito dos sistemas de saúde. Os problemas a serem superados são ainda maiores porque, no país, o produto (medicamento) chegou primeiro e dissociado da visão articulada do acesso a serviços de saúde de qualidade, que promovam a integralidade da assistência, aí incluído o acesso aos medicamentos, desconstruindo a perspectiva de seu uso como simples bem de consumo.

Colaboradores

RM Silva participou da concepção e desenvolvimento do artigo, coleta e tabulação de dados, interpretação dos dados e redação do artigo. R Caetano participou da concepção do artigo, interpretação dos dados, redação e revisão crítica do texto e aprovação final da versão a ser publicada do artigo.

Referências

1. Vieira FS, Mendes ACR. Evolução dos gastos com medicamentos: crescimento que preocupa. In: VIII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007. [acessado 2013 nov 22]. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/trabalhos/evolucao-dos-gastos-com-medicamentos-crescimento-que-preocupa.html>
2. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* 2013; 29(4):691-701.
3. Guerra Júnior AA, Acácio FA, Gomes CAP, Miralles M, Girardi SN, Werneck GAF, Carvalho CL. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 15:168-175.
4. Silveira FG, Osório RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):719-731.
5. Garcia LP, Magalhães LCG, Sant'Anna AC, Freitas LRS, Aurea AP. *Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009*. Brasília: Ipea; 2013. (Texto para Discussão, n. 1839).
6. Vieira FS. Gastos do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4):674-681.
7. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 27(2):149-156.
8. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad Saude Publica* 2011; 27(3):521-532.
9. Santos-Pinto CDB, Costa NR, Osório-de-Castro CGS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2963-2973.
10. Pinto CDBS, Miranda ES, Emmerick ICM, Costa NR, Castro CGSO. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. *Rev Saude Publica* 2010; 44(4):611-619.
11. Brasil. Ministério da Saúde. [acessado 2013 ago 25]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/medicamentos>
12. Brasil. Ministério da Saúde. [acessado 2013 jun 19]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saudelegis>
13. Brasil. Ministério da Saúde. [acessado 2013 ago 25]. Disponível em: <http://bvs.saude.gov.br/>
14. Fundação Oswaldo Cruz. Relatório Anual de Gestão 2011. [acessado 2012 maio 22]. Disponível em: http://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documents/Relatorio_gestao_2011.pdf
15. Fundação Oswaldo Cruz. Relatório Anual de Gestão 2011. [acessado 2013 jun 13]. Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documents/RG_fiOCRUZ_2012_v01%20\(2\).pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documents/RG_fiOCRUZ_2012_v01%20(2).pdf)
16. Ministério da Saúde. 2013. Sala de apoio à gestão estratégica. 2013. [acessado 2014 jan 3]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sage/>
17. Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 18 nov.
18. Junges F. *Avaliação do Programa Farmácia Popular do Brasil: aspectos referentes a estrutura e a processos* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
19. Pereira MA. *Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 971, de 15 de maio de 2012. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. *Diário Oficial da União* 2012; 17 maio.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Básico Rede Própria. [acessado 2012 ago 15]. Disponível em: <http://bvs.saude.gov.br/>
22. Silva RM. *Programa “Aqui tem Farmácia Popular”: expansão entre 2006-2012 e comparação com os custos da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2014.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de orientações às farmácias e drogarias credenciadas no “Aqui Tem Farmácia Popular”. Brasília. 2014. [acessado 2014 jun 13]. Disponível em: <http://portalsauda.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/23/MANUAL-aquitem.pdf>
24. Brasil. Tribunal de Contas da União (TCU). *Relatório de auditoria operacional: Farmácia Popular*. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo; 2011.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 491, de 09 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. *Diário Oficial da União* 2006; 10 mar.
26. Schmid B, Bernal R, Silva NN. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2010; 44(6):1039-1045.
27. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, Sturm H, Kösters JP, Vernby A. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (1):CD007017.
28. Aragão Júnior GA. *Avaliação política do programa Farmácia Popular do Brasil à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde* [dissertação]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2012.
29. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante resarcimento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 14 abr.

30. Brasil. Tribunal de Contas da União (TCU). *Representação sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil – Sistema de Copagamento para a rede privada de farmácias sem aprovação de lei específica.* Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo; 2010.
31. Menicucci TMG. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. *Gestão pública e relação público privado na saúde.* Rio de Janeiro: CEBES; 2011. p. 180-197. (Coleção Pensar em saúde).
32. Bertoldi AD, Helfer AP, Camargo AL, Tavares NU, Kavavos P. Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines? *Globalization and Health* 2012; 8:6.
33. World Health Organization (WHO). *WHO Medicines Strategy 2008-2013 [draft].* Geneva: WHO; 2008.
34. Bueno CS, Moreira AC, Oliveira KR. Preço dos medicamentos utilizados nas doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(1):62-67.

Artigo apresentado em 15/07/2014

Aprovado em 28/01/2015

Versão final apresentada em 30/01/2015