

FIOCRUZ

**Ministério da Saúde-MS
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA-ENSP
Pós-Graduação em Saúde Pública**



**Escola Nacional
de Saúde Pública
Sérgio Arouca**

TEMA

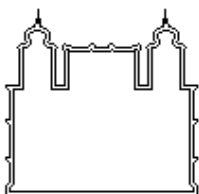
“Análise de Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos”

Por

Rogério Luiz Ferreira

Orientadoras:
Dr^a Maria Auxiliadora Oliveira
Dr^a Vera Lúcia Luiza

Rio de Janeiro, 5 de julho de 2007



FIOCRUZ

Ministério da Saúde-MS
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA-ENSP
Pós-Graduação em Saúde Pública



**Escola Nacional
de Saúde Pública
Sérgio Arouca**

TEMA

“Análise de Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos”.

Por

Rogério Luiz Ferreira

Dissertação Submetida à Banca de Avaliação da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Como Parte dos Requisitos Necessários à Obtenção do Grau de Mestre em Ciências na Área de Saúde Pública

Orientadoras:

Dr^a. Maria Auxiliadora Oliveira

Dr^a. Vera Lúcia Luiza

Rio de Janeiro, 5 de julho de 2007

Ficha Catalográfica

F122a Ferreira, Rogério Luiz
Análise de Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos. / Rogério Luiz Ferreira. Rio de Janeiro: [s.n.], 2006.
xviii, 122 f., tab., il.

Orientadoras: Oliveira, Maria Auxiliadora
Luiza, Vera Lúcia

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz. Bibliografia: p., I-XL

1. Co-pagamento. 2. Análise de Implantação. 3. Avaliação de Políticas Públicas. 4. Acesso a Medicamentos. 5. Saúde Pública.

I.Título.

Dedicatória

**AOS MEUS PAIS, IOLANDA E FRANCISCO,
CUJOS AMOR, CARINHO, DEDICAÇÃO
E SACRIFÍCIOS TORNARAM POSSÍVEL
CHEGAR ATÉ ONDE CHEGUEI;
SER O QUE SOU; E DESEJAR
SER MAIS E IR MAIS ALÉM.
A VOCÊS, MEU TOTAL
RECONHECIMENTO
E GRATIDÃO.**

**A TODOS AQUELES QUE TRANSFORMARAM
SUAS VIDAS EM EXEMPLOS DE DEDICAÇÃO
E AMOR AO PRÓXIMO, TENTANDO
DE ALGUMA FORMA AUXILIAR
E AMENIZAR O SOFRIMENTO
ALHEIO.**

*“Ser homem é precisamente, ser responsável.
É sentir vergonha diante da miséria,
mesmo quando ela parece não ter
qualquer relação com você.
É ter orgulho de uma vitória
dos companheiros. É sentir,
ao colocar a sua pedra, que
você está contribuindo
para construir o mundo”.*

Antoine de Saint-Exupéry

Agradecimentos

- Não poderia deixar de agradecer, primeiramente, à minha “Amada Mestre” Dora, orientadora e amiga, que vem ao longo dos últimos anos me conduzindo nesta estrada do conhecimento; ensinando-me o prazer em desvendar o mágico universo da pesquisa. Obrigado por seu apoio, sua paciência, sua dedicação e confiança em mim, os quais nem mesmo a longa distância conseguiu diminuir.
- À Vera, minha co-orientadora, que considero um exemplo, tanto profissional quanto humano, e cujo bom humor e alegria conseguem transformar qualquer tarefa em algo prazeroso e leve.
- À Claudia Osório, pelo apoio e incentivo dados em vários momentos desse trabalho.
- A Bermudez, por sua dedicação e amor à saúde pública, que nos serve de exemplo e nos faz querer seguir o mesmo caminho.
- A Hayne, que foi de certa forma o responsável pela existência deste trabalho. Por todas aquelas tardes e inícios de noites vividas em uma sala de Farmanguinhos, trabalhando na construção deste programa. Pelos seus conselhos; e por ter compartilhado comigo sua visão da saúde pública e da vida.
- Aos amigos do Núcleo de Assistência Farmacêutica/NAF – Adriana, André, Ângela, Bia, Elaine, Gabi, Isabel, Jussara, Luanda e Thiago - com quem tive o prazer de conviver durante mais de dois anos e com os quais pude aprender muito mais do que tudo aquilo que está escrito em livros ou artigos.
- Ao meu irmão Rafael, que é o maior vínculo com meu passado, e com o qual espero ainda compartilhar muitos outros momentos como este.
- À Denise, Cíntia e Gustavo, novos grandes amigos que se tornaram minha família aqui em Brasília, e que partilharam comigo momentos de alegria e sonhos, convivência e cumplicidade, os quais fazem parte - direta ou indiretamente - deste trabalho.
- À Paulinha, que me auxiliou de forma inestimável na pesquisa de campo, e sem a qual a tarefa teria sido, além de muito mais difícil, muito menos prazerosa.
- A Alex, que além da imensa ajuda na pesquisa de campo tem, com sua amizade e companheirismo, estado presente em vários momentos de meu caminho.

-
- Aos meus amigos e amigas - Wassita, Helen, Rafaela, Marta, Fábio e Vinícius - que apesar de minha ausência em muitos pontos desta jornada, sempre estiveram presentes e que de alguma forma contribuíram para com tudo isso.
 - A Roseli Magalhães e Vera Pepe, que participaram de minha banca de qualificação e cujas sugestões e observações foram fundamentais para o encaminhamento deste projeto.
 - A todos os membros da minha banca de avaliação - Vera Pepe, André Reis e Márcia Passos - por suas valiosas sugestões e recomendações que, sem dúvidas, contribuíram ao melhoramento deste trabalho.
 - Aos meus colegas de turma – Andréia, Elize, Grazi, Heitor, Jairo, Rafa e Suzana pelos inesquecíveis momentos juntos, e em especial a Rivaldo pela acolhida em minha “nova” cidade.
 - À Bethânia, pela convivência dentro e fora das salas de aula, compartilhando dúvidas, certezas e sonhos.
 - Aos meus colegas da ANVISA, em especial da GGREL e GEMEG, que em muitos momentos estiveram presentes durante a construção deste trabalho.
 - A Camilla e Maurício, pela ajuda na confecção do Abstract e do Resúmen, respectivamente.
 - A Maria Emília, do CEP/ENSP, pela atenção dispensada durante todo o processo de avaliação de meu projeto por aquele comitê.
 - A todos os professores da ENSP que contribuíram, em maior ou menor grau, na construção do que sou hoje.
 - Ao Dr. Adilson Stolet, Diretor do Programa Farmácia Popular do Brasil, pela autorização da pesquisa nas instalações do programa.
 - A todos os profissionais e usuários entrevistados nas Unidades Pç. XV e Penha (RJ) e Sobradinho (DF) pela atenção que nos dispensaram durante a execução da pesquisa.
 - E finalmente, citando minha co-orientadora:

“A todos aqueles que colaboraram com a realização deste trabalho e que eu tenha esquecido de mencionar, além do obrigado, minhas desculpas” (Luiza, 2003:iv).

Resumo

No Brasil, várias políticas vêm sendo adotadas com o intuito de ampliar o acesso aos medicamentos. Entre elas a experiência de co-pagamento com o Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB), que se constitui em uma iniciativa pública na busca de novos modelos de provisionamento.

Assim, este trabalho tem como objetivo analisar a implantação do FPB na perspectiva de seus usuários, bem como de elementos relativos ao acesso a medicamentos por ele proporcionado. Para isso, utilizou-se como metodologia a análise de implantação com estudos de casos orientados por um modelo lógico, construído pelo autor a partir dos documentos oficiais de apresentação do programa. Os principais níveis de análise propostos para a FPB foram o grau de implantação do programa e da adequação da gestão local e a percepção dos usuários.

As unidades avaliadas foram Pç XV (RJ) e Sobradinho (DF). Dentre os resultados obtidos, pode-se verificar que as receitas originadas no SUS representaram cerca de 60% da amostra analisada. Metade dos entrevistados não conseguiu todos os medicamentos prescritos, na FPB, devido principalmente, a sua não-inclusão no elenco. Quase todos os entrevistados afirmaram que pretendiam retornar à FPB, sendo o principal motivo o preço baixo. Mais de 97% dos entrevistados já indicaram ou indicariam o programa a outras pessoas e mais de 90% deram ao programa uma nota igual ou maior que sete e consideraram o atendimento como bom ou muito bom. Dos entrevistados 84%(RJ) e 58%(DF) pertenciam aos níveis sócio-econômicos C/D/E. Nenhum dos medicamentos analisados estava fora da validade e apenas um estava em falta, no RJ. A diferença de valor, em relação ao preço de mercado, chegou a 96%.

Pode-se concluir que a maioria dos entrevistados buscava medicamentos prescritos no SUS, denunciando falha na provisão gratuita, ainda que a maioria pertença às classes C/D/E o que, em parte, assinala um alinhamento com os objetivos do FPB. Apesar de grande parte não ter conseguido alguns dos medicamentos, a maioria deles qualifica positivamente o atendimento, aprova e divulga o programa, em especial, devido aos baixos preços. A disponibilidade dos medicamentos do elenco definido é alta, considerando-se a situação dos medicamentos-traçadores analisados. A diferença de preços entre alguns medicamentos

fornecidos no programa e no mercado varejista também é relevante, chegando a ser mais de nove vezes menor.

Assim, a introdução do co-pagamento gera um novo e intenso debate quanto aos novos rumos da assistência farmacêutica no Brasil.

Abstract

In Brazil, several policies have been adopted with the aim of broadening the access to medicines. Amongst them, there is the experience of co-payment with the Popular Pharmacy Program in Brazil (FPB), which is a public initiative in the quest for new provision models.

Hence, this paper has the target of analyzing the implementation of the FPB in accordance to the users' perspective, as well of the elements related to the access to medicines provided by it. For that, the methodology used was the implementation analysis with case studies oriented by a logical model, built by the author from the program's official presentation documents. The main proposed levels of analysis for the FPB were the degree of implementation of the program and of the adequacy of the local management, and the users' perception.

The analyzed units were Pç XV (RJ) and Sobradinho (DF). Within the observed results, it could be verified that the income coming from the SUS (Brazilian Health System) represented about 60% of the total of samples analyzed. Half of those who were interviewed were not able to get in the FPB all the prescript medicines, mainly because of the medicines' non- inclusion within the list of medicines covered by the program. Most of those who were interviewed affirmed that they intended to come back to the FPB, the main reason being the low-cost medicines found there. More than 97% of those who were interviewed have already suggested or are willing to suggest the FPB to other people, and more than 90% of them considered that they were given good or very good attention by those who work in the FPB. 84% of those who were interviewed in Rio de Janeiro belong to the poorer layers of society (called "classes C, D and E). In the Federal District, this amount was of 58%. None of the medicines analyzed had passed expiration date and only one could not be found in Rio de Janeiro. The prices' difference between the FPB and the market was up to 96%.

It can be concluded that most of those who were interviewed searched medicines prescript within the SUS, what evidences failures in the free distribution system, even though the users belong to the poorer layers of society, the target of the FPB. Despite the fact that a great part of the users were not able to get some of the medicines, most of them positively evaluates the attention received, approves and publicizes the program, mostly due to the low prices. There is great availability of the medicines of list of those covered by the program,

when considered the analyzed medicines. The price difference of the medicines offered by the FPB and the market is also relevant, sometimes reaching levels nine times lower.

Hence, the adoption of the co-payment generates a new and intense debate related to the new paths of the pharmaceutical assistance in Brazil.

Resumen

En Brasil, varias políticas vienen siendo adoptadas con la intención de extender el acceso a los medicamentos. Entre ellos esta la experiencia del co-pago con el Programa Farmacia Popular del Brasil (FPB), lo cual consiste en una iniciativa pública en la búsqueda de nuevos modelos de provisión de medicamentos.

Así, este trabajo tiene como objetivo analizar la implantación del FPB en la perspectiva de sus usuarios, así como de elementos relativos al acceso a los medicamentos proporcionado por él. Para esto, fue utilizado como metodología el análisis de la implantación con estudios de casos dirigidos por un modelo lógico, construido por el autor, desde documentos oficiales de la presentación del programa. Los niveles principales de análisis para el FPB fueran el grado de implantación del programa y la eficiencia de la gerencia local y la opinión de los usuarios.

Las unidades evaluadas fueran Pç XV (RJ) y Sobradinho (DF). Entre los resultados obtenidos, pueden ser verificados que las prescripciones que se originaron en el SUS representaran cerca de 60% de la muestra analizada. Mitad de las personas entrevistadas no obtuvieran todos los medicamentos prescritos, en el FPB, principalmente por que por ellos no fueran incluidos en el programa. Casi todos los entrevistados afirmarían que volverían al FPB, siendo la razón principal el bajo precio. Más de 97% de los entrevistados ya indicarían o indicarían el programa a otras personas y 90% dieran al programa una nota igual o más grande que siete y considerarían la atención como buena o muy buena. De los entrevistados, 84%(RJ) y 58%(DF) pertenecían a las clases socio-económicas C/D/E. Ningún de los medicamentos analizados estaba fuera de validez y solamente un estaba en carencia, en la unidad Pç. XV. La diferencia del valor en lo referente al precio de mercado, llegó a los 96%.

Puede ser concluido que la mayoría de los entrevistados buscó medicamentos prescritos en el SUS, denunciando la imperfección en la disposición gratuita, aunque la mayoría de los usuarios eran de las clases sociales C/D/E lo que, en parte, señala una alineación con los objetivos del FPB. Aunque la mayor parte no tenga obtenido alguno de los medicamentos, la mayoría de los usuarios cualifica la atención positivamente, aprueban e divulgan el programa, en especial, debido a los bajos precios. La disponibilidad de los medicamentos definidos es alta, considerando la situación de los medicamentos-trazadores analizados. La diferencia de precios entre de los medicamentos previstos en el programa y el mercado privado también son grandes, llegando a ser cerca de nueve veces menor.

Así, la introducción del co-pago genera una nueva e intensa discusión cuánto a los nuevos rumbos de la asistencia farmacéutica en Brasil.

Lista de Abreviaturas

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo
ARV	Antirretrovirais
CEME	Central de Medicamentos
CEMEPAR	Central de Medicamentos do Paraná
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNAF	Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DCB	Denominação Comum Brasileira
DCI	Denominação Comum Internacional
DDD	Dose Diária Definida
DIS/CICT	Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica/Fiocruz
DM	Diabetes Mellitus
ECT	Empresa de Correios e Telégrafos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FPB	Farmácia Popular do Brasil
FUNED	Fundação Ezequiel Dias
HA	Hipertensão Arterial
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social

INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
IQUEGO	Indústria Química do Estado de Goiás
IVB	Instituto Vital Brasil
LAFEPE	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
MSH	<i>Management Sciences for Health</i>
NAF	Núcleo de Assistência Farmacêutica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAI	Programa de Atenção ao Idoso
PFB	Programa Farmácia Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPA	Plano Pluri-Anual
PT	Partido dos Trabalhadores
RADIS	Reunião, Análise, Difusão de Informações sobre a Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SEAM	<i>Strategies for Enhancing Access to Medicines</i>
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAP	Unidades de Atendimento ao Público
UBS	Unidades Básicas de Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos
WHO	<i>World Health Organization</i>

Lista de Tabelas

Tabela 1. Cálculo ajustado do número de entrevistas, por unidade	51
Tabela 2. Medicamentos incluídos na expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil.....	74
Tabela 3. Número de Unidades de Atendimento ao Público (UAP) em funcionamento, por Unidade Federativa e por Macro-região (em fevereiro de 2006).....	75
Tabela 4. Número médio de vendas diárias em algumas das unidades do programa (posição em relação ao mês de maio de 2005)	76
Tabela 5. Número médio de unidades de medicamentos vendidas e sua respectiva movimentação financeira, em algumas Unidades de Atendimento ao Público do programa-UAP (posição em relação ao mês de maio de 2005)	77
Tabela 6. Distribuição dos princípios –ativos, segundo as classes terapêuticas (base RENAME), comercializadas nas UAPs	78
Tabela 7. Estratificação dos entrevistados, no RJ e no DF, por faixas etárias.....	81
Tabela 8. Distribuição dos entrevistados, no RJ e no DF, segundo o grau de escolaridade	82
Tabela 9. Distribuição dos entrevistados, no RJ e no DF, segundo renda média individual mensal.....	82
Tabela 10. Distribuição dos entrevistados, no RJ e no DF, segundo o meio de divulgação pelo qual tomou conhecimento do programa	83
Tabela 11. Quanto à origem do receituário aviado na FPB	83
Tabela 12. Quanto aos locais onde os entrevistados tentaram obter os medicamentos antes da FPB, no RJ e no DF.....	84
Tabela 13. Motivos pela não aquisição do medicamento na FPB.....	84
Tabela 14. Tempo médio de deslocamento do local de origem até a FPB	85
Tabela 15. Meios de Transporte utilizados no deslocamento para a FPB.....	85
Tabela 16. Em relação à associação de meios de transporte no deslocamento para a FPB	86
Tabela 17. Gastos com a utilização de transporte no deslocamento para a FPB, ida e volta....	86

Tabela 18. Tempo médio gasto com o atendimento na FPB.....	87
Tabela 19. Percepção do usuário quanto ao atendimento na FPB	87
Tabela 20. Motivos que levariam o usuário a retornar à FPB.....	88
Tabela 21. Motivos que levariam o usuário a não retornar à FPB.....	88
Tabela 22. Quanto a possibilidade de indicação do programa FPB à outras pessoas	88
Tabela 23. Motivos que levariam o usuário a indicar a FPB à outras pessoas.....	88
Tabela 24. Motivos que levariam o usuário a não indicar a FPB à outras pessoas.....	89
Tabela 25. Notas dadas pelos usuários à FPB	89
Tabela 26. Sugestões, observações, críticas e opiniões sobre o programa, dadas pelos entrevistados da unidade no RJ	90
Tabela 27. Sugestões, observações, críticas e opiniões sobre o programa, dadas pelos entrevistados da unidade no DF	90
Tabela 28. Descrição dos indicadores de avaliação de estrutura e processo.....	91
Tabela 29. Percentual de disponibilidade dos medicamentos na FPB	92
Tabela 30. Redução de preço em relação ao medicamento de referência (Dez/05).....	93
Tabela 31. Redução de preço em relação ao medicamento genérico de menor preço (Dez/05).....	94
Tabela 32. Redução de preço dos cinco medicamentos de maior venda em relação aos medicamentos de referência	95
Tabela 33. Custos do Tratamento 01 - Diabetes+Hiperlipidemia+Hipertensão Arterial.....	96
Tabela 34. Custos do Tratamento 02 - Diabetes+Hiperlipidemia+Hipertensão Arterial + Angina Pectoris	96
Tabela 35. Custos do Tratamento 03 - Hiperlipidemia+Hipertensão Arterial	97
Tabela 36. Comparativo dos Custos dos Tratamentos no Período de 30 dias	97
Tabela 37. Índices de Adequação encontrados nas unidades RJ, DF e no Programa	98
Tabela 38. Grau de implantação na unidade RJ, DF e do Programa.....	99

Lista de Quadros

Quadro 1. Relação dos Programas de Assistência Farmacêutica no PR, SP e MG	11
Quadro 2. Amostra de usuários e plano de entrevistas nas unidades selecionadas como caso para o estudo.....	50
Quadro 3. Indicadores propostos para o estudo	55
Quadro 4. Matriz de ponderação dos indicadores	58
Quadro 5. Distribuição dos entrevistados da Unidade Pç XV, segundo a área de residência...	80
Quadro 6. Matriz de ponderação dos indicadores	98
Quadro 7. Níveis de grau de implantação (GI)	99
Quadro 8. Relação dos medicamentos-traçadores utilizados	XXXII
Quadro 9. Lista Completa de Medicamentos do Programa, com Preço Unitário.	XXXIV

Lista de Figuras

Figura 1. Organograma de Gestão do Programa Farmácia Popular do Brasil	30
Figura 2. Modelo Teórico para medição do acesso.....	36
Figura 3. Representação Gráfica do modelo de estudo de caso utilizado	46
Figura 4: Modelo Lógico do Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB)	53
Figura 5: Desenho Operacional do Programa Farmácia Popular do Brasil	69
Figura 6. Logotipo do Programa Farmácia Popular do Brasil	XXXIII
Figura 7. Modelo do Crachá do Entrevistador	XXXVII
Figura 8. Folder da Expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil	XXXVIII

Sumário

Ficha Catalográfica	iii
Resumo	viii
Abstract	ix
Resúmen	xi
Lista de Abreviaturas.....	xii
Lista de Tabelas.....	xiv
Lista de Quadros	xvi
Lista de Figuras	xvi
Sumário	xvii
1 Escopo do estudo	1
2 Introdução.....	3
3 Antecedentes históricos e contexto - Iniciativas brasileiras de promoção do acesso a medicamentos	7
3.1 <i>A Central de Medicamentos – CEME</i>	<i>7</i>
3.2 <i>Modelos de Assistência Farmacêutica em Nível Estadual – As experiências de PR, SP e MG</i>	<i>10</i>
3.3 <i>Programa Farmácia Básica - PFB</i>	<i>13</i>
3.4 <i>A Política Nacional de Medicamentos – PNM.....</i>	<i>14</i>
3.5 <i>Distribuição Gratuita de Medicamentos para o tratamento da infecção por HIV... 15</i>	
3.6 <i>Política de Medicamentos Genéricos.....</i>	<i>16</i>
3.7 <i>Medicamentos Excepcionais ou de Alto Custo</i>	<i>17</i>
3.8 <i>Descentralização de recursos para a Assistência Farmacêutica Básica (Portarias MS 176/99 e 2084/05) - Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.....</i>	<i>18</i>
3.9 <i>Política Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus – Programa HIPERDIA</i>	<i>19</i>
3.10 <i>Outras Iniciativas em Nível Municipal e Estadual</i>	<i>21</i>
3.10.1 <i>Programa “O Rio têm Remédio” - Governo do Estado do RJ</i>	<i>21</i>
3.10.2 <i>O Projeto “Remédio em Casa” – Governo Municipal do Rio de Janeiro/RJ....</i>	<i>23</i>
4 Experiências de co-pagamento no Setor Público Brasileiro.....	26
4.1.1 <i>Programa Farmácia LAFEPE – Governo de Estado do PE</i>	<i>26</i>
4.1.2 <i>Programa “Farmácia de Todos” – Governo de Estado do RN.....</i>	<i>27</i>
4.1.3 <i>Farmácia Popular Vital Brasil - Governo de Estado do RJ.....</i>	<i>28</i>
4.1.4 <i>O Programa Farmácia Popular do Brasil.....</i>	<i>29</i>

5	Objetivos	32
5.1	<i>Objetivo Geral.....</i>	32
5.2	<i>Objetivos Específicos</i>	32
6	Referencial Teórico	33
6.1	<i>Definição de Acesso</i>	33
6.2	<i>Abordagens de avaliação.....</i>	35
6.3	<i>Avaliação de políticas e programas: conceitos, objetivos e tipologias.....</i>	37
6.4	<i>A análise de implantação</i>	40
6.5	<i>O estudo de caso</i>	42
7	Metodologia.....	45
7.1	<i>Estratégia da pesquisa</i>	45
7.2	<i>Aspectos operacionais.....</i>	46
7.3	<i>Universo da Pesquisa - Seleção dos Casos e Unidades de Análise.....</i>	47
7.4	<i>A pesquisa com usuários dos serviços de saúde</i>	48
7.5	<i>O Modelo lógico.....</i>	51
7.6	<i>Fonte de Dados e Indicadores</i>	54
7.7	<i>Construção de escores</i>	58
7.8	<i>Justificativas e Limites</i>	61
7.9	<i>Os Dados.....</i>	63
8	Resultados	65
8.1	<i>O Programa Farmácia Popular do Brasil - Antecedentes, Objetivos e Propostas..</i>	65
8.1.1	<i>Antecedentes</i>	65
8.1.2	<i>O Plano Plurianual 2004-2007 - Plano Brasil de Todos</i>	66
8.1.3	<i>Estrutura e Organização</i>	68
8.1.4	<i>Definição do Elenco dos Medicamentos.....</i>	72
8.1.5	<i>Expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil.....</i>	73
8.2	<i>FPB - Informações Gerais</i>	75
8.3	<i>Perfil dos Usuários do Programa</i>	79
8.3.1	<i>Procedência do Usuário.....</i>	79
8.3.2	<i>Sexo e Idade</i>	81
8.3.3	<i>Nível de Instrução/Escolaridade.....</i>	81
8.3.4	<i>Nível Sócio-Econômico</i>	82
8.3.5	<i>Utilização do Programa.....</i>	82
8.4	<i>Dificuldades na Obtenção do Medicamento Dentro e Fora do Programa.....</i>	83
8.4.1	<i>Origem das Receitas e Tentativas de Aquisição</i>	83
8.4.2	<i>Deslocamento para a Compra dos Medicamentos</i>	85
8.5	<i>Percepção do Usuário em Relação à qualidade do Programa</i>	86
8.5.1	<i>Tempo de Atendimento e Avaliação do Atendimento</i>	86
8.5.2	<i>Retorno à Farmácia e Indicação a Outras Pessoas</i>	87
8.5.3	<i>Avaliação Global da Farmácia e Sugestões de Melhorias</i>	89

8.6	<i>Avaliação da estrutura e dos processos do programa</i>	90
8.7	<i>O preço de medicamentos no PFB</i>	92
8.8	<i>Determinação do Grau de Implantação</i>	97
9	Discussão	100
9.1	<i>Dados do Estudo</i>	100
9.2	<i>O modelo de co-pagamento no FPB e outras experiências mundiais</i>	104
10	Conclusões e Considerações Finais	110
11	Referências Bibliográficas	112
	ANEXOS	I
	Anexo I - Lei nº. 10.858, de 13 de Abril de 2004	II
	Anexo II - Decreto nº. 5.0904, de 20 de Maio de 2004	III
	Anexo III - Carta de Solicitação de Permissão de Utilização das Instalações e Dados do Programa no Projeto de Pesquisa (Cópia)	IV
	Anexo IV - Ofício nº. 289 DFPF/SCTIE/MS (Cópia)	V
	Anexo V - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Cópia)	VI
	Anexo VI - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Cópia)	VII
	Anexo VII -: Modelo Lógico do Programa Farmácia Popular do Brasil (Figura V)	VIII
	Anexo VIII - Descrição dos indicadores	IX
	Anexo IX - Manual do Entrevistador	XVIII
	Anexo X - Questionário de avaliação da dos usuários do Programa Farmácia Popular do Brasil	XXV
	Anexo XI - Questionário de avaliação da estrutura e processos do Programa Farmácia Popular do Brasil	XXIX
	Anexo XIV - Lista de Medicamentos Completa do Programa, com Preço Unitário (Quadro VI)	XXXIV
	Anexo XVII - Fotos da Unidade Pç XV - Rio de Janeiro, RJ	XXXIX
	Anexo XVIII - Fotos da Unidade Sobradinho – DF	XL

1 ESCOPO DO ESTUDO

A proposta para a realização deste trabalho, surge a partir da criação do Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB) e a conseqüente adoção da prática do co-pagamento na assistência farmacêutica do setor público em nível federal.

A gratuidade no fornecimento público de medicamentos tem sido uma prerrogativa desde a promulgação da Constituição de 1988 e em especial, desde a regulamentação da Lei 8.080/90. Assim o co-pagamento gera um novo e intenso debate (Vianna *et al.*, 1998; MS, 2004a) quanto aos novos rumos da assistência farmacêutica no Brasil.

A proposta do estudo também se alinha ao interesse dos pesquisadores no acesso ao medicamento e ao “*Know-how*” do Núcleo de Assistência Farmacêutica – NAF da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na realização de estudos de avaliação de programas públicos de assistência farmacêutica, como é o caso dos estudos “Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil” (Cosendey, 2000), “Acesso a Medicamentos Essenciais no Estado do Rio de Janeiro” (Luiza, 2003) e “Avaliação da Assistência Farmacêutica às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro” (Oliveira *et al.*, 2002). Este acúmulo tornou possível a existência de uma metodologia validada a ser utilizada no presente estudo, bem como a presença de especialistas capazes de acompanhar a sua execução.

Por se tratar de um programa de comercialização de medicamentos a preços subsidiados, dentro do setor público, com o intuito de promover o acesso da população de menor poder aquisitivo, procurou-se na introdução deste trabalho trazer à tona a problemática do acesso aos medicamentos no mundo e, em especial, no Brasil (Capítulo 02). Para tal, foram utilizados dados da OMS (Organização Mundial de Saúde) e de duas importantes pesquisas realizadas no país: a POF (Pesquisa de Orçamentos Familiares), realizada pelo IBGE (Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística) e a Pesquisa Mundial de Saúde 2003, uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde - OMS para 71 países, cuja execução no Brasil ficou sob a responsabilidade de pesquisadores do Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz (RADIS, 2004). No capítulo 03 descreve-se de forma resumida os antecedentes históricos e as principais iniciativas brasileiras de promoção do acesso a medicamentos, como a Central de Medicamentos – CEME, a Política Nacional de Medicamentos – PNM e a Política de Medicamentos Genéricos. No capítulo 04, são apresentadas experiências de co-pagamento adotadas pelo setor público no Brasil, implementadas em diferentes unidades federativas.

Nos capítulos 05, 06, 07 são apresentadas, respectivamente, as questões de estudo e os objetivos, o referencial teórico e a metodologia,

No capítulo 08, são apresentados os resultados obtidos com a pesquisa e sua discussão. Neste mesmo capítulo, descreve-se o Programa Farmácia Popular do Brasil – FPB, objeto deste estudo, desde seus antecedentes até a sua estrutura organizacional.

No capítulo 09 são apresentadas as discussões referentes à avaliação do Programa Farmácia Popular do Brasil e da comparação a outras experiências de co-pagamento no mundo e no capítulo 10, são feitas as considerações finais e as recomendações para estudos de programas de natureza semelhante.

E, finalmente nos anexos são apresentados os instrumentos propostos para a realização desta pesquisa e documentos importantes relacionados a este trabalho.

Espera-se, portanto, que este trabalho forneça subsídios para a discussão do modelo de co-pagamento nos programas públicos e, em especial, os relacionados à assistência farmacêutica no Brasil.

2 INTRODUÇÃO

A Pesquisa Mundial de Saúde 2003 (uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde - OMS para 71 países, cuja execução no Brasil ficou sob a responsabilidade de pesquisadores do DIS/CICT/Fiocruz¹) foi divulgada em maio de 2004 (RADIS, 2004) e revela que as despesas com saúde representam, em média, 19% dos gastos dos brasileiros. A população só gasta mais com alimentação e com a manutenção da casa. O gasto médio mensal com despesas em saúde por domicílio foi de R\$ 143,00. Deste total, a maior parte é dispensada aos medicamentos (o gasto médio domiciliar mensal com medicamentos foi igual a R\$ 44,27). Segundo o levantamento, a fatia mais pobre chega a desembolsar com a compra de medicamentos 59% do total de recursos destinados às despesas com a saúde. Cerca de 9% da amostra estudada foi obrigada a se desfazer de bens ou pedir empréstimos para dar continuidade ao tratamento médico, chegando esse percentual a 11% nas famílias mais carentes. Entre as pessoas que têm doença de longa duração ou incapacidade com limitação dela resultante, o percentual alcança 16%. (RADIS, 2004; MS, 2004a).

Dados de outra pesquisa, a POF (Pesquisa de Orçamentos Familiares) do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) também apontam para a mesma situação, onde a população de menor renda é a que mais sofre com a necessidade do desembolso direto (*out-of-pocket*) e da compra não-subsidiada de medicamentos. Os gastos com medicamentos nas famílias com renda de até dois salários-mínimos são extremamente significantes, representando uma média de 64% do total dos gastos familiares em saúde. Em alguns períodos, esses gastos chegaram a representar 75% dos gastos totais em saúde, como no ano de 2003. No estrato da população com renda familiar entre 8 e 10 salários-mínimos, esse gasto percentual com medicamentos foi de 36% (IBGE, 1996, 2001 e 2003). Apesar da diferença,

¹ Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica/Fiocruz

entre os grupos de renda, os medicamentos são os responsáveis pelo maior gasto percentual na categoria saúde.

Dessa forma, o consumidor tende a reduzir ou até mesmo anular gastos em outras áreas, avaliadas como menos “essenciais”, para direcionar o seu orçamento, prioritariamente para a compra de medicamentos (ANVISA, 2001).

O baixo índice, ou mesmo a falta de acesso das populações aos medicamentos na grande maioria dos países em desenvolvimento, é um grande desafio a ser vencido nas próximas décadas.

O acesso aos medicamentos essenciais² é problemático para a população dos países em desenvolvimento, devido à escassez de recursos, de pessoal capacitado e de suprimento nas instituições de saúde do setor público. Essa situação contrasta-se com a grande disponibilidade de medicamentos não-essenciais (*eg*, medicamentos para a calvície), cuja venda tem sido amplamente promovida pela indústria farmacêutica, mediante campanhas de publicidade pouco éticas (Acevedo *et al.*, 1995).

Em 1988, um estudo da OMS (WHO, 1988) avaliou que em 23% dos 104 países em desenvolvimento estudados, menos de 30% da população tinha acesso a medicamentos essenciais. Atualmente, a OMS considera que dois terços da população mundial (cerca de quatro bilhões de pessoas) possui acesso regular a medicamentos (WHO, 2001; Luiza *et al.*, 2003). Porém, os menores índices de acesso ainda se encontram nos países em desenvolvimento (WHO, 2001). Ainda, segundo a OMS (WHO, 2003), os governos alocam uma substancial proporção de seu orçamento em saúde para a compra de medicamentos, e esta proporção tende a ser maior nos países em desenvolvimento, onde pode exceder a 40% do orçamento total desses países para a área.

² Segundo a OMS (WHO, 2001), os medicamentos essenciais são definidos como “aqueles que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde da maioria da população devendo, portanto, estar disponíveis em todos os momentos, nas quantidades adequadas e nas formas farmacêuticas apropriadas a um preço que os indivíduos e a comunidade possam pagar”.

A maior parte das pessoas que vivem em “pobreza absoluta” (renda *per capita* menor do que um dólar por dia), habita países dessas regiões, evidenciando claramente uma forte relação entre pobreza, saúde e a falta de acesso aos medicamentos. Essas pessoas têm uma probabilidade cinco vezes maior de morrer antes de atingir os cinco anos de idade e uma probabilidade duas vezes e meio maior de morrer entre os 15 e 59 anos do que as populações de países ricos (WHO, 2000). Nos países pobres, um imenso contingente de pessoas não possui condições de comprar os medicamentos necessários aos tratamentos de suas enfermidades, necessitando adquiri-los junto a organismos de ajuda humanitária, entidades filantrópicas e/ou órgãos governamentais.

Dessa forma, garantir o acesso integral e universal de suas populações aos medicamentos e, ao mesmo tempo, manter o equilíbrio financeiro de suas contas públicas é um desafio cada vez maior aos governantes, em especial àqueles cujos países sofrem restrições de ordem econômica.

No Brasil, várias políticas vêm sendo adotadas, particularmente a partir da década de setenta do século passado, com o intuito de ampliar o acesso da população à assistência farmacêutica. Medidas como a adoção de relações de medicamentos essenciais, a criação da CEME (Central de Medicamentos), a instituição da saúde como dever do Estado pela Constituição de 1988 (Brasil, 1988) e dos princípios de equidade, universalidade e integralidade na saúde dados pela Lei 8.080 (Brasil, 1990), além da configuração de uma Política Nacional de Medicamentos no final dos anos noventa, têm sido importantes passos na construção de um modelo de atenção à saúde contemplando a questão do acesso aos medicamentos.

É importante assinalar que para um grande contingente de pessoas em nosso país, a prestação de serviços através da rede pública é a única alternativa para a assistência à saúde e o acesso aos medicamentos. Avalia-se ainda que dois terços da população brasileira dependa de alguma ação governamental para suprir às suas necessidades de medicamentos (CONASS, 1997).

Porém, apesar de todos os esforços realizados nas últimas décadas no intuito de se ampliar o acesso da população aos medicamentos, o sistema público não tem conseguido atender a 100% das necessidades da população. Isto gera uma sobrecarga no orçamento familiar com a compra daqueles medicamentos que não puderam ser adquiridos no setor público. Este problema também se expressa no crescimento exponencial de processos judiciais impetrados pela população contra o estado, na tentativa de obter medicamentos, em geral produtos de alto custo (Messeder *et al.*, 2005).

Neste contexto, surgem diferentes programas, sejam de provisão, como é o caso do Programa Remédio em Casa, da Prefeitura do Rio de Janeiro, sejam de financiamento, como são os casos das experiências de co-pagamento, implementados tanto pelo nível federal - Farmácia Popular do Brasil, como pelos níveis estaduais – *e.g.*, Farmácia Popular Vital Brazil (Governo do Estado do Rio de Janeiro) e Programa Farmácia Popular do LAFEPE (Governo do Estado de Pernambuco). Assim, estes programas constituem iniciativas públicas na busca de novos modelos de provisão de medicamentos.

No caso dos programas de co-pagamento, busca-se garantir à população o acesso a medicamentos básicos e essenciais à saúde, a baixo custo, mediante o seu fornecimento a preços subsidiados pelo governo, por isso a um custo inferior ao praticado no mercado privado (MS, 2004b).

3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS E CONTEXTO - INICIATIVAS BRASILEIRAS DE PROMOÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS

Diferentes políticas públicas vêm sendo adotadas no sentido de expandir e garantir o acesso aos medicamentos no país, em especial a partir do início da década de 70 do século XX. Anteriormente a este período, as ações de atenção à saúde estavam focadas nas campanhas sanitárias, no início do século, seguida pelo modelo médico-assistencial privatista, modelo que teve sua hegemonia durante os anos 70 (Mendes, 1993). O modelo adotado nos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) após a sua centralização no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) era o das “farmácias de revenda”, que compravam os medicamentos do setor privado e os revendiam aos beneficiados da previdência a preços de custo, em unidades de dispensação espalhadas em vários pontos da cidade (Rio de Janeiro) e também de outros estados (Wilken *et al.*, 1999).

Um primeiro marco fundamental para a área de medicamentos ocorreu em 1964, com a promulgação do Decreto 53.612 (Brasil, 1964), e que estabeleceu a “Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário”, antes mesmo da própria OMS definir as listas de medicamentos essenciais como ponto central de uma política de medicamentos. A primeira lista-modelo de medicamentos essenciais seria elaborada pela OMS somente treze anos depois, em 1977 (WHO, 1997).

3.1 A Central de Medicamentos – CEME

Outro importante marco para a área de medicamentos no Brasil foi a criação, em 1971, da Central de Medicamentos – CEME, instituída como órgão da Presidência da República através do Decreto 68.806 de 25 de junho de 1971 (Brasil, 1971), cuja principal função era a

regulação da produção e da distribuição dos medicamentos produzidos pelos laboratórios oficiais farmacêuticos subordinados ou vinculados aos ministérios (Bermudez, 1995a).

É interessante ressaltar que a CEME surge durante o regime autoritário militar (1964-1985), e que havia duas propostas de orientação distintas para ela. A primeira, vinha do segmento militar nacionalista, e preconizava a independência do capital estrangeiro, o controle do Estado sobre o setor privado, desejava intervir na assistência à saúde e interferir na produção interna de matérias-primas. A segunda, era proveniente do segmento militar não-nacionalista, que atendia o interesse do setor empresarial, com predomínio do capital transnacional e tinha o objetivo de ampliar o mercado governamental e utilizar a CEME como compradora de medicamentos do setor privado a preços mais baixos (Bermudez, 1995a).

O Projeto de Organização da CEME (CEME, 1971) levava em consideração uma ação de caráter nacional, com metas de atingimento de 75% da população representativa dos indivíduos de baixo poder aquisitivo. Conforme palavras do então presidente da república, General Médici na ocasião da assinatura do decreto de criação da CEME:

“... Entre as medidas que atribui caráter prioritário, incluiu no governo a gradativa ampliação da assistência farmacêutica no tocante às classes de reduzido poder aquisitivo, levando em conta a realidade, todos os dias observada, de que, sem a possibilidade de aviamento da receita, a consulta médica se torna inócua para grande massa da população (Médici *apud* Bermudez, 1995b:82)”.

Este projeto também definiu um sistema, constituído de cinco subsistemas interligados, que compreendiam desde a informação sobre medicamentos até a produção, passando pela distribuição, a pesquisa e a avaliação e o controle de qualidade. Em 1973 é criado o Plano Diretor de Medicamentos (CEME, 1973), tido como um dos pontos de maior importância no contexto da CEME. Suas políticas e diretrizes gerais visavam integrar as ações do governo na coordenação e controle do sistema nacional de produção, distribuição e comercialização de medicamentos. Apesar da forte orientação da CEME em fortalecer o setor produtivo estatal de

medicamentos, os conflitos entre os interesses públicos e privados, anteriormente descritos, tenderam ao segundo, tornando-se extremamente explícitos no processo de compras centralizadas pela CEME.

Segundo Oliveira (1987), as políticas de saúde durante o período autoritário militar passam por duas fases diferentes: a primeira, entre meados dos anos 60 até meados da década de 70, é representada pelo avanço do modelo de atenção à saúde que privilegiava os interesses econômicos dos grupos que atuavam no setor. Já na segunda fase, partir de meados da década de 70 ocorre uma importante crise político-financeira ocasionada pelo modelo implementado no período anterior. Assim, ao final do regime militar, o sistema de saúde brasileiro encontrava-se profundamente abalado, marcado por características profundamente privatistas e excludentes, deixando à parte do sistema grande parte da população que necessitava de cuidados à sua saúde.

Durante o processo de redemocratização, em meados dos anos 80, é promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, um marco da reforma sanitária brasileira. Ela define que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (Brasil, 1988), devendo ser garantido o acesso de forma igualitária e universal.

A garantia desses direitos tem sua maior expressão na Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) de 1990 (Brasil, 1990) que cria o Sistema Único de Saúde (SUS) como forma de garantir a igualdade, a universalidade e a integralidade na assistência à saúde. O acesso aos medicamentos tem seu destaque no Art. 6º, inciso I, alínea “d”, constante no capítulo I - Dos Objetivos e Atribuições, o qual define que “estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, da população brasileira”. Esse trecho da legislação tem sido interpretado por muitos sanitaristas e defensores dos direitos da sociedade, como sendo

também dever do Estado o fornecimento dos medicamentos necessários à população, enquanto garantia do atingimento da igualdade através da equidade³.

Apesar das novas diretrizes constitucionais, o processo de universalização na área de medicamentos ainda sofria a falta de políticas claras e definidas. Em 1993, o Ministério da Saúde (MS, 1993) aponta em documento uma série de indicativos das distorções ocorridas na CEME, como: corrupções nos mecanismos de compras, descomprometimento das administrações com as finalidades do órgão, dismantelamento da estrutura técnico-organizacional, desarticulação com as estruturas estaduais e municipais do sistema e perdas na ordem de 40% por ineficiência técnico-administrativa, entre outros (Bermudez, 1995).

Estes e outros fatores culminaram com a extinção da CEME em 1997, em meio a uma crise envolvendo corrupção e desvios dos seus objetivos, tendo ela convertido-se, na prática, numa mera compradora e distribuidora de medicamentos. Suas atividades haviam-se focado na compra de grandes quantidades de medicamentos do setor privado e sua conseqüente distribuição, enquanto o seu envolvimento em pesquisa, desenvolvimento tecnológico e a coordenação de um sistema de garantia da qualidade haviam decaído. As atividades da CEME foram realocadas de uma forma fragmentada, em diversos outros setores do MS, como a Secretaria de Vigilância Sanitária, Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria Executiva e Secretaria de Projetos Especiais de Saúde (estruturas existentes à época), após a sua desativação (Brasil, 1997).

3.2 Modelos de Assistência Farmacêutica em Nível Estadual – As experiências de PR, SP e MG

A inoperância da CEME no contexto da assistência farmacêutica no Brasil levou, em fins da década de 90, os governos de três estados brasileiros – Paraná, São Paulo e Minas

³ Segundo o dicionário Aurélio (Ferreira, 1999), equidade é “Disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um”. Ao considerarmos o direito de cada um como o fruto de sua necessidade específica, a equidade consiste em atender desigualmente aos desiguais, na medida de suas desigualdades. Assim, conforme relatou Rui Barbosa: “Tratar com desigualdade a iguais, ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante, e não igualdade real” (Barbosa, 2003:19).

Gerais - a elaborarem programas no âmbito da assistência farmacêutica, com foco na distribuição de medicamentos essenciais à atenção primária (Quadro 1), conforme nos mostrou o estudo realizado por Cosendey *et al.* (2000). Em comum, estes programas possuíam o objetivo de garantir o tratamento eficaz das patologias mais freqüentes em cada região. Dessa forma, pretendia-se expandir o acesso e a resolubilidade da rede no atendimento às necessidades individuais e coletivas das populações de baixa renda

Quadro 1. Relação dos Programas de Assistência Farmacêutica no PR, SP e MG

Estado	Programa
Paraná	Programa Farmácia Básica (PFB-PR)
São Paulo	Dose Certa
Minas Gerais	Farmácia Essencial

O estado do Paraná foi pioneiro na proposição de uma política de medicamentos, dando prioridade à organização da assistência farmacêutica na rede de serviços públicos. Assim, surge a proposição de um programa de medicamentos destinado ao atendimento dos cuidados primários de saúde, denominado Programa Farmácia Básica (PFB-PR). Este programa se guiou pelo modelo proposto pela CEME, em 1987, e elaborou uma relação de medicamentos a serem ofertados, baseados em critérios de eficácia, segurança, custo e relacionados à RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais). O resultado foi uma lista contendo 32 princípios ativos, em 40 apresentações, podendo ser adquiridos via CEME, CEMEPAR (Central de Medicamentos do Paraná), em laboratórios públicos estaduais conveniados, laboratórios oficiais de outros estados ou de laboratórios privados. Assim, o governo estadual forneceria medicamentos aos municípios que, como contra-partida, organizariam a assistência farmacêutica em nível local, possibilitando a execução plena do programa, além de cumprir uma série de outros compromissos, como campanhas de conscientização sobre o URM, troca de informações técnicas, entre outros.

O programa foi implantado em abril de 1995 e em 1998 já atendia à uma população de cerca de 3.909.000 habitantes (aproximadamente 43% da população do estado), com um gasto

médio mensal de R\$ 912.000 (US\$ 796.500), representando um custo individual do programa de R\$ 0,23/hab/mês (US\$ 0,20).

O estado de São Paulo também desenvolveu um programa de assistência farmacêutica, o “Dose Certa”. O planejamento do programa durou oito meses, período no qual foi feito o diagnóstico das necessidades em medicamentos no nível de atenção primária, seleção do elenco de medicamentos e da capacidade de produção da FURP - Fundação para o Remédio Popular⁴. A lista de medicamentos era composta por 32 princípios ativos e 40 apresentações, capazes de gerar uma cobertura de 70-80% das patologias registradas nas unidades básicas de saúde (UBSs). Como no modelo paranaense, o fornecimento dos medicamentos pelo nível estadual aos municípios implicava em que estes cumprissem algumas contrapartidas, como a organização do serviço farmacêutico nas unidades de saúde, racionalização das prescrições e capacitação de recursos humanos na área de AF, entre outros. Em 1995 é implantado um piloto do programa na região de Sorocaba/SP, conhecida como “Ramal da Fome”, que incluiu a distribuição de medicamentos, realização de seminários aos profissionais de saúde, capacitação dos gestores municipais e locais, contando com médicos e farmacêuticos das UBSs, prefeitos, coordenadores e secretários de saúde. A execução do programa se deu em três fases: na primeira, 491 municípios com população de até 30.000 habitantes foram contemplados, o que correspondeu à uma população de 5.382.367 pessoas; na segunda fase, foram incluídos 90 municípios com até 120.000 habitantes, adicionando mais 5.473.069 pessoas ao programa; e a terceira fase incluiu 14 municípios com população de até 250.000 habitantes, atendendo mais de 2.501.369 pessoas. Em 1998 eram atendidos 595 municípios e um total de 13.356.805 habitantes, 45% da população do estado. O custo médio dos medicamentos do programa para o atendimento de 13.000.000 de pessoas era de R\$ 2.500.000/mês (US\$ 2.200.000/mês), cerca de R\$ 0,19/hab/mês (US\$ 0,16/hab/mês). Um outro ponto positivo do programa, que, com algumas adaptações, perdura até hoje, tem sido o

⁴ A FURP é um laboratório público ligado ao Governo do Estado de São Paulo

estímulo à produção estatal de medicamentos via FURP, ajudando na consolidação deste laboratório.

Minas Gerais foi outro estado a desenvolver um programa de assistência farmacêutica, o “Farmácia Essencial”, composto por uma lista de 29 princípios ativos e 36 medicamentos, atendendo às patologias mais frequentes no estado. Este programa utilizou a experiência dos estados de SP e PR em sua construção. Assim como o estado de São Paulo, Minas também recorreu ao seu laboratório estatal, a FUNED - Fundação Ezequiel Dias, como fornecedor dos medicamentos necessários à execução do programa. Como os dois programas anteriores, o fornecimento dos medicamentos aos municípios estava submetido às contrapartidas por parte dos últimos, que visavam especialmente a organização, em nível local, da assistência farmacêutica. A implantação também ocorreu em três etapas, a partir de 1997. A primeira etapa contemplou os 250 municípios mais carentes do estado; a segunda etapa, ocorrida em 1998, contemplou mais 300 municípios e finalmente em 1999, mais 155 municípios foram contemplados, resultando em um total de 705. Os critérios de seleção de prioridade foram: (1) municípios com até 20.000 habitantes, e (2) municípios com os menores IDH - Índice de Desenvolvimento Humano. Este conjunto de municípios representava 6.000.000 de pessoas, com um gasto mensal de R\$ 517.000 (US\$ 451.000), equivalentes a um custo individual de R\$ 0,17/hab/mês (US\$ 0,15/hab/mês).

3.3 Programa Farmácia Básica - PFB

Outro passo na busca da ampliação do acesso da população, em especial a de baixa renda, aos medicamentos foi a criação do Programa Farmácia Básica, em 1997 (MS, 1997). O programa visava atingir áreas pobres do país e possuía uma lista constituída de quarenta medicamentos essenciais a serem fornecidos como meio de garantir a premissa constitucional de acesso universal. O PFB era, na verdade, uma estratégia de transição entre a extinção da CEME e o desenvolvimento de uma nova política para o setor de medicamentos. O PFB teve

também como objetivo viabilizar os Laboratórios Oficiais até a redefinição de seu papel na PNM, que entraram em crise com a extinção da CEME, pois não tinham para onde escoar a produção (Cosendey, 2000).

O programa consistia na tentativa da resolução de importantes problemas de saúde relacionados à falta de capacidade de compra de medicamentos por parte da população, tais como o abandono do tratamento, a falha em sua continuidade e o não-cumprimento do tratamento, que levam à recorrência ou agravamento da doença.

Os municípios selecionados recebiam um kit-padrão contendo medicamentos de uso amplo no nível da atenção básica de saúde. Devido às limitações financeiras, foram selecionados os 4.199 municípios com menos de 21.000 habitantes, representando uma cobertura populacional de 35.511.679 pessoas e um gasto *per capita* de R\$ 3,1339/ano (Cosendey, 2000). Foram priorizados os municípios mais pobres, tendo-se como critério o corte populacional. Na prática foi também utilizado critério geográfico, pois houve prioridade para o Norte e Nordeste. Algumas falhas do programa foram: (1) o planejamento totalmente centralizado; (2) o não-ajuste de demanda de determinados medicamentos; e (3) a não inclusão de municípios com iguais necessidades de saúde aos atendidos, devido ao seu número de habitantes ser maior do que o valor de corte. O programa também não colaborava com o fortalecimento ou a consolidação dos sistemas de saúde locais que recebiam os medicamentos, devido à grande verticalização do programa. Em contrapartida, o PFB realçou a necessidade do inter-relacionamento entre os programas de medicamentos essenciais e o planejamento local das atividades de assistência farmacêutica envolvendo os diferentes níveis de gerenciamento.

3.4 A Política Nacional de Medicamentos – PNM

As ações isoladas em nível estadual, associadas ao conflito da CEME e a sua posterior extinção, trouxeram à tona a discussão da necessidade da formulação de uma política de

medicamentos explícita para o país. Assim, em 1998 surge, em consonância com as diretrizes da OMS (OMS, 1998), a Portaria nº. 3.916 do Ministério da Saúde, que definia a Política Nacional de Medicamentos (MS, 1998). Ela foi o resultado de mais de 20 meses de negociações envolvendo profissionais de saúde, organizações internacionais, a sociedade organizada, a indústria farmacêutica e gestores do sistema de saúde. Foi também a primeira política setorial no campo da saúde elaborada no Brasil.

A Portaria MS 3.916, de 30 de outubro de 1998, intitulada Política Nacional de Medicamentos - PNM estabeleceu, assim, as bases, diretrizes e prioridades para as atividades no setor, evidenciando a necessidade das ações intersetoriais (Yunes, 1999). Surgem como diretrizes dessa nova política: (1) adoção de uma lista/relação de medicamentos essenciais (RENAME); (2) regulação sanitária de medicamentos; (3) reorientação da Assistência Farmacêutica; (4) promoção do uso racional dos medicamentos; (5) desenvolvimentos científico e tecnológico; (6) promoção da produção de medicamentos; (7) garantia da qualidade, eficácia e segurança; e (8) treinamento e desenvolvimento de recursos humanos.

As prioridades definidas foram: (a) revisão permanente da RENAME; (b) assistência farmacêutica; (c) promoção do uso racional de medicamentos - URM; e (d) organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos (MS, 1998).

Vale ressaltar a importância da adoção da RENAME e de sua revisão permanente, baseada no modelo da OMS. Além da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), os estados e municípios também foram estimulados a elaborar as suas próprias relações, consoantes às características e necessidades de cada região.

3.5 Distribuição Gratuita de Medicamentos para o tratamento da infecção por HIV

Outro marco no setor de medicamentos e que gerou grande repercussão, inclusive em nível internacional, foi a Lei nº. 9.313/96 (Brasil, 1996), que dispõe sobre o fornecimento gratuito dos medicamentos às pessoas vivendo com HIV e Aids, garantindo o acesso universal

a toda medicação necessária ao tratamento. Ela representou um importante passo na consolidação da garantia de acesso universal e gratuito aos medicamentos no Brasil. Esse programa de reconhecimento mundial já atendia, em janeiro de 2003, a 125.000 pacientes portadores do HIV, o que representava uma cobertura de 100% das pessoas que necessitavam de tratamento no país (casos oficialmente registrados). Além das garantias constitucionais e legais da saúde, a Lei 9.313/ 1996 tornou ainda mais consolidada a posição do Brasil na garantia de acesso das pessoas que vivem com HIV/Aids aos seus tratamentos, que são dispensados à população no serviço público de saúde, nos níveis municipal, estadual e federal. Segundo estudos realizados em São Paulo e no Rio de Janeiro (Oliveira *et al.*, 2002), o uso dos medicamentos antirretrovirais-ARV reduziu em 48 e 49%, respectivamente, a taxa de morte de pacientes, além de uma considerável redução nas internações. Há estimativas de que, aproximadamente, 234.000 internações hospitalares relacionadas à Aids foram evitadas entre os anos de 1997 e 2000, o que representou uma economia de cerca de US\$ 677 milhões para o sistema de saúde. Além disso, uma série de outros indicadores relativos à morbidade pelas doenças oportunistas relacionadas à baixa capacidade de resposta imunológica, como a citomegalovirose e a tuberculose, têm mostrado resultados positivos (Bermudez *et al.*, 2004a).

3.6 Política de Medicamentos Genéricos

Outra importante estratégia adotada, como desdobramento do processo de implementação da PNM, com a finalidade de ampliar o acesso da população aos medicamentos, foi a adoção da política de medicamentos genéricos. Os genéricos, como ficaram conhecidos no país, foram criados pela Lei nº. 9.787 de 10 de Fevereiro de 1999 (Brasil, 1999), regulamentada pela resolução ANVISA nº. 391 de 10 de agosto de 1999 (ANVISA, 1999), e surgem como um esforço para a redução do preço dos medicamentos ao consumidor. Essa redução se dá através da competição entre produtores de medicamentos que já possuam a sua patente expirada.

Atualmente, no Brasil, o mercado de medicamentos genéricos corresponde a 4,6% do mercado total em valor e 8,6% em volume de venda (considerando o período de agosto/2002 a julho/2003). Até abril de 2005, já haviam sido registrados 1.478 produtos, representando 288 substâncias ativas e 6.764 apresentações comerciais, distribuídas em 61 classes terapêuticas produzidos por 61 laboratórios farmacêuticos (ANVISA, 2005a).

É importante ressaltar que em 1993, durante o governo do Presidente da República Itamar Franco, foi promulgado o decreto nº. 793 (Brasil, 1993a), que determinava o destaque do nome genérico em relação ao nome de marca nas embalagens e a prescrição pelo nome genérico. Porém uma série de entraves, em especial envolvendo decisões judiciais, dificultou o pleno atingimento de seus objetivos.

3.7 Medicamentos Excepcionais ou de Alto Custo

Os gastos federais em medicamentos, desde a extinção da CEME, têm aumentado, com especial destaque para os medicamentos de alto-custo. Os medicamentos denominados de alto custo, excepcionais ou de dispensação em caráter excepcional, são aqueles medicamentos cuja aquisição governamental é feita em caráter excepcional, individual e com recursos financeiros independentes daqueles destinados aos medicamentos da RENAME, utilizando critério especial para dispensação (Silva *et al.*, 2004). De modo geral, o acesso a esses medicamentos se dá de forma individualizada, através de um processo administrativo de solicitação dos produtos junto às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), por meio da APAC – Autorização de Procedimento de Alto Custo.

O marco histórico para esses medicamentos foi a promulgação da Portaria Interministerial MPAS/MS/MEC número 03/82 (Brasil, 1982), que no item 3 abriu precedente à compra de medicamentos excepcionais, não contidos na RENAME, fixando o valor máximo de gastos com esses medicamentos em 15% do valor global das aquisições de medicamentos da RENAME. Com os processos de descentralização (SUDS, SUS) e a extinção da CEME e

do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), os programas foram sendo transferidos para a responsabilidade das SES, com repasse federal de verbas. Em 1996 os gastos com esses medicamentos eram de R\$ 69.800.000. No ano de 1999, com um elenco de 92 itens, foram gastos com esses medicamentos R\$ 296.357.000,00, enquanto que para 2003 essa quantia estava projetada para R\$ 603.800.000,00 (MS, 2002).

3.8 Descentralização de recursos para a Assistência Farmacêutica Básica (Portarias MS 176/99 e 2084/05) - Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica

A partir de 1999, o Ministério da Saúde, cumprindo a prioridade de implementar a política de descentralização do setor saúde, em consonância com a diretriz da Política Nacional de Medicamentos e a deliberação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), estabeleceu um incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, financiado pelas três esferas de governo⁵. A transferência dos recursos federais é condicionada à contrapartida dos estados, municípios e do Distrito Federal, conforme definido no pacto realizado em cada estado e aprovado pelas CIB (Comissão Intergestores Tripartite) e CIT. A Assistência Farmacêutica Básica é considerada como parte integrante da Assistência Farmacêutica relacionada aos medicamentos essenciais de uso nos cuidados básicos de saúde, os quais são dispensados na rede ambulatorial do SUS sob prescrição médica.

Conforme a Portaria nº. 2.084/GM DE 26 de outubro de 2005 (MS, 2005d), o repasse federal definido é de R\$ 1,65 habitante/ano. Considerando o tamanho da população, este valor pode ser estimado em R\$ 306.570.602,00 (trezentos e seis milhões, quinhentos e setenta mil, seiscentos e dois reais), que somados à contrapartida mínima de estados e municípios (R\$ 1,00 de cada esfera) totalizam um valor mínimo de R\$ 678.171.332,00 (seiscentos e setenta e oito milhões, cento e setenta e um mil, trezentos e trinta e dois reais). Estes valores baseiam-se na estimativa da população do país em 11/03/2006 (185.800.365 habitantes), segundo dados do IBGE (2005).

⁵ Conforme estabelecido pela Portaria MS 176/99

A elaboração de um Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica é requisito fundamental estabelecido para que Estados e Municípios recebam o incentivo, e deve conter:

- O elenco de medicamentos para assistência básica, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB.
- Os mecanismos de adesão e responsabilidade dos municípios, para integrarem o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica.
- O pacto de gestão entre o estado e o município, negociado na CIB, incluindo a contrapartida de recursos do estado e municípios, com a respectiva ata de aprovação.
- A sistemática de programação, acompanhamento, controle e avaliação da implementação do Plano no Estado.

As etapas a serem cumpridas no âmbito estadual e federal para a qualificação dos estados e municípios ao incentivo são: (1) o encaminhamento do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica ao Ministério da Saúde, (2) a aprovação da qualificação do município na CIT, (3) o encaminhamento à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, da Resolução da CIB aprovando a pactuação dos municípios e anexando a relação dos municípios qualificados e (4) a homologação da qualificação, pelo Ministério da Saúde, mediante a edição de Portaria específica no Diário Oficial da União.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria Executiva, repassa os recursos federais aos estados e municípios qualificados, correspondentes a 1/12 (um doze avos) do valor final do incentivo, na proporção do número de habitantes dos municípios (MS, 1999; MS, 2005a).

3.9 Política Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus – Programa HIPERDIA

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e ao Diabetes Mellitus (DM) foi implementado em 2001 pelo Ministério da Saúde (MS) e teve, na época, como responsável pela coordenação e gerência de todas as ações de implantação do Plano a

Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde. Essa iniciativa foi baseada no fato de que as doenças cardiovasculares são as principais causas de mortalidade no Brasil, correspondendo a 27% (255.585 mortes) do total de óbitos registrados no ano de 2000 (Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM/MS), além de estar entre as causas mais importantes de internações hospitalares (MS, 2001).

Ele teve por objetivo estabelecer as diretrizes e metas para a reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS) quanto a estes importantes agravos. Também investiu na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico e proporcionando a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores. Assim, previa-se a redução da morbi-mortalidade associada à HA e ao DM no país.

O plano previa quatro etapas de execução, a saber:

1. Capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica na atenção à HA e ao DM;
2. Campanha de informação e de identificação de casos suspeitos de HA e DM e promoção de hábitos saudáveis de vida;
3. Confirmação diagnóstica e início da terapêutica;
4. Cadastramento, vinculação e acompanhamento dos pacientes portadores de HA e DM às Unidades Básicas de Saúde.

A adesão ao tratamento é considerada como o maior desafio a ser enfrentado pelo plano, uma vez que se está lidando com doenças crônicas, pouco sintomáticas e cujo tratamento implica mudanças nos hábitos de vida de uma população numerosa.

A pactuação entre os gestores do SUS é uma das principais estratégias para a implementação do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

Segundo os formuladores, um outro aspecto importante do plano é o alinhamento com a reorientação da assistência farmacêutica - uma das diretrizes fundamentais da PNM - ainda que, o plano fira o princípio básico da descentralização e atrepele os pactos da Assistência Farmacêutica Básica, uma vez que a maioria dos medicamentos definidos nos elencos já contemplavam medicamentos para HA e DM. O plano proposto contempla o estabelecimento de diretrizes voltadas ao processo de detecção e tratamento dos portadores de HA e DM, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram definidos três medicamentos para distribuição gratuita na rede pública de saúde para o tratamento de pessoas identificadas como portadoras de hipertensão por este programa:

- captopril 25 mg;
- hidroclorotiazida 25 mg;
- propranolol 40 mg;

Quanto ao Diabetes Mellitus, os medicamentos definidos foram:

- Glibenclamida com 5,0 mg;
- Metformina comp. 850 mg;
- Insulina NPH - 100 UI.

3.10 Outras Iniciativas em Nível Municipal e Estadual

3.10.1 Programa “O Rio têm Remédio” - Governo do Estado do RJ

O Programa "Rio Tem Remédio", desenvolvido pela SES do RJ e operacionalizado pela Superintendência Estadual de Assistência Farmacêutica e pelo Instituto Vital Brazil (IVB) foi criado em 1999. Teve como principal objetivo a reestruturação da assistência farmacêutica no âmbito do Estado, visando implementar as ações de assistência farmacêutica, garantindo à população acesso aos medicamentos essenciais. O programa teve também como objetivo

reorganizar a distribuição do IVB no contexto da PNM, considerando o pacto e a reorientação da Assistência Farmacêutica.

Os medicamentos eram destinados ao abastecimento dos postos de saúde e hospitais dos 92 municípios do estado. O programa possuía a participação do Ministério da Saúde, Governo do Estado do Rio de Janeiro e das prefeituras. Os custos eram divididos entre as três esferas de governo segundo o pacto da atenção farmacêutica básica sendo: (1) O ministério contribui com R\$ 1,00/ habitante/ ano; (2) o Estado do Rio com R\$ 0,60; e (3) as Prefeituras com R\$ 0,50. As prefeituras apresentavam as suas necessidades em medicamentos conforme o elenco pactuado, dentre um total de 17 itens sob responsabilidade do nível estadual que integravam a cesta básica. Quinze deles fazem parte da linha de produção do IVB. Assim, a proposta era a concentração dos repasses e contrapartidas da parcela do pacto que competiam à esfera estadual na linha de produção do IVB permitindo incrementar os investimentos no laboratório estadual, que produziria, a menor preço, os medicamentos de acordo com as necessidades dos municípios. Esse processo se assemelhava aos que ocorreram com os programas Dose Certa (SP) e Farmácia Essencial (MG), que também utilizaram os seus laboratórios oficiais (FURP e FUNED, respectivamente) para a produção dos medicamentos a serem utilizados na atenção básica.

Em 2000, o IVB recebeu do Governo do Estado do Rio de Janeiro, a promessa de investimentos na ordem de 10 milhões de reais para iniciar a ampliação de sua capacidade de produção e recuperação de sua função social como laboratório oficial do Estado (SES-RJ, 2003). Porém, este valor nunca chegou a ser repassado ao Instituto.

Além disso, houve uma série de não cumprimentos dos acordos firmados com as prefeituras por parte do governo do estado, que não conseguiu manter o fornecimento regular de medicamentos às prefeituras. Por essa razão, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do estado do Rio de Janeiro determinou em 2002 a revogação dos Termos de Adesão ao Programa “O Rio Tem Remédio”, firmados entre o nível estadual e os municípios representados pelos seus respectivos Secretários de Saúde (CIB-RJ, 2002). Ficou definido que

a contrapartida da Secretaria Estadual de Saúde de R\$0,60/habitante/ano seria repassada em recursos financeiros fundo a fundo aos municípios, a partir da competência novembro de 2002.

As Secretarias Municipais de Saúde, com a sua contrapartida de R\$0,50/habitante/ano e com a contrapartida do Ministério da Saúde de R\$ 1,00/habitante/ano, e a do estado, depositadas fundo a fundo, conforme pactuação estabelecida ficariam então responsáveis pela aquisição dos 46 (quarenta e seis) itens pactuados no Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica. No caso de comprovada impossibilidade financeira, os municípios deveriam então cumprir a aquisição dos 34 (trinta e quatro) itens que compunham o elenco mínimo obrigatório. Além desse ponto, também se definiram os valores devidos pelo Estado do Rio de Janeiro aos municípios em decorrência do não cumprimento de sua contrapartida referente ao Programa “O Rio Tem Remédio”. Após essa série de eventos, houve uma reestruturação técnico-administrativa do programa, que atualmente está remodelado e passou a se chamar, conforme proposta do Ministério da Saúde para todos os estados, Programa de Assistência Farmacêutica Básica.

3.10.2 O Projeto “Remédio em Casa” – Governo Municipal do Rio de Janeiro/RJ

O Projeto Remédio em Casa é uma iniciativa da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, realizada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio, 2005). Ela tem como público-alvo inicial os pacientes em tratamento nos programas de Hipertensão Arterial (PHA) e Diabetes *Mellitus* (PDM) em 109 unidades municipais. O projeto-piloto iniciou-se em janeiro de 2002 em 10 destas unidades, uma em cada área programática da cidade. Em outubro de 2004, o Remédio em Casa concluiu sua implantação em 100% das unidades participantes dos programas de HA e DM. Em 16 de maio de 2005, foram contabilizados 268.578 pacientes cadastrados e 704.718 remessas realizadas para 240.434 pacientes.

A proposta do programa é garantir a continuidade do tratamento e da integralidade da atenção dos portadores de doenças crônicas tais como hipertensão e diabetes. A escolha dessas

patologias como foco do programa deveu-se ao fato da hipertensão arterial e o do diabetes serem uns dos mais prevalentes fatores de risco controláveis para a aterosclerose, elo patogênico comum às doenças isquêmicas do coração, às doenças cerebrovasculares, às vasculopatias periféricas, à insuficiência renal crônica e à retinopatia diabética. Essas entidades clínicas respondem não apenas pelas principais causas de morte, incapacidade laborativa e absenteísmo, como também pela maior parcela de custos no sistema público de saúde, envolvendo alta demanda por procedimentos de alta complexidade.

Em dezembro de 2004, o programa registrou cerca de 277.583 hipertensos e 67.310 diabéticos aderidos ao tratamento nos PHA (Programa de Hipertensão Arterial) e PDM (Programa de Diabetes *Mellitus*) da SMS-RIO. A partir da estimativa de que pelo menos dois terços dos hipertensos e diabéticos em tratamento estivessem em fase de manutenção de seu tratamento, com medicamentos e doses definidas, este universo de aproximadamente 190.000 pacientes foi o público-alvo inicial a ser abrangido por um projeto de distribuição domiciliar de medicamentos, mantendo-se todas as demais ações na rede a tais pacientes, inclusive a assistência pelo farmacêutico da unidade de origem, para os casos em início de tratamento e aqueles que ainda não estão em fase de manutenção.

Segundo seus idealizadores, o projeto Remédio em Casa aproveita algumas vantagens e minimiza as vulnerabilidades da logística de aquisição, distribuição e dispensação, que levam a desabastecimentos pontuais e/ou sistêmicos dos seus medicamentos padronizados. Os medicamentos são dispensados através de um sistema de remessa domiciliar para hipertensos e diabéticos em fase de manutenção de seu tratamento. Um de seus principais objetivos é estimular a adesão ao tratamento desses pacientes e descongestionar a porta de entrada e as farmácias das unidades de saúde do contingente diário de pacientes que a elas acorrem apenas para renovação mensal de receitas e recebimento de nova cota de medicamentos. É importante frisar que a adesão ao programa não exclui o paciente de consultas de retorno e nem da manutenção de todas as demais atividades do paciente na unidade de saúde.

A distribuição dos medicamentos é realizada por uma farmácia central (Núcleo SMS/ECT) localizada no prédio da ECT (Empresa de Correios e Telégrafos) no Rio de Janeiro. Há o aporte e manutenção de estoque estratégico correspondente a 6 (seis) meses de consumo médio mensal do total de unidades participantes do sistema, com ressuprimentos desencadeados a cada 2 meses. Os medicamentos são os padronizados dos Programas de HA e DM, adquiridos regularmente pelo registro anual de preços. Existe a supervisão de uma equipe de profissionais farmacêuticos do quadro permanente da SMS para o gerenciamento operacional e de estoques, bem como uma equipe própria da ECT para acondicionamento e expedição das remessas.

O programa prevê ainda, a inclusão de novos medicamentos para uso contínuo em cardiologia a partir de 2005, tais como antiplaquetários (AAS), hipocolesterolemiantes (sinvastatina) e medicamentos para cardiopatia isquêmica e insuficiência cardíaca. Outros programas como os de aids, contraceptivos, profilaxia secundária para febre reumática (penicilina benzatina) e outros medicamentos de uso contínuo poderão adotar a metodologia do Remédio em Casa adequada a suas necessidades. O programa também visualiza uma possível participação de unidades de saúde de outras esferas de gestão (estaduais, federais, universitárias e filantrópicas) que atuam na cidade do Rio de Janeiro, mediante pactuação com a SMS, podendo aderir ao sistema, cada qual assumindo seus custos específicos operacionais e de insumos.

Além disso, o programa pretende servir de modelo para gestores municipais da área de saúde contribuindo para um melhor controle dos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares e para a crescente consolidação e credibilidade do Sistema Único de Saúde.

4 EXPERIÊNCIAS DE CO-PAGAMENTO⁶ NO SETOR PÚBLICO BRASILEIRO

4.1.1 Programa Farmácia LAFEPE – Governo de Estado do PE

O LAFEPE (Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco), em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco iniciou em Abril de 2001 o projeto de implantação de suas farmácias, visando à comercialização de medicamentos genéricos e similares⁷, produzidos pelo LAFEPE e/ou adquiridos junto a outros laboratórios, com intuito de ofertar os produtos a preços inferiores aos praticados pelo mercado. Esse projeto foi pioneiro no país, no contexto da vigência da Política Nacional de Medicamentos, na prática de fornecimento de medicamentos à população por meio de ressarcimento a custos subsidiados, referentes ao custo da produção dos medicamentos mais um valor referente aos custos administrativos. Não há limitantes quanto ao acesso, ou seja, qualquer cidadão poderá utilizar os serviços da farmácia.

Atualmente existem dezesseis farmácias, que estão distribuídas estrategicamente na Região Metropolitana do Recife e quatorze que estão localizadas no interior, contabilizando um total de 30 unidades espalhadas pelo estado, onde são atendidas mais de 200.000 pessoas/mês e comercializados cerca de 170 medicamentos genéricos e similares. O plano de expansão para 2005, previa a abertura de novas farmácias na Região Metropolitana e no

⁶ Para Vianna *et al* (1998), o co-pagamento pode ser definido como: “Co-pagamento, taxa moderadora, participação no custeio (cost-sharing) ou, ainda, contrapartida do usuário são diferentes maneiras para denominar o mecanismo de recuperação de custos adotado por muitos sistemas de saúde, segundo o qual o paciente arca com parte dos custos dos bens e serviços quando destes fizer uso.” (1998:08),

⁷ Segundo a Lei 9.787/99 (Brasil, 1999), o Medicamento Similar é aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, e que é equivalente ao medicamento registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca. O Medicamento Genérico é um medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade e designado pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI. Já o Medicamento de Referência é o produto inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no País, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro.

interior do Estado, dentro da estratégia dos eixos viários de interiorização das rodovias BR 101 e 232, além do apoio aos conglomerados de desenvolvimento (LAFEPE, 2005).

4.1.2 Programa “Farmácia de Todos” – Governo de Estado do RN

O Programa Farmácia de Todos, do governo do estado do Rio Grande do Norte, seguiu o modelo adotado pelo governo de Pernambuco, com as farmácias do LAFEPE, sendo o segundo do gênero no país. O programa, com foco na população de baixa renda, tem como objetivo o fornecimento de medicamentos à população a preços abaixo dos praticado no mercado. Tem também como objetivo o atendimento prioritário das pessoas que possuem dificuldades na realização de tratamento médico por causa do alto custo dos medicamentos.

A primeira farmácia foi inaugurada em 2004, na cidade de Natal. O programa é administrado pela Central de Abastecimento do Rio Grande do Norte (Ceasa) e oferece cerca de 130 medicamentos contra doenças que ocorrem com maior freqüência, como a hipertensão, diabetes, úlcera gástrica, depressão, asma, infecções e verminoses. Além dessas, também estão disponíveis produtos indicados para os quadros de cólica, cefaléia, queimadura e inflamação. Os medicamentos vendidos na “Farmácia de Todos” são produzidos por laboratórios oficiais e o custo médio é até 40% menor do que o praticado no setor privado. A implantação dessas farmácias utiliza recursos provenientes dos excedentes da arrecadação com os *royalties* oriundos da produção de xisto, petróleo e gás natural. A meta do programa é instalar, até 2007, vinte e cinco farmácias populares em todas as regiões do Estado. A estimativa da coordenação do programa é de que as farmácias da capital atendam, em média, cerca de 2.000 consumidores por dia, enquanto o movimento diário nas unidades do interior deve ficar em torno de 500 pessoas.

O acesso aos serviços prestados pelo programa na rede de farmácias abertas pelo Governo do Estado é universal, não estando condicionado a quaisquer fatores sócio-econômicos. A única exigência é a apresentação de receita médica ou odontológica, da rede

pública ou particular de saúde, contendo algum dos medicamentos disponíveis nas unidades (SES-RN, 2005).

4.1.3 Farmácia Popular Vital Brasil - Governo de Estado do RJ

A Farmácia Popular Vital Brazil, do Governo do Estado do Rio de Janeiro, foi implantada em 2003, estando sob a coordenação técnica e administrativa do Instituto Vital Brazil. As farmácias vendem 44 medicamentos produzidos pelo próprio IVB, Laboratório Farmacêutico da Marinha, IQUEGO (Indústria Química do Estado de Goiás), LAFEPE (Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco) e FUNED (Fundação Ezequiel Dias, de Minas Gerais) a preços subsidiados, para uma população-alvo. O preço de aquisição de qualquer medicamento é de R\$ 1,00. Para poder acessar os serviços da Farmácia Popular Vital Brazil é preciso ter 60 anos ou mais, apresentar receita médica da rede pública com o nome genérico do medicamento e morar nas regiões definidas para assistência para cada unidade de atendimento.

O elenco de medicamentos foi definido baseando-se naqueles que possuem maior relevância terapêutica para a terceira idade, como os antihipertensivos, os antidepressivos, medicamentos para o tratamento da catarata, do glaucoma e da osteoporose. Segundo dados do IVB, em 2004 as 14 farmácias atenderam a mais de 600 mil idosos, que tiveram juntos uma economia de R\$ 20 milhões na compra de 1,2 milhão de tratamentos completos para um mês (35 milhões de unidades de medicamentos). Um diferencial do programa é a inclusão dos idosos em programas de acolhimento ao usuário denominado PAI (Programa de Atenção ao Idoso - Convivendo com a Melhor Idade), que oferece palestras e eventos aos usuários. O objetivo do Programa é prestar um atendimento diferenciado ao público usuário das farmácias populares, através da realização de atividades com foco na promoção da saúde, cultura, educação e lazer voltadas para a terceira idade (IVB, 2005a). O programa Farmácia Popular Vital Brazil pretende também ser um programa pioneiro, empregando idosos com o intuito de

facilitar o processo de atendimento e estabelecendo convênios com as associações de portadores de necessidades especiais (Associação Niteroiense dos Deficientes Físicos - Andef), facultando também a estes o acesso aos serviços (IVB, 2005b).

4.1.4 O Programa Farmácia Popular do Brasil

O Programa Farmácia Popular do Brasil é um programa do Governo Federal que busca ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. O programa foi criado em maio de 2004 e destina-se ao atendimento igualitário da população, usuária ou não do sistema público de saúde, mas, principalmente, da população de baixa renda que utiliza serviços privados de saúde. Essa população não é contemplada pelo fornecimento público de medicamentos, possuindo dificuldades em adquiri-los no setor privado. Assim, o programa fornece medicamentos mediante ressarcimento, a um custo inferior aos praticados no mercado. O ressarcimento dos medicamentos refere-se ao seu valor de compra associado às despesas administrativas do programa, sem que haja o objetivo de qualquer tipo de lucro (Brasil, 2004a). A disponibilidade de medicamentos é dada por meio das farmácias populares, por intermédio de convênios firmados com Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos, bem como em rede privada de farmácias e drogarias. No caso da dispensação ser realizada em redes privadas, de farmácia e drogarias, o preço do medicamento será subsidiado em parte. A aquisição dos medicamentos disponibilizados nas farmácias populares é dada unicamente por apresentação de receituário médico ou odontológico, oriundos tanto da rede pública ou conveniada quanto da privada, sem qualquer distinção.

Em relação à estrutura (Figura 1), o programa é coordenado por um Conselho Gestor (MS, 2004d), que está vinculado diretamente ao Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. O Conselho Gestor do Programa Farmácia Popular do Brasil é integrado por três membros, obedecendo à seguinte composição:

1. Membro da Direção Nacional do Programa, indicado pelo Gabinete do Ministro;

2. Membro da representação da Fundação Oswaldo Cruz, indicado pela Direção da Fundação Oswaldo Cruz;
3. Membro da representação do Ministério da Saúde, indicado pelo Gabinete do Ministro.

O Programa possui duas gerências: uma técnica e uma administrativa, as quais terão suas atribuições descritas posteriormente neste trabalho.

É importante salientar que o programa é previsto para ocorrer sem qualquer restrição ao fornecimento gratuito de medicamentos na rede SUS (Sistema Único de Saúde), sendo os processos de compra de medicamentos para a FPB realizados pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e totalmente independente dos realizados pela União, Estados e Municípios. Pretende ser uma nova política de assistência dentro do SUS e que está inserida numa política maior, a Política de Assistência Farmacêutica.

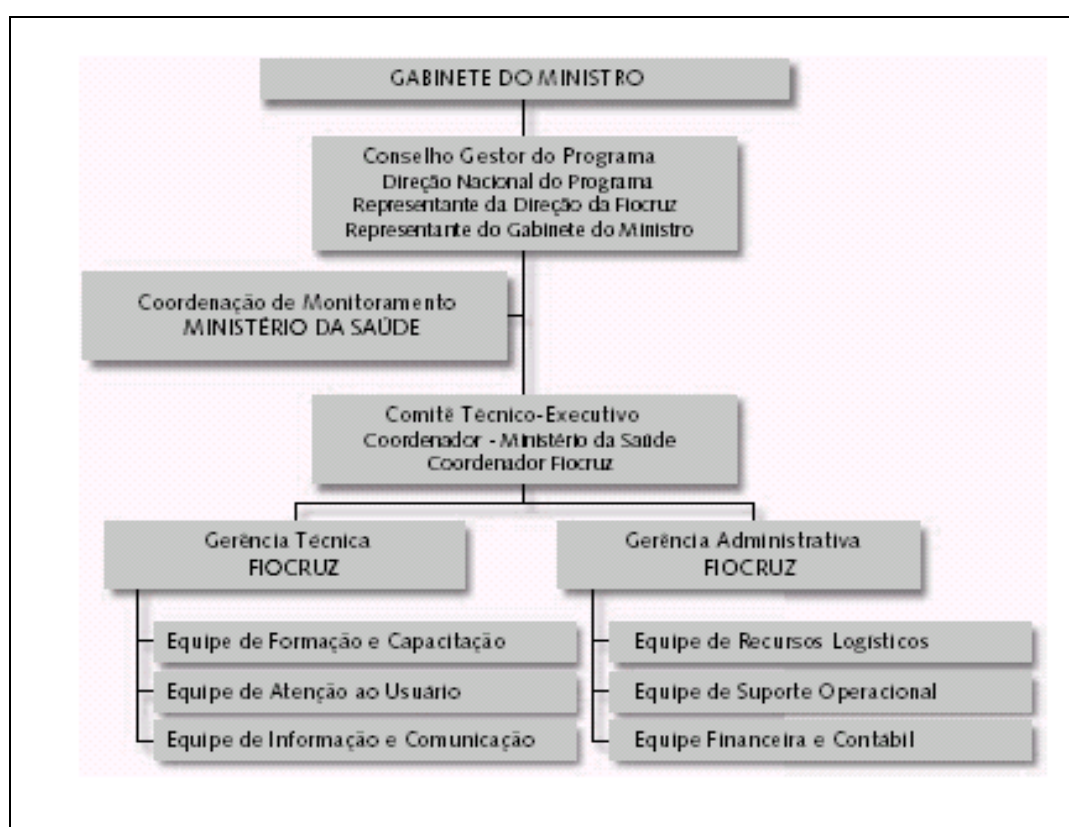


Figura 1. Organograma de Gestão do Programa Farmácia Popular do Brasil

Fonte: MS, 2005c

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), órgão do Ministério da Saúde e executora do programa adquire os medicamentos de laboratórios farmacêuticos públicos ou do setor privado e os disponibiliza nas farmácias a preço de custo. Os remédios produzidos por laboratórios privados são comprados através de uma licitação por pregão. Os laboratórios oficiais são legalmente dispensados de licitação pela Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 (Brasil, 1993b). O rol de medicamentos a ser disponibilizado em decorrência da execução do Programa "Farmácia Popular do Brasil" foi definido pelo Ministério da Saúde, considerando-se as evidências epidemiológicas e prevalências de doenças e agravos e baseado na RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

Através da portaria ministerial nº. 1.579/04 (MS, 2004c) foi também constituído, no âmbito do Ministério da Saúde, um grupo de trabalho com as atribuições de analisar, negociar e sugerir ao Ministro de Estado da Saúde os possíveis mecanismos para a implementação de subsídio à aquisição de medicamentos na rede privada de dispensação, como parte integrante do Projeto Farmácia Popular. Esse grupo também é responsável por sugerir os critérios e os respectivos mecanismos para a adesão de estabelecimentos farmacêuticos de dispensação de medicamentos e os critérios para inclusão ou exclusão de medicamentos no programa (MS, 2004c).

Segundo dados do MS, em 2003 foram gastos R\$ 380 milhões em internações provocadas por doenças coronarianas, como infarto, e R\$ 142 milhões em internações provocadas por doenças cérebro vasculares, como derrame. Os gastos foram 21% e 18% maiores do que em 2002, quando as despesas foram de R\$ 314 milhões e R\$ 120 milhões, respectivamente. Muitos dos casos são conseqüentes do agravamento de quadro clínico devido ao não-cumprimento dos tratamentos preconizados, ocasionados pela falta de medicamentos. Dessa forma, o programa tem como prerrogativas contribuir para a redução do impacto no orçamento familiar causado pela compra de remédios e, também, na busca da diminuição dos gastos do SUS com as internações que são provocadas pelo abandono do tratamento.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Tendo como objeto o FPB, este trabalho tem como objetivo determinar o grau de implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil – FPB, tendo como base a análise em duas de suas unidades, focando o acesso aos medicamentos e a percepção dos usuários.

5.2 Objetivos Específicos

1. Identificar as normas definidas para o funcionamento do programa;
2. Propor um modelo lógico representativo do programa;
3. Identificar, selecionar e/ou elaborar indicadores capazes de avaliar o acesso aos medicamentos essenciais no contexto da política de medicamentos no Brasil, dentro do modelo proposto;
4. Caracterizar o perfil da clientela e a demanda.
5. Estimar o grau de implantação nas unidades avaliadas;
6. Determinar o grau de implantação, tendo em vista os aspectos de estrutura e processo definidos nas normativas de funcionamento do programa;
7. Determinar a percepção dos usuários em relação ao programa..

Questões a serem respondidas pelo Estudo:

- O FPB favorece o acesso aos medicamentos para a clientela atendida?
- Qual o perfil da clientela atendida?
- Este perfil corresponde à população-alvo definida?
- Qual a percepção dos usuários em relação ao programa?

6 REFERENCIAL TEÓRICO

6.1 Definição de Acesso

O acesso aos medicamentos pode ser considerado como ponto fundamental para a garantia do direito à saúde. Considerando-se que, conforme a nossa própria constituição, “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado.” (Brasil, 1988:art. 196), o direito de acesso aos serviços de saúde, e em especial aos medicamentos, é um importante indicador da legitimação dos direitos de qualquer cidadão em nosso país.

Nestes termos, devemos primeiramente conceituar o termo acesso, cuja definição tem diferentes acepções conforme o autor.

Para Aday & Andersen (*apud* Luiza, 2003) a definição de acesso é proposta como “o conjunto de dimensões que descrevem a entrada potencial e real de um dado grupo de população no sistema de cuidado de saúde”. Já Penchansky & Thomas (1981:128) o define como “grau de ajuste entre os clientes e o sistema” sendo ainda, segundo este último, “a relação funcional entre o conjunto de obstáculos à busca de atenção (resistência) e capacidade correspondente da população para superar tais obstáculos (poder de utilização)”.

Ainda, segundo os autores anteriormente citados, o acesso é considerado um conceito resultante de um conjunto de dimensões mais específicas de compatibilidade entre o paciente e o sistema de atenção sanitária, a saber:

- *Disponibilidade (availability)*: relaciona-se com o volume e o tipo de recursos e serviços oferecidos e com as necessidades dos clientes.
- *Acessibilidade ou oportunidade (accessibility)*: refere-se à existência dos serviços no lugar e no momento em que é requerido pelos clientes.
- *Adequação (accomodation)*: é a maneira como os recursos são organizados para seu fornecimento, a habilidade dos clientes para se adaptar, bem como sua percepção quanto à qualidade do cuidado.

-
- *Capacidade aquisitiva (affordability)*⁸: relaciona-se ao aspecto do custo, os preços dos serviços e à capacidade de pagamento dos clientes.
 - *Aceitabilidade (acceptability)*: refere-se às atitudes tanto de provedores quanto dos clientes a respeito de suas características e práticas.

Problemas com quaisquer das dimensões influenciam os clientes e o sistema de três formas mensuráveis: (1) utilização dos serviços; (2) redução da satisfação do usuário; e (3) padrões de prática (menos tempo a cada cliente individual, desvirtuamento do uso da emergência *et cetera*).

Para Luiza (2003), há importantes pontos de convergência entre as diferentes definições. Primeiramente, a simples disponibilidade do serviço não configura acesso e, segundo, acesso se concretiza com a utilização do serviço. Assim, segundo a autora, poder-se-ia considerar o acesso como “fator mediador entre a capacidade de produzir e oferecer serviços (ou produtos) e a produção e consumo real de tais serviços. O estudo do acesso se confunde, portanto, com o estudo de utilização e seus fatores associados (características socioeconômicas, percepção de necessidade, crenças, preferências *et cetera*), considerados juntamente às necessidades da população e às características da prestação dos serviços (localização, horário de funcionamento, tempo de espera *et cetera*) que possam vir a constituir barreiras ao acesso” (Luiza, 2003:07).

Considerando-se, porém, como foco deste estudo o acesso a medicamentos, adota-se a definição proposta por Bermudez *et al.* (*apud* Oliveira *et al* 2002b:1432), onde o acesso aos medicamentos essenciais pode ser definido como:

“a relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o seu uso adequado”.

⁸ O termo *affordability* não tem tradução literal em português.

6.2 Abordagens de avaliação

Frenk (*apud* Luiza, 2003) propõe a existência de dois pólos capazes de interferir no acesso à atenção à saúde. O primeiro seria o conjunto de obstáculos à busca e à obtenção da atenção (resistência). O segundo se refere à capacidade correspondente da população para superar tais obstáculos (poder de utilização). A relação funcional entre estes fatores é a tradução operacional do “grau de ajuste” entre as características dos recursos de atenção à saúde e as da população no processo de busca e obtenção de atenção.

Segundo ele, para se alterar o nível do acesso pode-se influir tanto nos obstáculos (*eg.* preços dos serviços, distribuição geográfica dos serviços) quanto no poder de utilização (*eg.* nível de renda da população, educação em saúde). Da mesma forma, para o estudo do acesso isto implica uma abordagem integrada, tanto dirigida aos recursos de saúde quanto às características da população, focando os obstáculos que eles eventualmente representem, bem como os mecanismos de fortalecimento do poder de utilização. Os obstáculos podem ser classificados de duas maneiras:

- De acordo com a força que opõem à busca e obtenção de serviços; e
- Quanto à perenidade (quando poderão ser classificados como permanentes ou eventuais).

Os obstáculos também podem ser classificados quanto à sua origem, em:

- Ecológicos (ou geográficos): que se originam na localização do “*locus*” de atenção à saúde com as repercussões em termos de distância e tempo de transporte;
- Financeiros: que se referem aos preços praticados pelo provedor, em relação à capacidade de pagamento dos usuários;

- Organizativos: que podem subdividir-se em obstáculos de entrada (tempo de espera) e no interior do estabelecimento de saúde (acomodação, dificuldade de realização de exames diagnósticos).

É importante ressaltar que a importância desses obstáculos está diretamente relacionada à organização do sistema de saúde, e por isso, esta deve sempre ser levada em consideração no momento da análise.

Luiza (2003) também relata que uma outra abordagem para o estudo do acesso é definida por Aday & Andersen (1974; 1981), que está representada no modelo teórico para medição do acesso (Figura 2). Este modelo teórico classifica as características da população sob risco em três categorias. Cada uma destas categorias apresenta aspectos imutáveis (que não podem ser alterados pelas políticas públicas) e outros mutáveis (que podem ser alterados pelas políticas públicas).

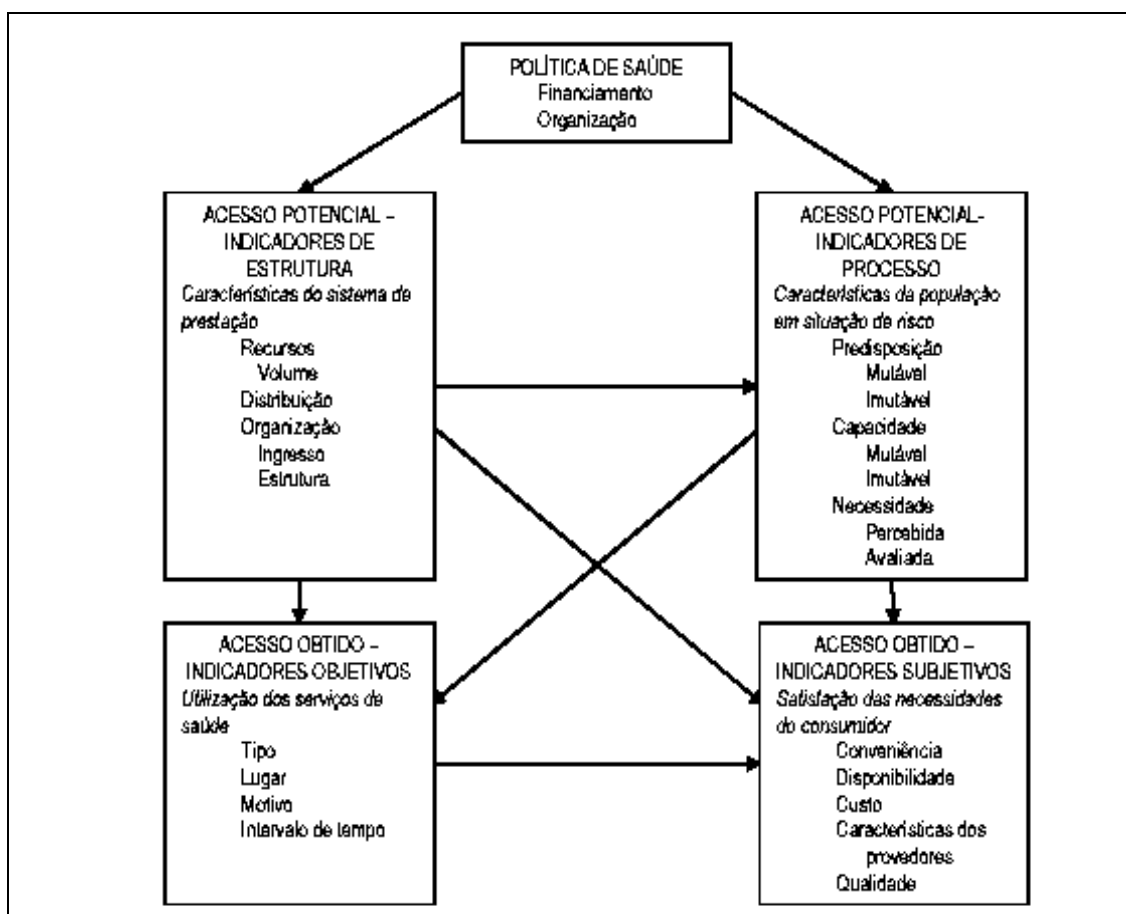


Figura 2. Modelo Teórico para medição do acesso

Fonte: Aday & Andersen *apud* Luiza, 2003

Este estudo inclui aspectos que são diretamente influenciados pela política de saúde e representam o acesso potencial (como as características do sistema de saúde, mensuráveis por indicadores de estrutura e da população de risco, mensuráveis por indicadores de processo, sócio-demográficos ou epidemiológicos) e aspectos que representam o acesso real (como a utilização dos serviços de saúde, mensuráveis por indicadores objetivos e pela satisfação do usuário, cuja mensuração é subjetiva - satisfação geral ou em relação a um atendimento específico).

6.3 Avaliação de políticas e programas: conceitos, objetivos e tipologias

Para Contandriopoulos *et al.* (*apud* Cosendey, 2000:43) “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Uma definição mais abrangente (Cosendey, 2000) considera que “avaliar” consiste em fazer um julgamento do mérito, valor ou significância acerca do objeto avaliado, podendo ser este um serviço, uma política ou um programa, termos que serão assumidos como equivalentes neste presente trabalho quanto às considerações sobre avaliação. Assim, temos que o objeto de uma avaliação pública será sempre uma intervenção ou um dos componentes dessa intervenção. Os efeitos da intervenção poderão ser maiores, menores ou diferentes dos objetivos que motivaram seu planejamento ou implantação e dependerão da interação complexa de seus elementos, que, didaticamente, podem ser definidos como: objetivos, recursos, serviços, bens e atividades (Luiza, 2003).

Para Cosendey (2000:43-4), questões relativas a uma intervenção, suas atividades e seus efeitos tentam ser respondidas pela avaliação. A avaliação procura observar nas medidas políticas, as principais “qualidades” que caracterizam idealmente uma “boa” política de forma a auxiliar na formação de um julgamento, tais como:

- *Coerência*: Os objetivos são coerentes entre si? Os meios jurídicos, humanos e financeiros atendem aos objetivos?

- *Alcance dos objetivos*: Os objetivos da política estão em conformidade com a realidade social?

- *Eficácia*: Os efeitos próprios da política estão em acordo com os seus objetivos?

- *Eficiência*: Os recursos financeiros destinados à política são bem utilizados?

- *Impacto* (efetividade): Quais as conseqüências globais da política para a sociedade? Elas são benéficas?

- *Pertinência*: Uma política é dita pertinente quando seus objetivos explícitos são adequados à natureza dos problemas que se deseja resolver. A pertinência de uma política é a questão mais delicada e mais “política” a examinar.

A pesquisa avaliativa, elaborada a partir de um procedimento científico, preocupa-se em examinar as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção com o fim de orientar a tomada de decisão, avaliar a efetividade do programa e de seus resultados, medir e demonstrar seu impacto e recomendar ações futuras (Cosendey, 2000). A autora nos mostra ainda, que a avaliação apóia-se na pesquisa avaliativa, porém não se limita a ela e que, dependendo do propósito, a pesquisa avaliativa pode responder a diversas outras questões, como por exemplo:

- O programa é necessário? As suas metas e objetivos são apropriados para as circunstâncias atuais do país e do sistema de saúde? É pertinente intervir para resolver este problema considerando todos os problemas existentes? É pertinente, considerando a estratégia de intervenção adotada, intervir como está sendo feito?

- O programa é efetivo? Realiza progresso satisfatório em relação às metas e objetivos propostos? De que forma as variações nos conteúdos do programa afetam sua efetividade? Quais as razões para seu sucesso ou fracasso?

- O programa é eficiente? Os efeitos do programa estão sendo realizados a um custo aceitável, comparado com outras alternativas para fornecer os mesmos serviços (estudo de custo-eficácia)? Qual a relação existente entre aumentar a eficácia do programa e sua efetividade? Poderíamos produzir mais serviços com os mesmos recursos? Poderíamos produzir a mesma quantidade de serviços com menos recursos?

- O programa é sustentável? O programa pode continuar financeira e institucionalmente com os níveis atuais de insumos? Se estiverem envolvidos financiamento e assistência externa, o programa pode continuar mesmo após cessar este apoio externo?

- O programa está tendo o impacto esperado?

- Que mudanças devem ser feitas no futuro? Que recomendações podem ser feitas para o desenvolvimento do programa, novos planos ou projetos de assistência? São necessários novos objetivos ou metas?

Quanto à tipologia, a pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis diferentes análises (Cosendey, 2000):

1. *Análise estratégica* – analisa a pertinência da intervenção, ou seja, a adequação estratégica entre a intervenção e a situação problemática que lhe deu origem.

2. *Análise da intervenção* – estuda a relação existente entre os objetivos da intervenção e os meios empregados. Questiona sobre a capacidade dos recursos mobilizados e dos serviços produzidos para atingir os objetivos definidos.

3. *Análise da produtividade* – estuda o modo como os recursos são utilizados para produzir serviços.

4. *Análise dos efeitos* – avalia a influência dos serviços sobre os estados de saúde, determinando sua eficácia para modificá-los.

5. *Análise de rendimento* – relaciona a análise dos recursos empregados com os efeitos obtidos. É uma combinação da análise de produtividade econômica e da análise dos efeitos.

6. *Análise da implantação* – mede a influência do contexto e da variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos.

6.4 A análise de implantação

A análise de implantação de um programa tem como objetivo identificar os processos relacionados à produção dos efeitos de uma intervenção. Consiste em especificar o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção, relacionando a dinâmica interna do programa (relações entre objetivos, serviços, recursos e efeitos) com o contexto onde é implantado e tem como função verificar se a combinação de materiais, atividades e organização administrativa que constituem um programa, conduzem à realização dos seus objetivos (Cosendey, 2000).

Para Denis & Champagne (1997), a medição do grau de implantação exige:

1. a descrição das práticas efetivamente realizadas no nível das áreas envolvidas na intervenção;
2. a especificação dos componentes da intervenção;
3. a análise da variação da implantação em função da variação das características contextuais;
4. a identificação das práticas requeridas para a implantação;

Para Rundall (*apud* Cosendey, 2000), a análise de implantação pode ser organizada em torno das seguintes questões:

- Os funcionários, equipamentos e recursos financeiros estão disponíveis nos locais e tempos necessários para satisfazer as necessidades do programa?

-
- As atividades do programa são realizadas de acordo com o plano original?
 - Há fatores não previstos influenciando a implantação do programa?
 - As diversas atividades ou componentes do programa estão sendo realizadas com uniformidade qualitativa e quantitativa em todas as metas do programa?

Cosendey (2000) também nos alerta para o fato de que a avaliação da implantação deve ser algo mais que a simples medida da estrutura e do processo. O alcance dos valores e metas presentes na filosofia do programa deveria então ser contemplado através da determinação da qualidade, por meio da utilização de uma série de padrões da análise.

Segundo Chen (*apud* Cosendey, 2000) as avaliações deveriam ser baseadas no modelo teórico (*theory-driven evaluation* -TDE), o qual explicita a compreensão sobre a interação dos fatores envolvidos no problema estudado. A partir dele poder-se-ia analisar se as falhas observadas no programa resultam de falhas de implementação ou da teoria subjacente. Da mesma forma, a construção do modelo lógico aumenta tanto a validade interna quanto à validade externa do estudo. Isto se deve ao fato de que o modelo esclarece o entendimento de como os diferentes componentes identificados interagem com o contexto para a produção dos resultados. A construção lógica expressa no modelo teórico (ou modelo lógico) pode resultar de estudos anteriores, normas técnicas ou experiência de especialistas, gestores ou avaliadores.

Neste contexto, os indicadores funcionam como expressões objetivas de critérios utilizados para apreciação da qualidade. Eles constituem artifícios aplicáveis em qualquer das abordagens de avaliação. Já os critérios podem ser definidos como os atributos que correspondem a um nível de qualidade desejado ou esperado. Os indicadores devem guardar alguns atributos fundamentais (MSH *apud* Cosendey, 2000):

- Clareza (deve ser fácil de entender e calcular);

-
- Utilidade (refletir uma importante dimensão do desempenho);
 - Mensurabilidade (poder ser definido em termos quantitativos ou qualitativos);
 - Confiabilidade (permitir avaliação consistente ao longo do tempo e entre diferentes observadores);
 - Validade (medir realmente o que se propõe a medir).

6.5 O estudo de caso

O estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto. Uma avaliação com estudo de caso é um método para estudar casos complexos e se baseia no seu entendimento amplo, obtido através de extensa descrição e análise do caso como um todo e do seu contexto (Cosendey, 2000).

Ele é a estratégia de pesquisa preferida quando: (1) as questões que estão sendo colocadas são “*como*” ou “*por que*”; (2) quando o investigador tem pouco controle sobre os eventos; e (3) quando o foco é um fenômeno contemporâneo, inserido em um contexto da vida real. Ele é ainda indicado quando o número de variáveis de interesse excede o de unidades de observação (Yin *apud* Cosendey, 2000). É também utilizado quando se torna difícil diferenciar os efeitos produzidos por uma intervenção daqueles que podem ser atribuídos às características do meio da implantação. Ele procura estudar as variações intra-sistema, isto é, as variações que se produzem naturalmente em um dado meio.

Na abordagem dos estudos de casos, trabalha-se em uma única ou num pequeno número de unidades de análise, onde o potencial explicativo advém da profundidade da análise e não do número de unidades estudadas (Luiza, 2003).

Podem ser utilizados quatro modelos para a estratégia de avaliação por estudo de casos (Contandriopoulos *et al.*, 1997b; Yin, 1994 *apud* Cosendey 2000):

1. Caso único com um só nível de análise (holístico);

-
2. Caso único com níveis de análise imbricados;
 3. Casos múltiplos com um só nível de análise;
 4. Casos múltiplos com níveis de análise imbricados (multicêntricos);

Estes modelos distinguem-se pelo número de casos e o número de níveis de análise considerados.

O modelo de estudos de caso com um só nível de análise (ou holístico) se propõe a descrever e explicar, de maneira global, a dinâmica de uma organização ou o funcionamento de um programa, sem prestar atenção aos componentes específicos que estruturam o objeto de estudo. Nele estuda-se em profundidade uma situação ou um fenômeno, sem definir diferentes níveis de explicação para os processos observados.

O modelo de estudos de caso com níveis de análise imbricados tem como foco os diferentes níveis de explicação de um fenômeno. Nele, analisa-se uma ou várias subunidades dentro de um caso. A definição dos níveis de análise deve ser feita sob a ótica da teoria subjacente da pesquisa. Também o recurso a vários níveis de análise permite conceber um caso que responda melhor à questão da pesquisa. Os vários níveis de análise podem, muitas vezes, acrescentar oportunidades significativas para ampliar a análise, aumentando o entendimento do caso.

O modelo de estudo de casos múltiplo pode ser feito com apenas dois, ou com um grande número de casos. Na realização de um estudo de caso múltiplo, cada unidade é analisada sem agregar os dados obtidos dos diferentes “casos”. O estudo de caso múltiplo fornece uma evidência mais completa do fenômeno estudado que o estudo de caso único, propiciando uma maior robustez para a avaliação (Garaway *apud* Cosendey, 2000). Assim, cada um dos casos é tratado como uma entidade única, sendo submetida a uma análise particular e seqüencial.

O modelo de casos múltiplos com níveis de análise imbricados (ou estudo multicêntrico) são aqueles realizados em diferentes localizações geográficas, pois ele permite a descrição e a explicação dos elementos de sucesso da implantação, capturando a

aparentemente inevitável variabilidade encontrada entre os centros estudados (Hartz *apud* Cosendey, 2000). Este tipo de estudo permite testar os efeitos contextuais oferecendo oportunidade para adaptações às circunstâncias locais, além de permitir agregar os dados populacionais, constituindo uma única unidade de análise, permitindo medir variáveis que são essenciais para a validade de conteúdo.

As principais vantagens de uma avaliação multicêntrica estão relacionadas ao aumento do tamanho das amostras e ao seu poder de generalização. Pode-se ainda agregar os dados populacionais, constituindo uma única unidade de análise, ou fazer uma agregação de médias e sua análise de variância intra/inter localidades (Hartz *apud* Cosendey, 2000). Ele permite que o modelo do programa possa ser generalizado para outros ambientes políticos, estruturas governamentais, tradições culturais e arranjos organizacionais. Esta generalização reforça a validade externa dos modelos e permite aos administradores do programa projetar o processo de implantação em novos centros. Guastello & Guastello (*apud* Cosendey, 2000) recomendam a utilização da avaliação multicêntrica para: (1) generalizar os efeitos (*outcomes*) de programas entre diferentes organizações; (2) para generalizar conclusões sobre possíveis exemplos de programas hipotéticos; (3) para avaliar a equivalência de grupos controle; e (4) para detectar limites para generalização ou a interação entre as características organizacionais e as do programa.

7 METODOLOGIA

7.1 Estratégia da pesquisa

A metodologia de avaliação escolhida é a de análise de implantação com estudo de casos duplo (ou bicêntrico). Também a avaliação normativa sobre os diversos aspectos referentes ao grau de implantação do programa é considerada como indispensável à pesquisa. A análise de implantação tem como objetivo identificar os processos relacionados na produção dos efeitos de uma determinada intervenção, especificando o conjunto de fatores que geram influência sobre os resultados obtidos, após a introdução da mesma. Isto ocorre relacionando os componentes internos com o contexto onde a intervenção é dada. Dessa forma, ela é capaz de medir a influência da variação do grau de implantação da intervenção nos efeitos que são observados (Denis & Champagne, 1997).

O modelo de estudo de caso utilizado está representado na Figura 3.

Optou-se neste estudo por adotar a análise do estudo de caso através do pareamento a um modelo teórico (modelo lógico), o qual realiza uma comparação entre a configuração esperada do programa e a configuração real observada. Dessa forma, pode-se prever os impactos variáveis de uma intervenção introduzida em diferentes contextos (análise de interação) a partir do modelo lógico construído (Denis & Champagne, 1997).

Os principais níveis de análise propostos para estudo no plano específico do FPB foram: (1) o grau de implantação do programa; (2) o grau de adequação da gestão local; e (3) a percepção dos usuários.

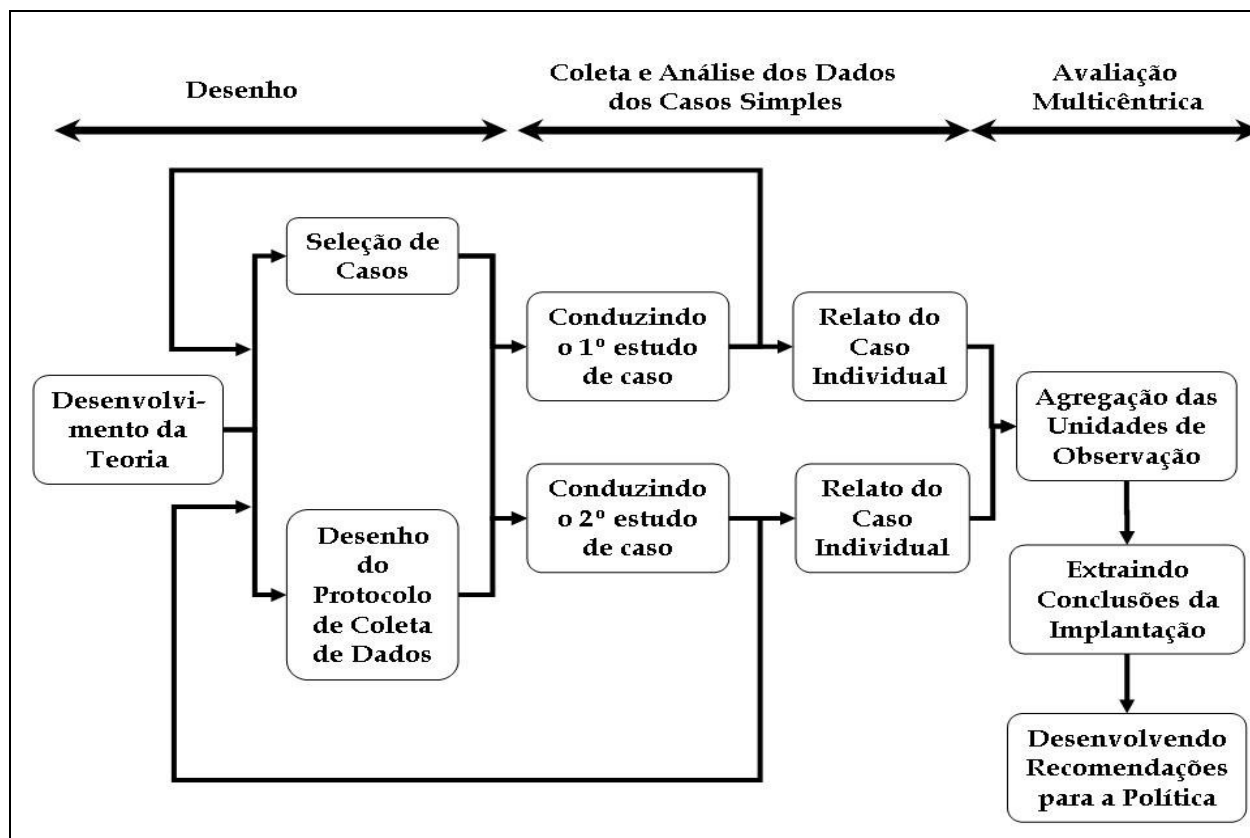


Figura 3. Representação Gráfica do modelo de estudo de caso utilizado

Fonte: Cosendey *et al.* (2000), adaptado

Foi solicitada ao Diretor do Programa Farmácia Popular do Brasil, Dr. Adilson Stolet, a autorização para a realização da pesquisa nas instalações das unidades do programa. A autorização foi concedida no dia 27 de Outubro de 2005, conforme ofício nº. 289 DPFPP/SCTIE/MS (Anexo IV). Após obtenção da autorização, o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, que emitiu parecer favorável à realização da pesquisa no dia 16 de Novembro de 2005, sob o parecer nº 115/05 (Anexo V).

7.2 Aspectos operacionais

O estudo divide-se em três etapas subsequentes.

A primeira etapa constituiu-se da realização de uma pesquisa documental e bibliográfica, de maneira a ensinar a identificação dos aspectos de estrutura e processo

previstos para o funcionamento do programa, assim como os resultados almejados. Esta etapa tem como objetivo obter os elementos necessários para a construção de um modelo teórico de avaliação, baseado na proposição de Cosendey *et al* (2000); e de Oliveira *et al.* (2002).

A segunda, na construção do modelo teórico de avaliação para orientar a escolha dos indicadores e a elaboração dos instrumentos e das estratégias de coleta de dados.

A terceira etapa constituiu-se de um estudo de casos realizado no município do Rio de Janeiro-RJ e na cidade de Sobradinho-DF. A coleta de dados foi realizada durante três dias úteis consecutivos, em cada uma das duas unidades já relacionadas. Os dados referentes à estrutura e processo foram obtidos por meio de observação direta e coleta de dados disponíveis nos sistemas de informação do programa. Os dados referentes aos resultados foram obtidos por meio da aplicação de entrevistas estruturadas aplicadas pelo pesquisador diretamente à população usuária do programa, *in loci*.

Também foram analisadas as informações constituintes do banco de dados primário do FPB, particularmente aquelas relativas ao volume de vendas, categorização dos medicamentos mais vendidos e suas respectivas classes terapêuticas e disponibilidade dos medicamentos nos pontos de venda.

7.3 Universo da Pesquisa - Seleção dos Casos e Unidades de Análise

A proposta deste estudo é analisar o grau de implantação do FPB em 02 unidades, em dois diferentes estados brasileiros (casos). Foram selecionadas duas unidades de observação (Unidade de Atendimento ao Público da Farmácia Popular do Brasil), uma em cada cidade selecionada. No Rio de Janeiro foi escolhida a unidade-matriz situada na Praça XV de Novembro, s/n - Centro e em Sobradinho, a única unidade de atendimento do FPB no Distrito Federal, situada na Quadra 8, bloco 2, Lote 05/06 - Setor Comercial. A seleção teve como critérios a grande abrangência populacional (alta concentração demográfica), localização

central e de fácil acessibilidade à população, bem como contemplar unidades que, por sua localização, permitam o acesso de diferentes estratos sociais da população.

Foram entrevistados usuários das unidades de atendimento em número suficiente para compor uma amostra representativa do fluxo diário de usuários. A escolha foi feita a partir de uma amostragem aleatória, calculada através da fórmula demonstrada no tópico a seguir.

7.4 A pesquisa com usuários dos serviços de saúde

Procurou-se neste estudo avaliar a divulgação, a satisfação, a percepção e o nível de atendimento das necessidades dos usuários do FPB. Para tanto foram entrevistados os usuários dentro das farmácias após serem atendidos.

A abordagem aos usuários foi realizada pelo pesquisador ou seu assistente ao final do processo de dispensação. Após a apresentação (nome, função e instituição para a qual estavam trabalhando), explicava-se que tratava da realização de uma pesquisa para avaliar o Programa Farmácia Popular do Brasil e perguntava-se se o usuário estava comprando medicamentos para ele mesmo ou unicamente para terceiros. Caso ocorresse a segunda opção, agradecia-se a atenção dispensada e descartava-se a entrevista. Caso ocorresse a primeira opção, indagava-se o usuário quanto a sua disponibilidade em dispensar cerca de 5-10 minutos na resposta a um questionário. Em caso negativo, agradecia-se a atenção dispensada e descartava-se a entrevista. Em caso positivo, o usuário era convidado a sentar-se. O pesquisador apresentava o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e o explicava. Caso concordasse com as condições, era solicitada a assinatura do termo pelo entrevistado e lhe era entregue uma cópia, contendo todos os contatos para futuros esclarecimentos, se assim desejasse. Após o preenchimento do questionário, agradecia-se a participação do entrevistado. Igualmente, a condução das entrevistas baseou-se no especificado no Manual do Entrevistador (disponível no anexo IX).

As perguntas foram divididas em 04 grupos. Estes se referem:

-
1. às informações gerais a respeito do usuário (local de moradia, nível de instrução, idade *et cetera*);
 2. à obtenção de medicamentos em outras instituições;
 3. à obtenção do medicamento na Farmácia Popular do Brasil; e
 4. à percepção do usuário com relação ao Programa Farmácia Popular do Brasil;

O questionário utilizado nas entrevistas aos usuários está disponível no anexo X.

Em relação ao número de usuários que foram entrevistados em cada unidade, a amostra foi calculada com base no movimento diário das farmácias, utilizando as fórmulas de cálculo de tamanho de amostras para proporções e de correção de tamanho para pequenas populações, conforme as fórmulas abaixo, propostas por Cochran (1977):

Fórmula I: Cálculo do Tamanho de Amostra para Proporções

$$n_0 = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2}, \text{ onde}$$

n_0 = Tamanho Inicial da Amostra

Z= Intervalo de Confiança (1,96 que equivale a 95%)

p= probabilidade do evento ocorrer (0,5 para 50% de chance)

q= probabilidade do evento não ocorrer ($q=1-p$, 0,5 para 50% de chance)

d= Margem de Erro Permitida, em números decimais (0,1 para uma margem de erro de 10%)

Fórmula II: Correção do Tamanho da Amostra para Pequenas Populações

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}, \text{ onde}$$

n= Tamanho da Amostra após Correção para Pequenas Populações

n_0 = Tamanho Inicial da Amostra

N= Tamanho da População de Estudo

Como não se anteviu tendenciosidade na amostra, foi considerada a movimentação de um dia como representativa do processo. Assim, a amostra foi calculada considerando-se como “N” o número médio de atendimentos/dia em cada unidade selecionada para o estudo.

O intervalo de confiança utilizado seguiu as recomendações da OMS (WHO, 1993), que referencia um intervalo de 95% e um erro de $\pm 10\%$ no estudo individual de unidades de serviço de saúde.

Assim, utilizando-se a fórmula acima, considerando um intervalo de confiança (Z) de 95% e um erro máximo (d) de 10%, conforme recomendação da WHO (1993) teremos a amostra apresentada no Quadro 2:

Quadro 2. Amostra de usuários e plano de entrevistas nas unidades selecionadas como caso para o estudo

Unidade	Fluxo Diário	Nº Total de Entrevistas	Nº de Dias de Entrevistas	Média de Entrevistas/dia
Rio de Janeiro – Pç XV	839 atendimentos	86	03	□29
Sobradinho	61 atendimentos	37	03	□12

Estes dados foram obtidos utilizando-se a média diária de atendimentos de cada uma das unidades, do mês de novembro de 2005, fornecida pela gerência executiva da FPB.

Após a elaboração dos questionários para a coleta dos dados, foi realizado um estudo-piloto na unidade Penha-RJ, com o objetivo de realizar os ajustes e correções necessárias, bem como avaliar as possíveis dificuldades que pudessem vir a ocorrer no decorrer dos estudos de caso. O estudo-piloto foi realizado no dia 25 de novembro de 2005, pelo pesquisador e um assistente. Naquele momento também foi avaliado o tempo médio de preenchimento de cada questionário e o percentual de recusas em participar da pesquisa, de modo que fosse possível definir o número de dias necessários para a obtenção das informações previstas. Esse passo foi muito importante, uma vez que permitiu o refinamento de uma série de perguntas, tendo sido importante para definir o número de dias necessários para a coleta dos dados. Permitiu ainda o refinamento de uma série de perguntas para melhorar o entendimento do entrevistado, bem

como reestruturar o posicionamento das perguntas, de forma a maximizar o tempo de preenchimento e tornar a entrevista menos cansativa e demorada.

Após os ajustes nos questionários, foram programados o estudo de casos. As coletas de dados foram realizadas na Unidade Sobradinho-DF nos dias 13, 14 e 15 de dezembro de 2005 e na Unidade Pç XV-RJ nos dias 27, 28 e 29 de dezembro de 2005. A amostra foi recalculada conforme a média diária de movimentação das unidades na primeira semana do mês de dezembro de 2005, informada pela gerência-executiva do programa, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Cálculo ajustado do número de entrevistas, por unidade

Unidade	Fluxo Médio Diário	Número de Questionários
Pç XV-RJ	839 atendimentos	86 entrevistados
Sobradinho-DF	61 atendimentos	37 entrevistados

O pesquisador realizou a coleta com a ajuda de um assistente em cada uma das unidades, sendo eles treinados e supervisionados pelo mesmo. Como material de apoio no treinamento, foi utilizado um Manual do Entrevistador, elaborado pelo próprio pesquisador (Anexo IX) e os questionários a serem utilizados. O assistente que auxiliou o trabalho na unidade Pç-XV foi o mesmo que participou do piloto na unidade Penha-RJ. Os questionários foram digitados duas vezes, por pessoas diferentes e comparados, para verificar a existência de divergências.

7.5 O Modelo lógico

O objetivo de um modelo lógico (ou modelo teórico) é o de evidenciar os principais elementos da intervenção e suas principais interações para produção dos efeitos. Nele, procura-se identificar os elos causais hipotéticos entre o que é feito pelo programa e os objetivos do mesmo. Este modelo fornece então, um método estruturado para definir o fundamento lógico do programa (Graham *et al. apud* Cosendey, 2000).

É importante frisar que mesmo depois de construído, o modelo lógico pode sofrer ajustes e aperfeiçoamentos durante o processo de avaliação, com vista a aumentar a consistência dos resultados obtidos.

Segundo Cosendey (2000), a construção de um modelo lógico se dá através da montagem de um quadro que demonstre a teoria de funcionamento do programa, a partir da descrição de uma seqüência de eventos, através de uma síntese dos principais componentes do programa. Dessa forma, ele é capaz de resumir o mecanismo de funcionamento do programa, fazendo o “*linkage*” entre o processo e os resultados através de uma seqüência de passos, considerando ainda a interação dos efeitos de seus componentes com o impacto do programa.

Um outro ponto importante consiste no modelo lógico poder também expor a infraestrutura necessária à operacionalização do programa. Os elementos que compõem um modelo lógico podem variar, entretanto são geralmente considerados os *Inputs* (Insumos), os *Outputs* (Atividades e Produtos) e os *Outcomes* (Efeitos imediatos, de médio e longo prazo).

A importância da existência de um modelo lógico está no fato de que ele evidencia as estratégias adotadas pelo programa, ao mesmo tempo em que também revela os princípios que dizem respeito às condições para a sua efetividade. Assim, tornam-se capazes de fornecer uma estrutura de referência aos avaliadores, ajudando-os a estabelecer e testar a razão do programa bem como conceber instrumentos de avaliação adequados (CDC, 1999).

Um ponto de definição do modelo lógico como parte da avaliação está no fato de que este pode ser usado como uma fonte para definir um conjunto de indicadores, que englobem as atividades do programa e seus efeitos esperados. A cada etapa no modelo podem ser desenvolvidos indicadores qualitativos e/ou quantitativos com o intuito de adequar o conceito em questão, a informação disponível e o uso planejado dos dados. Relacionar indicadores ao modelo lógico permite a detecção mais rápida de pequenas mudanças no desempenho do programa do que se fosse utilizada a medida de um único efeito (*outcome*). Além disso, essa abordagem resulta em um conjunto de medidas que revelam como os efeitos à saúde são conseqüências de efeitos intermediários (Cosendey, 2000).

Aqui também é importante frisar que durante uma avaliação alguns indicadores podem ser modificados, assim como novos indicadores podem ser adotados.

O modelo lógico proposto para este estudo é apresentado na Figura 4 e busca refletir de que forma os principais componentes da assistência farmacêutica propostos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, interagem quanto às dimensões do acesso a medicamentos.

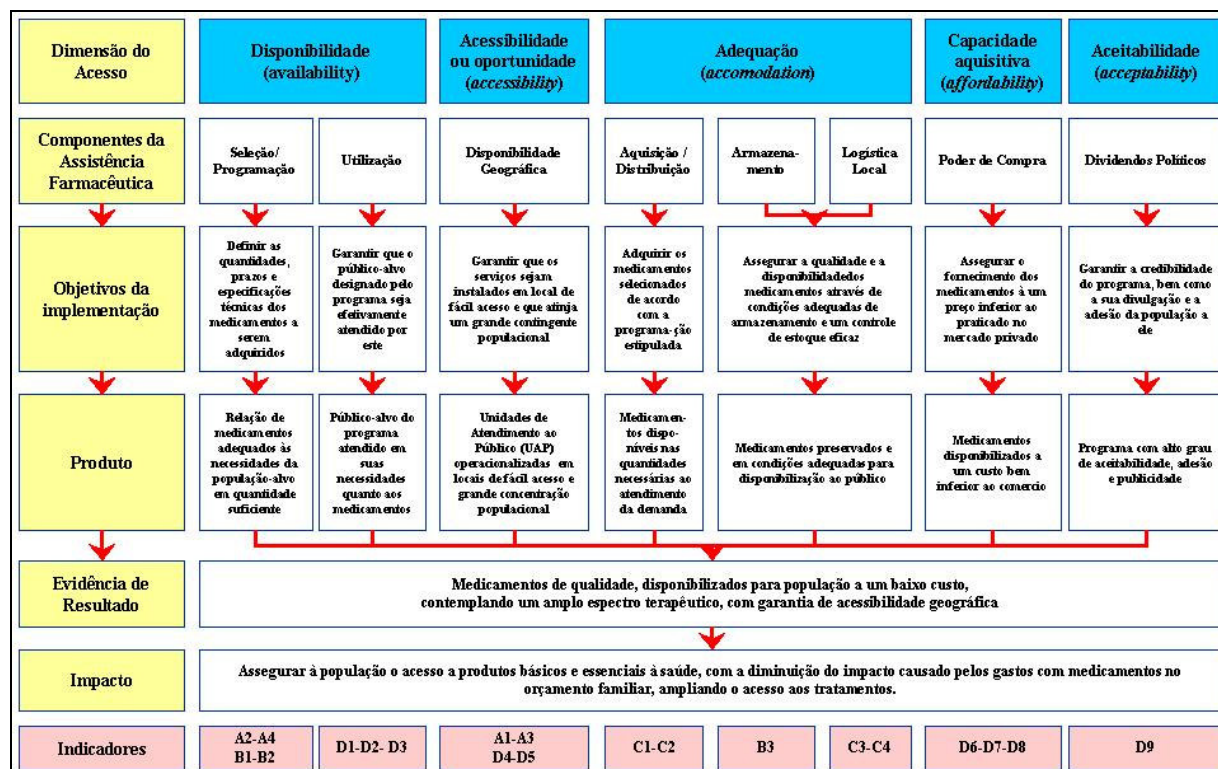


Figura 4: Modelo Lógico do Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB)

(Uma versão ampliada deste modelo encontra-se disponível no Anexo VII)

A primeira linha do modelo lógico refere-se às dimensões do acesso - disponibilidade, acessibilidade (ou oportunidade), adequação, capacidade aquisitiva e a aceitabilidade – que são fundamentais na avaliação de um programa de assistência farmacêutica. Já a segunda linha faz referência aos componentes da assistência farmacêutica existentes no programa que estão relacionadas a cada uma das dimensões do acesso supracitadas. Por exemplo, os componentes aquisição, distribuição, armazenamento e logística local estão diretamente relacionados à dimensão adequação, sendo os seus resultados impactantes no resultado dessa. Nas terceira e quarta linhas temos os objetivos e os produtos relacionados a cada componente da assistência farmacêutica que, se atingidos, gerarão o resultado esperado pelo programa (quinta linha) e

conseqüentemente, o impacto preconizado quando à instituição dele (sexta linha). Finalmente, a sétima e última linha mostra todos os indicadores utilizados na avaliação, relacionando-os aos componentes da assistência farmacêutica que eles se propõem a avaliar.

7.6 Fonte de Dados e Indicadores

Os instrumentos para a coleta de dados do projeto foram: (1) questionário semi-estruturado com perguntas do tipo fechadas e uma aberta, utilizados nas entrevistas realizadas com os usuários do programa; (2) roteiro de observação do ambiente físico, contagem dos medicamentos definidos como traçadores e planilhas de controle de estoque nas farmácias; e (3) planilha de coleta de dados no banco de dados primário do programa, com informações sobre as vendas e os atendimentos.

Assim, os dados para a construção do banco de dados do estudo de implantação do “Programa Farmácia Popular do Brasil” foram obtidos mediante coleta, através de entrevistas, análise de documentos, observação direta e através de revisão da literatura.

Os indicadores foram desenvolvidos tendo como base a metodologia definida para o estudo internacional SEAM – *Strategies for Enhancing Access to Medicines* (WHO-MSH, 2000), por sua vez calcado na metodologia de avaliação rápida. Os indicadores utilizados foram adaptados do estudo anteriormente referido; WHO, 1999; WHO-MSH, 2000; Cosendey, 2000; e Luiza, 2003 ou então criados para este estudo.

Conforme nos relata Luiza (2003), tanto a OMS (WHO, 1999) quanto o MSH (*Management Sciences for Health*) desenvolveram seus indicadores em amplo processo de consulta a especialistas e testagem em ampla gama de países. Porém, há uma disposição em não serem propostos padrões, devido às dificuldades impostas pela falta de conhecimento acumulado para sustentar valores ideais para a maioria das situações.

Portanto no presente trabalho, optou-se por valorar os indicadores em função da proposta explicitada nos documentos que basearam a abordagem do trabalho – o Programa

Farmácia Popular do Brasil tendo em conta questões ligadas aos aspectos analisados por cada indicador específico.

Para cada indicador selecionado/desenvolvido é apresentada a definição, método de cálculo (quando aplicável), o padrão (resultado esperado) e a fonte de coleta do dado. Na apresentação dos resultados de cada indicador, serão discutidos os fatores de contexto identificados que influenciam sua análise (Anexo VIII).

O Quadro 3 apresenta, sumariamente, os indicadores, definidos pelos componentes do programa a serem avaliados e sua denominação, incluindo a definição, método de cálculo e padrão. A descrição pormenorizada dos indicadores encontra-se no Quadro 3.

Quadro 3. Indicadores propostos para o estudo

Componente do Programa	Código do Indicador	Denominação do Indicador
A. INFORMAÇÕES GERAIS		
Dados Gerais do Programa Farmácia Popular do Brasil	A1	Número médio de atendimentos diários por unidade do programa
	A2	Número médio de unidades de medicamentos vendidas, por Unidade de Atendimento ao Público do programa (UAP)
	A3	Número de Unidades de Atendimento ao Público (UAP) em funcionamento, por Unidade Federativa e por Macrorregião
	A4	Total de classes terapêuticas comercializadas nas UAPs
B. ESTRUTURA (Organização)		
Seleção e Programação	B1	Porcentagem de medicamentos do FPB que pertencem à RENAME/02.
	B2	Percentual de prescrições que tiveram ao menos um item não adquirido por não constar da relação da FPB.
B. ESTRUTURA (Organização)		
Armazenamento	B3	Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos da FPB nas Unidades de Atendimento ao Público (UAP)
	B3a	Porcentagem de adequação do local de armazenagem
	B3b	Porcentagem de adequação do local de dispensação
C. PROCESSO		
Aquisição/Distribuição	C1	Porcentagem média de medicamentos disponíveis em estoque nas UAPs.
	C2	Porcentagem de tempo de desabastecimento para os medicamentos no nível local (UAPs)

Componente do Programa	Código do Indicador	Denominação do Indicador
Logística Local	C3	Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido na UAPs
D – EFEITO		
Utilização	D1	Percentual de receitas médicas oriundas do SUS
	D2	Percentual de receitas médicas oriundas do SUS que não foram aviadas em sua origem devido à falta de medicamentos nesta
	D3	Porcentagem de medicamentos da FPB atendidos.
Acessibilidade Geográfica	D4	Tempo médio de deslocamento do paciente casa/trabalho – farmácia (ida+volta)
	D5	Custo do deslocamento para a compra do medicamento
Poder de Compra	D6	Preço médio do custo do tratamento em relação ao tratamento no setor privado
	D7	Diferença média percentual entre os preços de compra obtidos na FPB e os praticados no setor privado
	D7a	Em relação aos medicamentos de referência
Poder de Compra	D7b	Em relação aos medicamentos genéricos
	D8	Percentual de itens do receituário que não foram comprados devido ao custo
Dividendos Políticos	D9	Porcentagem de usuários que aprovam a FPB.
	D9a	Quanto à possibilidade de retorno a FPB
	D9b	Quanto à possibilidade de indicação da FPB a outras pessoas
	D9c	Nota dada ao FPB pelo usuário

Cabe aqui ressaltar que dois indicadores foram excluídos do cálculo do grau de implantação: D1- Percentual de receitas médicas oriundas do SUS e D2- Percentual de receitas médicas oriundas do SUS que não foram aviadas em sua origem devido à falta de medicamentos. Isto ocorreu devido à interpretação de que, ainda que esses indicadores pudessem gerar uma importante informação a respeito do sistema público de saúde, as falhas deste não estão relacionadas ao Programa Farmácia Popular do Brasil. Assim, a utilização desses indicadores no cálculo iria gerar uma distorção na análise, motivo pelo qual preferiu-se deixá-los apenas com grau informativo.

Os dados gerados pelos questionários foram agregados por unidade. No caso dos indicadores compostos (B3, D7 e D9) cada um dos itens foi definido separadamente e a média destes gerou o valor do indicador:

-
- *E.g.*, “D9” = $(D9a+D9b+D9c)/3$

O valor do grupo-indicador, que define um dos macrocomponentes (estrutura, processo ou efeito) foi calculado pela média aritmética de cada indicador do grupo:

- *E.g.*, “B” = $(B1+B2+B3)/3$

Finalmente, foi calculado o índice de adequação através da média aritmética das três dimensões:

- Índice de adequação = $(“B” + “C” + “D”)/3$

Ressalte-se que o índice de adequação é um número absoluto, que poderá ser convertido à uma escala percentual através da Fórmula IV e assim gerar o grau de implantação.

Para cada indicador foram elaboradas três faixas de enquadramento. Para cada faixa foi dado um valor de ponderação. De acordo com o valor encontrado para o indicador, ele recebia um valor igual a 0 (zero), 1 (um) ou 2 (dois). Como exemplo, citaremos o indicador B2, referente ao percentual de itens do receituário que não foram adquiridos por não constarem da relação da FPB. Caso o percentual encontrado para dada unidade fosse menor ou igual a 20%, ele receberia peso 2. Caso este valor fosse maior do que 20% mas menor que 70%, ele receberia peso 1 e finalmente, caso este valor fosse maior ou igual a 70%, o peso dado seria 0.

O índice de ponderação e as faixas de enquadramentos para cada indicador estão descritos na Matriz de Ponderação dos indicadores (Quadro 4).

Quadro 4. Matriz de ponderação dos indicadores

	Ponderação			Indicadores
	0	1	2	
ESTRUTURA				
Seleção e Programação	<70%	70-90%	>90%	B1
	>70%	21-70%	<20%	B2
Armazenamento	<40%	40-80%	>80%	B3-Estoque
	<40%	40-80%	>80%	B3-Dispensação
Média				"B"
PROCESSO				
Aquisição/ Distribuição	<80%	80-99%	100%	C1
	>20%	5-20%	<5%	C2
Logística Local	>0%	--	0%	C3
Média				"C"
EFEITO				
Utilização	<50%	50-90%	>90%	D3
Acessibilidade Geográfica	<40%	40-80%	>80%	D4
	<50%	50-90%	≥90%	D5
Poder de Compra	>40%	40-60%	>60%	D6
	<40%	40-70%	>70%	D7a Referência
	<40%	40-70%	>70%	D7b Genérico
	>70%	10-70%	<10%	D8
Dividendos Políticos	<40%	40-80%	>80%	D9a-Nota
	<40%	40-80%	>80%	D9b-Recomendação
	<50%	50-90%	>90%	D9c-Retorno
Média				"D"
Índice de Adequação				Média de "B", "C" e "D"

7.7 Construção de escores

O cálculo dos escores do grau de implantação seguiu os moldes do adotado por Cosendey (2000) e também foi realizado em duas etapas. Na primeira etapa foram determinados os valores observados e esperados para cada dimensão e, em uma segunda etapa, realizou-se o cálculo do grau de implantação.

Devido ao fato de nem todos os indicadores utilizados para o cálculo do grau de implantação possuírem a mesma escala, sendo ainda que alguns são qualitativos, optou-se por atribuir escores ao valor de cada indicador, de acordo com o resultado observado, para que pudessem ser somados e encontrado o valor de cada dimensão, como descrito na fórmula 03, abaixo:

Fórmula III: Cálculo da Dimensão dos Componentes

$$Y_i = \sum X_{ij} \quad \text{onde:}$$

Y_i = dimensão (i), os macrocomponentes do programa, por exemplo, Estrutura, Processo ou Efeito.

X_{ij} = indicador (j), *e.g.*, “adequação das práticas de armazenamento de medicamentos”, dentro da dimensão (i) *e.g.*, armazenamento. O escore atribuído ao resultado esperado corresponderá sempre ao maior valor possível.

Para análise do grau de implantação foi atribuída uma pontuação para cada indicador em função do valor atingido, contemplados de acordo com o contexto que envolve cada medida, correspondendo às seguintes situações:

- “0”, para Inexistente ou planejamento incipiente
- “1”, para Em planejamento ou execução parcial
- “2”, para Implementado

A média aritmética permitirá definir uma pontuação para cada critério e, assim, para cada componente. Segundo Cosendey *et al.* (2003), para indicadores medidos em escala ordinal, o conceito da percentagem é aplicável, desde que o número de elementos seja maior ou igual a 10. O valor das freqüências de escalas nominais permite construir escalas ordinais. Obtendo-se assim o valor observado e esperado para cada dimensão, procedeu-se ao cálculo do grau de implantação propriamente dito, conforme descrito na fórmula 04.

Fórmula IV: Cálculo do Grau de Implantação

$$\sum_{i=1}^n \left(\frac{Y_i(O)}{Y_i(E)} \right) \times 100 \quad \text{onde:}$$

$Y_i(O)$ = valor observado para a dimensão (i)

$Y_i(E)$ = valor esperado para a dimensão (i)

Por exemplo, no cálculo acima, utilizamos como $Y_i(E)$ um valor igual a dois (2,00), que é o maior valor esperado. $Y_i(0)$ será o valor encontrado a partir das médias aritméticas dos indicadores e dos macrocomponentes.

Com vistas a analisar os indicadores utilizados no estudo “Análise de implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil”, de acordo com a dimensão mensurada será feita a determinação do grau de implantação do programa, conforme modelo utilizado por Cosendey (2000b) na avaliação da “Implantação do Programa Farmácia Básica”. Assim, as dimensões que foram propostas por esse estudo poderão ser avaliadas por esse modelo. Para a determinação do grau de implantação do programa em estudo, foram definidas as seguintes faixas de seleção:

1. Se o grau de implantação for maior ou igual a 80%, ele será classificado como **ACEITÁVEL**;
2. Se o grau de implantação for menor que 80% mas maior do que 40%, ele será classificado como **INSATISFATÓRIO**;
3. Se o grau de implantação for menor do que 40%, ele será classificado como **CRÍTICO**;

Como o exercício do cálculo do grau de implantação neste trabalho possui uma função principalmente acadêmica, os pontos foram atribuídos pelo autor. Em uma situação real, isto poderia ser feito por uma equipe de especialistas ou pelos profissionais envolvidos no trabalho. Os instrumentos de coleta de dados foram adaptados dos estudos de análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil (Cosendey, 2000), Acesso a Medicamentos Essenciais no Estado do Rio de Janeiro (Luiza, 2003).

7.8 Justificativas e Limites

O presente trabalho tem como uma das limitações inerentes o número reduzido de unidades de observação. Por outro lado, a validade dos estudos de caso é conferida pela qualidade da explicação. Como o programa é novo no país e a comparabilidade dessa experiência com as internacionais similares é prejudicada pela grande diferença entre os contextos, a validade externa do estudo fica fragilizada.

Um outro limitante importante diz respeito à escolha do período restrito de coleta, que por sua vez depende da viabilidade operacional, e que pode influenciar no perfil terapêutico daquelas doenças sazonais (*eg*, gripe, pneumonia, conjuntivite *et cetera*).

A análise do banco de dados primário do programa depende da qualidade da alimentação de seus dados, aspecto fora da governabilidade do pesquisador deste estudo.

Outro ponto importante é que a pesquisa possui um foco de caráter acadêmico e, portanto, teve um direcionamento maior no sentido de acúmulo de conhecimento. Isto, porém, não limita o estudo a esta finalidade, mas também visa a construção de modelos úteis ao suporte da tomada de decisão, na medida em que se procura obter a compreensão da realidade.

A opção de não se construir um consenso quanto aos critérios e ponderações utilizados para expressar as medidas deve-se ao fato de que o estudo não tem a pretensão (ao menos de forma imediata e/ou direta), de influir na realidade. Assim, os critérios de avaliação foram propostos pelo pesquisador, com base na literatura, experiência pessoal e a consulta a alguns poucos especialistas.

Tratou-se, ainda, de uma avaliação externa, uma vez que o pesquisador não pertence a nenhuma das instituições abordadas no estudo. Isto gera uma limitação inerente à avaliação, devido à falta de conhecimento e intimidade do avaliador com a situação avaliada. Porém este fator é atenuado pelo fato de o autor ter participado ativamente da fase inicial de implantação do programa, bem como o seu acompanhamento posterior, inclusive com a produção de trabalhos científicos a seu respeito (Ferreira, 2005).

O trabalho foi proposto para ser realizado no estado do Rio de Janeiro e no Distrito Federal devido às características das unidades de análise nesses locais, bem como à facilidade geográfica de acesso.

A limitação do número de unidades analisadas deveu-se também ao fato do estudo não ter quaisquer fontes de financiamento ou disponibilização de efetivo para a realização de pesquisa de campo. Todos os custos decorrentes da pesquisa, bem como a logística de coleta e análise de dados, ficaram a cargo do pesquisador principal. Os assistentes de pesquisa trabalharam voluntariamente no projeto, sem qualquer remuneração.

Também, este estudo teve como principais propostas a prática da metodologia avaliativa e a constituição de um piloto, que no futuro pudesse ser adaptado para a execução de um trabalho mais amplo, caso haja interesse futuro na avaliação do programa. Assim, as duas unidades avaliadas indicam uma tendência geral do programa, mas um estudo ampliado poderia detectar uma amplitude de variância maior em relação aos diversos aspectos analisados. Outro ponto importante se refere ao número de usuários entrevistados em cada unidade. Devido aos problemas logísticos já mencionados, optou-se por uma amostra representativa do fluxo diário de usuários em cada unidade. Ainda que o cálculo amostral tenha previsto correções para pequenas populações, este número é ainda muito pequeno se comparado ao fluxo total de usuários do programa (por exemplo, os 86 entrevistados na Pç XV correspondem a pouco mais de 10% do fluxo de apenas um dia na unidade). Houve também um forte viés de seleção, uma vez que a participação foi voluntária e que alguns usuários (principalmente os mais jovens) se recusaram a participar. Outro fator importante é que a maioria dos usuários entrevistados foi de pessoas que conseguiram adquirir ao menos um medicamento dentre os procurados. Isto se deve ao fato da logística de dispensação da FPB, que é realizada da seguinte forma:

- 1- O usuário, ao chegar à unidade, retira uma senha e aguarda o atendimento;
- 2- O funcionário da triagem chama o usuário, por ordem de senha, e verifica se o(s) item(ns) de sua(s) receita(s) está(ão) disponível(is) no programa;

3- Caso esteja(m), ele gera uma ordem de compra com o(s) item(ns) definido(s), diretamente ao caixa de pagamento;

4- O usuário se dirige ao caixa, e espera que seja chamado (utilizando a mesma senha inicial) para realizar o pagamento;

5- O caixa gera uma ordem dos itens pagos para a área de dispensação “montar” o pedido;

6- O usuário se dirige à área de dispensação para retirar os medicamentos e receber orientação farmacêutica;

Portanto, se durante a triagem, o usuário receber a informação de que os medicamentos prescritos não são atendidos pelo programa ou que estão em falta, ele irá embora da FPB. Como a abordagem dos usuários foi realizada junto à dispensação, estes usuários não eram captados (idealmente, deveria haver um entrevistador junto à triagem para abordar este usuário, porém o pequeno número daqueles – apenas dois - impossibilitou esta tarefa). Infelizmente este problema não foi detectado no piloto devido ao fato da unidade Penha ter apenas uma porta de acesso, por onde todos os usuários saíam. Outro ponto importante é o de que os usuários satisfeitos com o programa têm uma maior predisponibilidade em responder à pesquisa do que aqueles que estão descontentes com o programa.

7.9 Os Dados

Os dados foram obtidos de duas formas. Aqueles referentes a dados gerais e informativos do programa foram obtidos juntamente à gerência-executiva do programa, informações disponíveis na página eletrônica da FPB e pela comparação destas informações com outros documentos e/ou referência oficiais (e.g., RENAME, listas disponibilizadas pela ANVISA *et cetera*). O restante das informações foi obtido através da coleta de dados realizada

nas unidades do programa (através dos questionários de avaliação de estrutura e processos e da percepção dos usuários).

Os questionários voltados para o usuário foram elaborados com a intenção de:

1. Definir o perfil dos usuários do programa;
2. Conhecer as dificuldades na obtenção do medicamento, dentro e fora do programa;
3. Avaliar a percepção do usuário em relação ao programa;

O questionário utilizado para a análise da estrutura e dos processos do programa foi elaborado com a finalidade de analisar a capacidade deste em atingir os seus objetivos, ou seja, a oferta de medicamentos de qualidade aos seus usuários.

8 RESULTADOS

8.1 O Programa Farmácia Popular do Brasil - Antecedentes, Objetivos e Propostas

8.1.1 Antecedentes

Desde 1994 tramitava na Câmara Federal a proposta de implantação em todo o país de farmácias populares, dada pelo Projeto de Lei PL nº 4.702/94 (Brasil, 1994), do então deputado licenciado Eduardo Jorge (PT-SP), que posteriormente foi secretário de Saúde da Cidade de São Paulo e um dos coordenadores do Programa de Governo Saúde Para a Família Brasileira, do então candidato Luís Inácio Lula da Silva (PT, 2002). Em 2001, o texto ainda encontrava-se parado na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), apesar do parecer favorável do deputado Marcos Rolim (PT-RS). Segundo o Dep. Eduardo Jorge, “os altos custos dos medicamentos são motivo de tormenta para a população brasileira”. Essas farmácias seriam, então, alternativas viáveis a solução do problema com “criatividade e obstinação” (PT, 2002). Segundo o Projeto de Lei, as farmácias comerciais venderiam medicamentos, mediante contrato de franquia empresarial com o Estado, comercializando diretamente ao consumidor, na forma de varejo, medicamentos com preços tabelados, margem de comercialização preestabelecida e, preferencialmente, com apresentação na forma de medicamentos genéricos. A produção de medicamentos ficaria a cargo dos laboratórios privados e públicos previamente autorizados pelo Ministério da Saúde. A este também caberia a elaboração e a atualização da lista de medicamentos essenciais a ser objeto da franquia, atendendo às necessidades sanitárias da população. A implantação do sistema de franquia deveria obedecer aos critérios de descentralização do Sistema Único de Saúde, devendo sua gestão ser assumida preferencialmente pelos Estados e Municípios que tivessem alcançado as condições técnico-operacionais necessárias para garantir o pleno funcionamento das farmácias populares.

Porém, após quase 10 anos, o projeto ainda se encontrava em trâmite no Congresso Nacional. Em 01 de abril de 2003 foi aprovada a redação final do texto, por unanimidade, na comissão de constituição e justiça e remetido ao Senado Federal, em 21 de maio de 2003. Após a passagem em várias comissões e relatorias no Senado, em 2005 o projeto ainda encontrava-se em trâmite no congresso.

Baseado neste projeto de lei surge a idéia da criação de uma rede de farmácias populares gerenciadas pelo Estado, que fornecesse medicamentos a preços reduzidos para a população. Esse projeto teve dois fortes pontos de indução: (1) o exemplo da experiência bem sucedida do modelo de farmácias populares adotado pelo governo de Pernambuco através do Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE), criado durante o governo de Miguel Arraes; e (2) a vontade política do presidente da república em efetivar uma de suas principais metas do plano de governo definido durante a sua campanha eleitoral. Durante a campanha eleitoral, em 2002, o então candidato Luís Inácio Lula da Silva definiu a má qualidade dos serviços públicos de saúde e o preço dos remédios como duas de suas maiores preocupações: "Há duas coisas que não podem faltar de jeito nenhum ao povo brasileiro: comida e remédio", disse Lula. "No meu governo, vou aumentar bastante a distribuição gratuita de medicamentos" (Lula, 2002). O candidato ainda afirmou que pretendia estimular todo tipo de projeto que representasse uma economia para o povo brasileiro (PT, 2002).

Neste contexto, o Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB) é criado através da Lei No 10.858/04 – Anexo I (Brasil, 2004a) e regulamentado pelo Decreto nº 5.090/04 – Anexo II (Brasil, 2004b), que institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

8.1.2 O Plano Plurianual 2004-2007 - Plano Brasil de Todos

A implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil também se alinha com as metas do Plano Plurianual - PPA. O PPA é uma programação de longo prazo que pretende definir as diretrizes e metas no governo durante um período de quatro anos. O PPA do período

2004-2007, compreendendo desde 2º ano do governo Lula e o primeiro ano do próximo governo tem como norteador a seguinte estratégia de longo prazo: inclusão social e desconcentração da renda com crescimento do PIB (Produto Interno Bruto) e emprego, desenvolvimento ambientalmente sustentável, reduzindo as disparidades regionais, dinamizado pelo mercado de consumo de massa, por investimentos e pela elevação da produtividade, e viabilizado pela expansão competitiva das atividades que superem a vulnerabilidade externa (MPOG, 2005).

As cinco dimensões da estratégia (social, econômica, regional, ambiental e democrática) representam os mega-objetivos a serem perseguidos, a saber:

- Mega objetivo I: Inclusão Social e Redução das Desigualdades Social
- Mega objetivo II: Crescimento com geração de trabalho, emprego e renda, ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades sociais
- Mega objetivo III: Promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia

É ampla a agenda de políticas sociais a ser implementada em diferentes âmbitos complementares:

- Ações necessárias para fortalecer os direitos aos serviços sociais, na direção do acesso universal e de qualidade a esses serviços: previdência, assistência, saúde, educação, capacitação, transporte coletivo, habitação, saneamento, segurança pública, cultura, esporte e lazer;
- Ações necessárias para fortalecer a geração de emprego e renda e melhorar as relações e condições de trabalho, como o apoio à agricultura familiar, à reforma agrária, ao microcrédito e reforma trabalhista;
- Ações dirigidas à população mais vulnerável, como o Fome Zero, a Bolsa-Escola e a Erradicação do Trabalho Infantil;
- Ações dirigidas à redução de preços dos bens de consumo popular, como remédios e alimentos;

-
- Políticas de redistribuição de renda, como elevação sistemática do salário mínimo, dos gastos sociais essenciais, redução do custo do crédito, especialmente das margens bancárias e subsídios cruzados nas tarifas de energia, água/esgoto e telecomunicações.

Dentro do Mega-objetivo I estão incluídas, em seu item 3, as ações referentes à área de saúde: Promover o acesso universal, com qualidade e equidade à seguridade social (saúde, previdência e assistência).

Assim, a ampliação do acesso da população aos medicamentos está contemplada dentro das propostas de ação do governo em sua vigência, sendo parte essencial do atingimento das metas definidas.

Este processo está sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, na área de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, com o enfoque de garantir o acesso da população a medicamentos e aos insumos estratégicos.

8.1.3 Estrutura e Organização

Primeiramente, é importante destacar-se que a FPB prevê uma implantação gradual de suas unidades de atendimento, com a priorização inicial dos municípios sedes de regiões metropolitanas, aqueles que compõem os aglomerados urbanos (conforme classificação do IBGE), bem como aqueles que pelas suas características sejam considerados estratégicos para o Programa, tais como o perfil sócio-econômico de sua população.

Como forma de garantir a cobertura destes municípios estratégicos, optou-se pela criação de parcerias quanto à implantação e a manutenção das unidades do Programa, através de um mecanismo de cooperação financeira entre a União, Estados, Municípios, Distrito Federal e órgãos, entidades, instituições públicas e privadas sem fins lucrativos, mantenedoras de estabelecimento assistencial de saúde ou de ensino superior de farmácia. Essas parcerias são estimuladas através de um incentivo, criado através da Portaria GM nº 2.587/04 (MS,

2004e), que possibilita a instalação e manutenção de farmácias do Programa. Além do incentivo instituído pela Portaria GM nº. 2.587/04, uma outra forma de composição de parcerias é dada através da celebração de convênios de natureza financeira entre a União e os Proponentes/Partícipes⁹. A Figura 5 mostra o desenho operacional do Programa

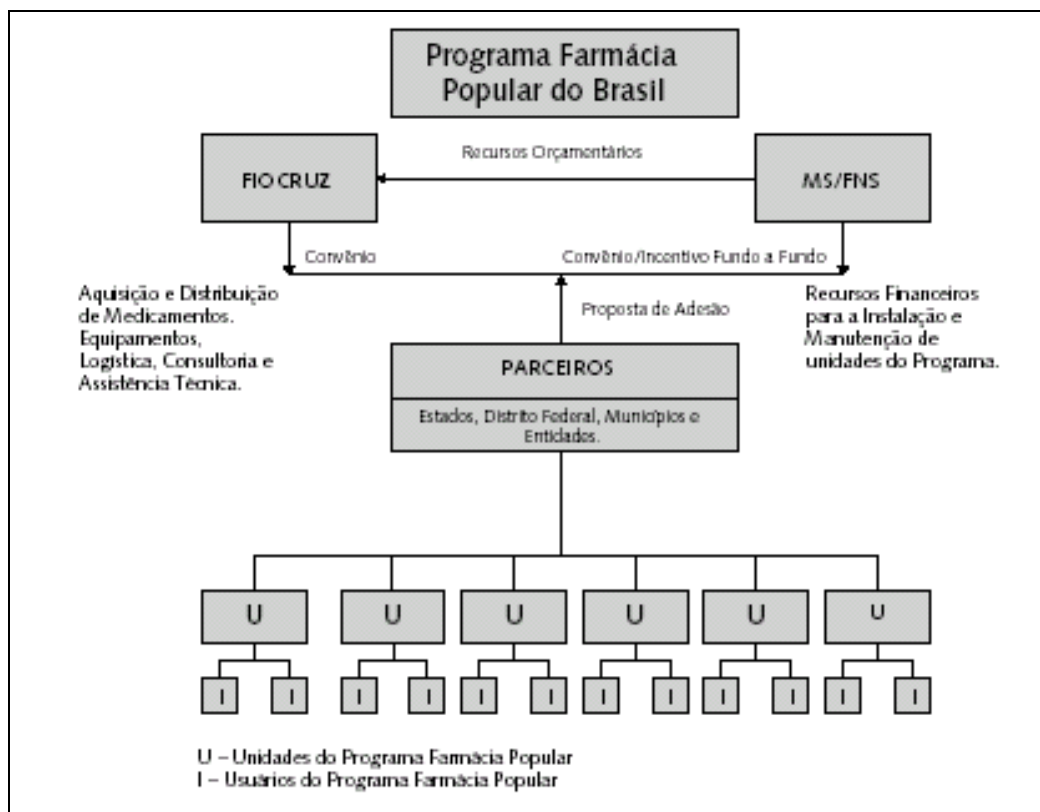


Figura 5: Desenho Operacional do Programa Farmácia Popular do Brasil

Fonte: MS, 2005c

Quanto à criação de uma unidade do Programa Farmácia Popular, o processo envolve a escolha do local e da área onde será instalada a unidade, a disponibilização dos móveis, equipamentos e medicamentos, bem como a seleção e recrutamento de seu corpo técnico-administrativo.

⁹ **Proponente:** o Estado, Distrito Federal, Município, órgão ou entidade pública, ou também privada sem fins lucrativos, mantenedores de estabelecimento assistencial de saúde ou de ensino superior de farmácia, que ao interessar-se em participar do Programa, manifesta-se nesse sentido apresentando a Proposta de Adesão
Partícipe: o proponente que, tendo sua Proposta de Adesão aprovada, passa a integrar o Programa, assumindo suas prerrogativas e responsabilidades decorrentes. Diferem entre si o **partícipe comum** no âmbito do SUS, que receberá o recurso na forma de incentivo transferido fundo a fundo, do **partícipe convenente** que é aquele que recebe recursos financeiros mediante a celebração de convênios de natureza financeira, nos termos da IN 01/97 e Normas vigentes no Ministério da Saúde (MS, 2005).

A área deve ser disponibilizada, em geral, pelo parceiro (Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos, bem como em rede privada de farmácias e drogarias) e deverá estar devidamente adaptada. São consideradas como localidades apropriadas para instalação das unidades àquelas que apresentam grande fluxo de pessoas (preferencialmente em regiões centrais ou em núcleos comerciais de bairros), em vias públicas consideradas principais e que permitam o acesso fácil dos usuários através de linhas de ônibus, metrô ou trens. Recomenda-se que sejam evitadas áreas próximas às unidades públicas de atenção à saúde. Também, que as áreas e imóveis sejam de acesso fácil para a via pública, sem que existam escadas ou rampas com inclinações acentuadas. Elas devem ter área de cerca de 120m², preferencialmente em um único piso ou pavimento, sugerindo para isso a utilização de imóveis comerciais, que geralmente possuem melhores condições para a adaptação às padronizações do Programa (MS, 2005c). Os móveis e equipamentos utilizados nas unidades do Programa e que são necessários ao seu funcionamento, são entregues pela Fiocruz mediante empréstimo por comodato¹⁰.

Os medicamentos destinados ao abastecimento do Programa são padronizados de acordo com os critérios definidos pelo Ministério da Saúde e adquiridos e distribuídos pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, que também é a responsável pelo do armazenamento central e da distribuição dos produtos.

Todas as movimentações de estoque são transmitidas diariamente para a Gerência Administrativa do Programa, através de acesso remoto via internet, para efetivação dos devidos controles, inclusive o planejamento e programação da reposição dos estoques. Os procedimentos e a logística de reposição dos estoques são definidos e executados pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. De qualquer modo, fica condicionado ao perfeito registro das movimentações no sistema informatizado de controle e ao recolhimento regular dos valores recebidos a título de ressarcimento dos custos dos produtos. O valor do ressarcimento

¹⁰ Segundo o dicionário Aurélio, o Comodato é um “Empréstimo gratuito de coisa não fungível, a qual deve ser restituída no tempo convencionado” Ainda, para o autor, fungível é: “1. Que se gasta; 2. Que se consome com o primeiro uso”. (Ferreira, 1999)

de cada produto que deve ser feito pelos usuários é único e deve ser o mesmo em todas as unidades do Programa.

A adoção dos procedimentos necessários para a regularização da unidade estará a cargo dos partícipes, e incluem:

- Registro no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- Inscrição Estadual;
- Registro e Lacreção do Emissor de Cupom Fiscal (ECF);
- Regularização de Localização;
- Licença de Funcionamento e Localização;
- Licença do Corpo de Bombeiros;
- Regularização Sanitária;
- Inscrição no Conselho Regional de Farmácia;
- Licença da Autoridade Sanitária Local;
- Autorização de Funcionamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

O Programa também conta com uma subdivisão quanto aos níveis de gestão. Há uma Gestão Administrativa - a cargo da Diretoria Administrativa da Fiocruz (Dirac) e uma Gestão Técnica - a cargo da Gerência-Técnica do Programa.

A Gestão Administrativa cuida do funcionamento das unidades, envolvendo contratação de recursos humanos, gestão de estoques de medicamentos, suprimentos de embalagens, expediente e informática. A manutenção predial e o zelo pelos móveis e equipamentos emprestados por comodato, é de responsabilidade do partícipe.

Já a Gestão Técnica tem como principal função a manutenção das características de diferenciação do programa em relação às farmácias comerciais (dado o foco das atividades das Farmácias Populares do Brasil, ou seja, o caráter humano da dispensação de medicamentos).

Neste sentido, o Programa adota normas e procedimentos padronizados que envolvem diferentes etapas do cuidado com os usuários e com os medicamentos, na perspectiva da sua utilização racional. Com relação a esses cuidados, descreve-se os relacionados aos medicamentos (armazenamento, fracionamento de embalagem secundária e identificação das embalagens para o programa) e os relacionados aos usuários como a ação voltada à atenção à saúde e à educação quanto ao uso correto dos medicamentos. Esta gestão também efetiva o contínuo aprimoramento e qualificação dos cuidados com os usuários do Programa, o acolhimento e a abordagem ao usuário (dispensação orientada de medicamentos, fornecimento de quaisquer informações relativas à saúde, aos medicamentos ou, ainda, a outra do interesse ou necessidade do usuário) levando-se em conta aspectos como: idade, capacidade de receber e compreender mensagens e informações, tipo de patologia que apresenta, bem como interesse e grau de conhecimento sobre sua saúde. Neste aspecto, em especial, encontra-se também a proposta da Atenção Farmacêutica, com a dispensação dos medicamentos sob orientação ao usuário, bem como o acompanhamento e o monitoramento de seu tratamento, além da educação em saúde do público que utiliza os serviços da FPB.

As unidades de atendimento ao público (UAP) funcionam de segunda a sexta, das 08:00h as 18:00h e aos sábados das 08:00h as 12:00h. Não há plantão noturno, em finais de semana ou em feriados em qualquer uma das unidades existentes.

8.1.4 Definição do Elenco dos Medicamentos

O elenco de Medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil foi definido a partir de:

- critérios epidemiológicos, considerando as principais doenças que atingem a população brasileira e cujos tratamentos geram maior impacto no orçamento familiar. Foram eleitos os medicamentos mais eficazes e seguros indicados para tratar tais doenças;

-
- Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), contemplando no mínimo 01 medicamento de cada um dos seus principais grupos terapêuticos;
 - medicamentos que compõem os Programas Assistenciais do Ministério da Saúde;
 - capacidade produtiva dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais;
 - disponibilidade de registro como medicamentos genéricos;
 - alguns medicamentos que já apresentam dados e informações clínicas suficientes para subsidiar uma proposta de inclusão na RENAME e, têm impacto importante nos orçamentos familiares;
 - sugestões apresentadas pela equipe técnica do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids - DST/Aids (medicamentos que atendam às enfermidades oportunistas, e preservativos masculinos);
 - sugestões apresentadas pela equipe do Ministério da Saúde, a partir da avaliação do estatuto do idoso; e
 - sugestões apresentadas pela equipe do Programa de Saúde da Mulher (inclusão de anticoncepcionais orais e injetáveis).

O Programa Farmácia Popular do Brasil prevê a inclusão de novos produtos, inclusive a partir de adaptações regionais (MS, 2004f).

8.1.5 Expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil

Em março de 2006, foi criada a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil, que consiste no pagamento, pelo Ministério da Saúde-MS, de “um percentual do valor de Referência (VR), por unidade farmacotécnica (UF), do princípio ativo de medicamentos, para dispensação diretamente no comércio farmacêutico, mediante complementação, pelo paciente, da diferença para o preço de venda da correspondente apresentação que lhe foi prescrita ou do genérico equivalente” (MS, 2006c). Segundo o MS, a alternativa visa à conveniência do

paciente, não prejudicando, porém a obtenção do medicamento na rede pública de assistência à saúde, onde será dispensado gratuitamente.

Os estabelecimentos habilitados no Programa serão os pertencentes ao comércio farmacêutico, compreendidas as firmas individuais ou as empresas de rede de farmácias ou drogarias. Eles serão reconhecidos através da exibição, em seus estabelecimentos, de dispositivos visuais disponibilizadas pelo MS que identifiquem o Programa, tais como adesivo externo, para vidro ou parede, display de balcão, folders explicativos do Programa (Figura 8– Anexo XVI), móbile de teto e/ou *banner*, que pode ser afixado em qualquer local da farmácia.

Nesta primeira fase foram definidas duas patologias a serem contempladas: Hipertensão Arterial e Diabetes, abrangendo um elenco de nove medicamentos.

A Tabela 2 apresenta os medicamentos disponíveis, bem como os valores de referência utilizados para o cálculo e o valor final a ser ressarcido pelo MS (todos os medicamentos utilizam um percentual de amortização de 10%).

Tabela 2. Medicamentos incluídos na expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil

Princípio Ativo	Concentração	Unidade Farmacotécnica	VR da UF (R\$)	% do VR para o MS	Valor Pago pelo MS (R\$)
HIPERTENSÃO ARTERIAL					
Captopril	25mg	Comprimido	0,4173	90%	0,3756
Maleato de Enalapril	20mg	Comprimido	0,5616	90%	0,5054
Cloridrato de Propranolol	40mg	Comprimido	0,1184	90%	0,1066
Atenolol	25mg	Comprimido	0,2647	90%	0,2382
Hidroclorotiazida	25mg	Comprimido	0,1656	90%	0,1490
DIABETES					
Glibenclamida	5mg	Comprimido	0,1854	90%	0,1669
Cloridrato de metformina	500mg	Comprimido	0,1744	90%	0,1570
Cloridrato de metformina	850mg	Comprimido	0,2809	90%	0,2528
Insulina Humana NPH	100UI/ml	100UI	3,4310	90%	3,0879

8.2 FPB - Informações Gerais

Atualmente existem no país 102 farmácias, distribuídas por 18 unidades federativas, a maioria concentrada nas regiões Nordeste e Sudeste e nos estados de São Paulo e da Bahia. O número médio de atendimentos diários por unidade do programa chegou a ser de 14.280 atendimentos, na unidade Pç XV. Nesta mesma farmácia, o número de unidades¹¹ de medicamentos vendidas foi de 161.295, o que representou, em valores monetários, R\$ 188.387,03 (posição relativa ao mês de maio de 2005).

Tabela 3. Número de Unidades de Atendimento ao Público (UAP) em funcionamento, por Unidade Federativa e por Macro-região (em fevereiro de 2006)

Unidade Federativa	Número de Unidades em Funcionamento
Região Norte	
Acre	1
Amazonas	2
Pará	2
Tocantins	1
Total	6
Região Nordeste	
Bahia	16
Ceará	1
Paraíba	7
Pernambuco	3
Piauí	2
Sergipe	2
Total	30
Região Centro-Oeste	
Distrito Federal	1
Goiás	5
Total	6
Região Sudeste	
Minas Gerais	3
Rio de Janeiro	8
São Paulo	36
Total	47
Região Sul	
Paraná	4
Rio Grande do Sul	2
Santa Catarina	1
Total	7
Total	102

Fonte: MS, 2006^a

¹¹ Considera-se como unidade dispensável a unidade mínima fracionável na embalagem primária

Tabela 4. Número médio de vendas diárias em algumas das unidades do programa (posição em relação ao mês de maio de 2005)

FARMÁCIAS	UF	Nº DE VENDAS
PRAÇA XV	RJ	14.280
SETOR CENTRAL	GO	12.156
CURITIBA	PR	6.597
FORTALEZA	CE	5.995
MANAUS	AM	5.849
IRMÃ DULCE	BA	5.636
SUPERVIA	BA	5.128
VITORIA DA CONQUISTA	BA	4.952
ILHA DO GOVERNADOR	RJ	4.850
SE	SP	4.740
BELÉM	PA	4.259
SANTO AMARO	SP	4.248
LIBERDADE	BA	4.157
ITABUNA	BA	3.585
IQUEGO	GO	3.548
PENHA	RJ	3.427
CAXIAS DO SUL	RS	3.112
LAPA	SP	2.848
CAPELA DO SOCORRO	SP	2.769
VILA MARIANA	SP	2.672
COMÉRCIO	BA	2.555
ITAQUERA	SP	2.512
MOOCA	SP	2.469
IPIRANGA	SP	2.439
VILA MARIA	SP	2.361
BROTAS	SP	2.260
SANTANA	SP	2.197
VILA PRUDENTE	SP	2.144
CAMPO LIMPO	SP	2.136
PIRITUBA	SP	2.096
PINHEIROS	SP	2.088
FREGUESIA DO Ó	SP	2.072
PIAUI	PI	2.051
CABULA	BA	1.768
CAJAZEIRAS	BA	1.703
NORDESTE AMARALINA	BA	1.311
SOBRADINHO	DF	1.216
OLINDA	PE	697
RECIFE	PE	482
Total	--	141.365

Fonte: Ferreira, 2005

Tabela 5. Número médio de unidades de medicamentos vendidas e sua respectiva movimentação financeira, em algumas Unidades de Atendimento ao Público do programa-UAP (posição em relação ao mês de maio de 2005)

FARMÁCIAS	UF	Nº DE PRODUTOS	VALOR R\$
PRAÇA XV	RJ	161.295	188.387,03
SETOR CENTRAL	GO	80.898	101.599,23
CURITIBA	PR	44.558	65.694,58
ILHA DO GOVERNADOR	RJ	42.860	55.744,13
SUPERVIA	BA	39.006	47.875,16
FORTALEZA	CE	36.737	45.144,96
SE	SP	32.619	41.527,79
MANAUS	AM	24.216	38.320,55
IRMÃ DULCE	BA	23.093	29.159,17
VITORIA DA CONQUISTA	BA	21.182	30.245,97
SANTO AMARO	BA	21.180	29.582,83
BELÉM	PA	20.516	26.203,23
IQUEGO	GO	20.297	28.587,88
IPIRANGA	SP	19.748	23.143,76
PENHA	SP	19.552	25.673,29
CAXIAS DO SUL	RS	19.225	29.642,23
LAPA	SP	19.003	24.506,13
VILA MARIANA	SP	18.543	22.759,03
MOOCA	SP	16.563	21.282,59
LIBERDADE	SP	16.174	18.741,48
PINHEIROS	SP	15.610	18.987,81
ITAQUERA	SP	15.606	20.092,83
VILA PRUDENTE	SP	15.560	19.276,61
VILA MARIA	SP	15.167	18.575,65
COMÉRCIO	BA	13.506	16.647,76
SANTANA	SP	13.138	18.373,31
FREGUESIA DO Ó	SP	12.889	17.513,78
CAPELA DO SOCORRO	SP	12.735	16.375,88
BROTAS	SP	12.675	16.529,19
PIRITUBA	SP	12.561	16.306,68
ITABUNA	BA	11.294	17.517,28
CAMPO LIMPO	SP	10.881	14.908,00
CABULA	BA	9.684	12.060,05
PIAUI	PI	8.701	13.755,86
CAJAZEIRAS	BA	6.210	8.097,49
SOBRADINHO	DF	5.835	8.225,13
NORDESTE AMARALINA	BA	5.135	6.806,28
OLINDA	PE	3.362	5.128,32
RECIFE	PE	2.696	4.134,26
Total	--	900.510	1.163.133

Fonte: Ferreira, 2005

Com relação ao número de classes terapêuticas comercializadas (segundo a RENAME/02), atualmente são contempladas 41, sendo os antibióticos, os Antiinfeciosos Tópicos e os Antihipertensivos os com maior número de princípios-ativos por classe (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos princípios –ativos, segundo as classes terapêuticas (base RENAME), comercializadas nas UAPs

Nº	Classe Terapêutica	Total
1	Antiinfeciosos Tópicos	8
2	Antibacterianos	6
3	Antihipertensivo	6
4	Analgésico não-opióide	5
5	Antipsicóticos	5
6	Anticonvulsivante	4
7	Antiparasitário Intestinal	4
8	Hormônios Sexuais e Antagonistas	4
9	Penicilinas	4
10	Antialérgicos	3
11	Antianginosos	3
12	Antidiabéticos	3
13	Antifúngicos	3
14	Antieméticos	2
15	Antienxaqueca	2
16	Antiinflamatórios Esteróides	2
17	Antiparkinsonianos	2
18	Antisecretores Gástricos	2
19	Broncodilatadores e Antiasmáticos	2
20	Cefalosporinas	2
21	Diuréticos	2
22	Hipnóticos e Sedativos	2
23	Nutrientes Eletrólitos	2
24	Nutrientes Minerais	2
25	Adjuvantes da Terapia Antineoplásica	1
26	Antiarrítmicos	1
27	Anticoncepcionais	1
28	Antiespasmódico	1
29	Antigotosos	1
30	Antiinflamatórios não-esteróides	1
31	Antiinflamatórios Tópicos e Antipruriginosos	1
32	Antiplaquetários	1
33	Antivirais	1
34	Cardiotônicos	1
35	Dispositivos de contracepção	1
36	Escabicidas e Pediculicidas	1
37	Hipolipemiantes	1
38	Preparações Nasais	1
39	Quinolonas	1
40	Tetraciclina	1
41	Vitaminas	1

Fonte: FPB, 2006b; RENAME, 2002

8.3 Perfil dos Usuários do Programa

A maior parte dos entrevistados estava comprando medicamentos para uso próprio (76,7% no RJ e 88,9% no DF). O número de entrevistados que estava comprando medicamentos para uso próprio e para terceiros foi de 23,3% e de 11,1%, no RJ e no DF, respectivamente. Vale ressaltar que os usuários abordados que estavam comprando medicamentos unicamente para terceiros eram descartados imediatamente da pesquisa, motivo pelo qual não aparecem nos estratos.

8.3.1 Procedência do Usuário

Em relação à procedência do usuário, 83,7% dos usuários da unidade Pç-XV moravam no próprio município do Rio de Janeiro, 14,0% nos municípios de Niterói, São Gonçalo ou Itaboraí e 2,3% na Baixada Fluminense. Devido à grande dimensão da cidade do Rio de Janeiro, a distribuição geográfica dos usuários foi estratificada por região, conforme o Quadro 5. Nela pode-se observar que o percentual de usuários entrevistados não corresponde à distribuição populacional das áreas no Rio de Janeiro. As áreas de planejamento (APs) 1, 2 e 3 possuem um percentual de participação maior do que a sua distribuição, enquanto que as 4 e 5, menores percentuais. São Cristóvão e Região Portuária e Centro foram as regiões administrativas com maior taxa de participação relativa a composição municipal (460,0 e 620,0 %)

Na unidade Sobradinho, 83,1% dos entrevistados moravam nas cidades de Sobradinho ou Planaltina, 2,8% em Brasília, 5,6% no Núcleo Bandeirantes, Guará ou em Águas Claras e 8,3% moravam fora do Distrito Federal.

Quadro 5. Distribuição dos entrevistados da Unidade Pç XV, segundo a área de residência

Áreas de Planejamento (APs) e Regiões Administrativas (RAs)		Total de Residentes	%	Nº de Entrevistados	%	% comparativo
Rio de Janeiro		5 857 904	100,0	72	100,0	100,0
Área de Planejamento 1		268 280	4,6	12	16,7	360,0
Regiões Administrativas RAs	I Portuária / II Centro	79 108	1,4	6	8,3	620,0
	III Rio Comprido	73 661	1,3	1	1,4	110,0
	VII São Cristóvão	70 945	1,2	4	5,6	460,0
	XXI Paquetá	3 421	0,1	0	0,0	0,0
	XXIII Santa Teresa	41 145	0,7	1	1,4	200,0
Área de Planejamento 2		997 478	17,0	15	20,8	20,0
Regiões Administrativas RAs	IV Botafogo	238 895	4,1	2	2,8	70,0
	V Copacabana	161 178	2,8	2	2,8	100,0
	VI Lagoa	174 062	3,0	1	1,4	50,0
	VIII Tijuca	180 992	3,1	7	9,7	310,0
	IX Vila Isabel	186 013	3,2	3	4,2	130,0
	XXVII Rocinha	56 338	1,0	0	0,0	0,0
Área de Planejamento 3		2 353 590	40,2	35	48,6	20,0
Regiões Administrativas RAs	X Ramos	150 403	2,6	5	6,9	270,0
	XI Penha	318 505	5,4	2	2,8	50,0
	XII Inhaúma	130 635	2,2	5	6,9	310,0
	XIII Méier	398 486	6,8	11	15,3	220,0
	XIV Irajá	202 967	3,5	3	4,2	120,0
	XV Madureira	374 157	6,4	7	9,7	150,0
	XX Ilha do Governador	211 469	3,6	1	1,4	40,0
	XXII Anchieta	154 608	2,6	0	0,0	0,0
	XXV Pavuna	197 068	3,4	1	1,4	40,0
	XXVIII Jacarezinho	36 459	0,6	0	0,0	0,0
	XXIX Complexo do Alemão	65 026	1,1	0	0,0	0,0
	XXX Maré	113 807	1,9	0	0,0	0,0
Área de Planejamento 4		682 051	11,6	5	6,9	60,0
Regiões Administrativas RAs	XVI Jacarepaguá	469 682	8,0	4	5,6	70,0
	XXIV Barra da Tijuca	174 353	3,0	1	1,4	50,0
	XXXIV Cidade de Deus	38 016	0,6	0	0,0	0,0
Área de Planejamento 5		1 556 505	26,6	5	6,9	30,0
Regiões Administrativas RAs	XVII Bangu	420 503	7,2	1	1,4	20,0
	XVIII Campo Grande	484 362	8,3	2	2,8	30,0
	XIX Santa Cruz	311 289	5,3	0	0,0	0,0
	XXVI Guaratiba	101 205	1,7	0	0,0	0,0
	XXX Realengo	239 146	4,1	2	2,8	0,7

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico 2000

8.3.2 Sexo e Idade

Quanto ao sexo, os percentuais de usuários permaneceram muito próximos nas duas unidades, sendo de 59,3% mulheres e 40,7% homens, no RJ e de 58,3% mulheres e 41,7% homens, no DF, demonstrando que o maior percentual de usuários, nas duas unidades, foi do sexo feminino.

A idade dos entrevistados denota que a maior parte dos usuários, em ambas as unidades, tem mais de 45 anos, e que no RJ o percentual de pessoas acima dos 65 anos que utilizam o programa é a maior dentre as faixas analisadas, enquanto que no DF as pessoas entre 46 e 55 são os principais usuários, conforme pode ser visto na Tabela 7. É importante relatar aqui um possível viés de seleção na amostra, uma vez que as pessoas de maior faixa etária foram as que mais se dispuseram a participar das entrevistas. Grande parte das pessoas mais jovens recusou participar alegando, principalmente, ter compromissos urgentes ou falta de tempo naquele momento.

Tabela 7. Estratificação dos entrevistados, no RJ e no DF, por faixas etárias

Faixa Etária	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
Menos de 18 anos	1,2	0,0
Entre 18 e 25 anos	0,0	5,6
Entre 26 e 35 anos	0,0	8,3
Entre 36 e 45 anos	2,3	16,7
Entre 46 e 55 anos	17,4	44,4
Entre 56 e 65 anos	37,2	11,1
Mais de 65 anos	41,9	13,9

8.3.3 Nível de Instrução/Escolaridade

Em relação ao grau de instrução, o nível de escolaridade dos usuários no RJ é menor do que no DF. No RJ, 65,2% possui o 2º grau incompleto ou menos, enquanto que no DF, esse percentual é de apenas 25,0%. A Tabela 8 mostra a distribuição dos entrevistados por nível de escolaridade. É importante frisar que este dado é utilizado, juntamente com o número e tipos

de bens em domicílio para a composição do perfil sócio-econômico do usuário, que será descrito mais à frente.

Tabela 8. Distribuição dos entrevistados, no RJ e no DF, segundo o grau de escolaridade

Grau de Instrução	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
Não Estudou/Primário Incompleto	14,0	5,6
Primário Completo/Ginásio Inc.	32,6	8,3
Ginásio Completo/2o Grau Inc.	18,6	11,1
2º Grau Completo/ Superior Incompleto	25,6	47,2
Superior Completo	8,1	22,2
Pós-graduação	1,2	5,6

8.3.4 Nível Sócio-Econômico

No que se refere ao nível sócio-econômico do usuário, tanto no RJ quanto no DF, as classes C, D e E são as principais usuárias do programa, ainda que no DF o percentual das classes A1/A2 e B1/B2 que utilizam o programa sejam razoavelmente expressivas, conforme nos mostra a Tabela 9.

Tabela 9. Distribuição dos entrevistados, no RJ e no DF, segundo renda média individual mensal

Classe Sócio-Econômica	Renda Média Individual Mensal *	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
A1/A2	> R\$ 4648,00	5,8	22,2
B1/B2	entre R\$ 1669,00,00 e R\$ 4647,00	10,5	19,4
C	entre R\$ 927,00 e R\$ 1668,00	38,4	27,8
D	entre R\$ 424,00 e R\$ 926,00	45,3	27,8
E	< R\$ 208	0,0	2,8

* Critério de avaliação econômica Brasil – CCEB (Fonte: ANEP, 2005)

8.3.5 Utilização do Programa

Outro dado importante é que a maior parte dos usuários entrevistados já havia estado na farmácia antes (77,9% no RJ e 75,0% no DF). Além disso, a principal fonte de divulgação

do programa são as pessoas próximas ao usuário (Amigo, Familiar ou Vizinho). Outras importantes formas de divulgação foram a televisão e o médico (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição dos entrevistados, no RJ e no DF, segundo o meio de divulgação pelo qual tomou conhecimento do programa

Meios de Divulgação	% de entrevistados no	
	RJ	DF
Amigo / Familiar / Vizinho	41,9	38,9
Televisão	33,7	22,2
Rádio	17,4	0,0
Médico	11,6	16,7
Passou em Frente	8,1	19,4
Hospital / Posto de Saúde / Farmácia (menos o médico)	7,0	5,6
Panfleto / Cartaz / Pôster	0,0	5,6
Jornal	3,5	2,8
Outdoors	2,3	0,0
Internet	3,5	5,6

8.4 Dificuldades na Obtenção do Medicamento Dentro e Fora do Programa

8.4.1 Origem das Receitas e Tentativas de Aquisição

Em relação às dificuldades de obtenção do medicamento, um dado importante é o que diz respeito à origem da receita médica aviada na FPB. A maior parte das receitas era oriunda do SUS (Sistema Único de Saúde), tanto no RJ quanto no DF. Em segundo lugar estava a rede privada e em terceiro a filantrópica ou conveniada, conforme demonstra a Tabela 11:

Tabela 11. Quanto à origem do receituário aviado na FPB

Quanto à origem da receita	% de entrevistados no	
	RJ	DF
Unidade pública de saúde	63,7	57,9
Rede conveniada ou hospital filantrópico	6,6	5,3
Rede privada (unidade privada ou consultório médico)	29,7	36,8

Apesar do elevado percentual de receitas provenientes do SUS, a maior parte dos entrevistado, nas duas unidades, não tentou obter os medicamentos de que necessitava em

outros lugares antes de acessar a FPB (61,6% no RJ e 50,0% no DF). Daqueles que tentaram obter o seu medicamento em outros lugares antes da FPB, a maior parte o fez em um Posto de Saúde, Hospital, Farmácia ou Dispensário Públicos ou em Farmácia ou Drogeria Privada (Tabela 12).

Dentre aqueles que tentaram conseguir seus medicamentos no serviço público (Posto de Saúde, Hospital, Farmácia ou Dispensário Públicos), a maior parte não conseguiu obtê-los porque eles estavam em falta (84,2% no RJ e 100,0% no DF).

Tabela 12. Quanto aos locais onde os entrevistados tentaram obter os medicamentos antes da FPB, no RJ e no DF

Local onde tentou obter o medicamento	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
Não Tentou obter	61,6	50,0
Centro de Saúde Privado	0,0	0,0
Centro de Saúde de Entidade Religiosa (Igreja, Centro Espírita)	1,2	0,0
Posto de Saúde, Hospital, Farmácia ou Dispensário Públicos	22,1	25,0
Farmácia ou Drogeria Privada	15,1	25,0
Farmácia Popular Vital Brazil*	1,2	Não se aplica

*Conforme descrito na introdução deste trabalho, a Farmácia Popular Vital Brazil é um programa do governo do estado do Rio de Janeiro que fornece medicamentos a preços subsidiados.

Quanto à obtenção dos medicamentos na FPB, cerca de metade dos entrevistados não conseguiu obter todos os medicamentos necessários ao seu tratamento (50,0% no RJ e 52,8% no DF). A grande maioria dos medicamentos não disponível na farmácia, não fazia parte do elenco de medicamentos do PFB, conforme demonstra a Tabela 13.

Tabela 13. Motivos pela não aquisição do medicamento na FPB

Motivos da não-aquisição	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
A farmácia não trabalha com os medicamentos	90,7	84,2
Os medicamentos estavam em falta	7,0	10,5
Não tinha dinheiro suficiente	2,3	0,0
Preço muito alto	2,3	0,0
Qualidade não confiável	0,0	0,0
Outro motivo.	4,7	0,0

Em relação ao percentual de itens do receituário atendidos, o índice foi de 80,3% no RJ e de 68,0% no DF. Já no acesso às unidades, a maioria dos usuários tinha como objetivo única e exclusivamente a sua utilização, não tendo outros afazeres ou atividades na região, onde a farmácia estava localizada (80,2% no RJ e 80,6% no DF).

8.4.2 Deslocamento para a Compra dos Medicamentos

Também foi avaliada a média de tempo de deslocamento do local de origem até à FPB, e os percentuais, no RJ e no DF, podem ser vistos na Tabela 14.

Tabela 14. Tempo médio de deslocamento do local de origem até a FPB

Tempo de Deslocamento	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
Até 15 min	5,8	44,4
Entre 15 e 30 min	9,3	22,2
Entre 30 e 45 min	18,6	11,1
Entre 45 min e 1 h	23,3	2,8
Entre 1h e 1 h e 30 min	23,3	11,1
Entre 1h 30 min e 2 h	10,5	2,8
Mais de 2 h	9,3	5,6

Em relação ao meio de transporte/meio de acesso, a principal forma utilizada no RJ foi o ônibus (83,7%) seguido pela barca, catamarã ou aerobarco (10,5%) ou a pé (10,5%). Já no DF, a principal forma de transporte utilizada foi o veículo próprio (58,3%) seguido por a pé (16,7%) e pelo ônibus (13,9%). A Tabela 15 apresenta a distribuição de todas as formas de transporte utilizadas. Cabe ressaltar que em muitos casos, houve a combinação de mais de um tipo de condução (Tabela 16), e.g., ônibus+barca.

Tabela 15. Meios de Transporte utilizados no deslocamento para a FPB

Meios de Transporte	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
A pé	10,5	16,7
Ônibus	83,7	13,9
Trem	2,3	0,0
Metrô	2,3	0,0
Barca/Catamarã/Aerobarco	10,5	0,0
Van/Kombi/lotação	2,3	11,1
Veículo próprio	0,0	58,3

Tabela 16. Em relação à associação de meios de transporte no deslocamento para a FPB

Associação de meios de transporte	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
Apenas um tipo de condução	88,4	100,0
Mais de um tipo de condução	11,6	0,0

Outro fator a ser levado em consideração e que influencia diretamente no acesso geográfico é o custo do deslocamento para a aquisição do medicamento. No estudo, tanto no RJ quanto no DF a maioria dos entrevistados teve um gasto de menos de R\$ 4,00 com o transporte de ida mais a volta (88,3% no RJ e 91,6% no DF). Neste ponto é interessante observar o que parece ser uma contradição. Apesar de apenas 10,5% dos entrevistados no RJ utilizarem uma forma de deslocamento sem custos (a pé), 52,3% não tiveram nenhum gasto com transporte. Esta situação também aparece no DF, onde 83,3% dos entrevistados utilizaram algum tipo de transporte pago porém, 22,2% não teve nenhum gasto. Isto pode ser facilmente explicado pelo fato de grande parte dos entrevistados ter mais de 65 anos de idade e, portanto, dispor do benefício do passe-livre, que fornece gratuidade no transporte. A Tabela 17 traz a estratificação dos gastos com transporte.

Tabela 17. Gastos com a utilização de transporte no deslocamento para a FPB, ida e volta

Valor Gasto	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
Nada	52,3	22,2
Menos de R\$ 4,00	36,0	69,4
Entre R\$ 4,00 e R\$ 8,00	11,6	5,6
Mais de R\$ 8,00	0,0	2,8

8.5 Percepção do Usuário em Relação à qualidade do Programa

8.5.1 Tempo de Atendimento e Avaliação do Atendimento

Grande parte da percepção do usuário sobre um determinado programa está no tipo de atendimento a ele dispensado. Isto inclui o tempo de espera bem como o atendimento em si. A maior parte dos usuários entrevistados gastou no processo de compra do medicamento (desde

o momento de chegada na farmácia até a dispensação do medicamento) uma média de até 5 minutos no DF (88,9%) e de 5 a 15 minutos no RJ (50,0%), conforme demonstrado na Tabela 18.

Tabela 18. Tempo médio gasto com o atendimento na FPB

Tempo médio gasto	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
Até 5 min	18,6	88,9
Entre 5 e 15 min	50,0	11,1
Entre 15 e 30 min	30,2	0,0
Mais de 30 min	1,2	0,0

Com relação à percepção do usuário quanto ao atendimento na FPB, mais de 90% dos usuários entrevistados (94,2% no RJ e 100,0% no DF) consideraram o atendimento dispensado nas unidades como bom ou muito bom; 5,8% dos entrevistados no RJ consideraram regular; e nenhum entrevistado nos dois estados considerou o atendimento ruim (Tabela 19)

Tabela 19. Percepção do usuário quanto ao atendimento na FPB

Percepção do atendimento	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
Muito bom	50,0	86,1
Bom	44,2	13,9
Regular	5,8	0,0
Ruim	0,0	0,0

8.5.2 Retorno à Farmácia e Indicação a Outras Pessoas

Em relação à possibilidade de retorno à FPB, 97,7% dos entrevistados no RJ e 94,4% dos entrevistados no DF afirmaram que voltariam ou que aquela já não era a primeira vez que utilizavam ao programa. Apenas 2,3% dos entrevistados no RJ e 5,6% dos entrevistados no DF afirmaram não ter intenções de retornar à FPB.

Dentre os principais motivos que levariam o usuário a retornar estão o preço baixo (90,7% no RJ e 80,6% no DF), o bom atendimento (41,9% no RJ e 77,8% no DF) e a existência dos medicamentos (8,1% no RJ e 8,3% no DF). Com relação aos motivos alegados para o não-retorno, estão o preço alto (4,7% no RJ e 8,3 no DF) e a falta de medicamentos

(2,3% no RJ e 2,8% no DF). A Tabela 20 e a Tabela 21 demonstram todos os motivos relatados.

Tabela 20. Motivos que levariam o usuário a retornar à FPB

Motivos para o retorno	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
Preço Baixo	90,7	80,6
Atendimento bom	41,9	77,8
Existência de medicamentos	8,1	8,3
Localização da farmácia	5,8	5,6
Rapidez	4,7	8,3
Boa qualidade dos medicamentos	2,3	2,8
Organização	1,2	0,0

Tabela 21. Motivos que levariam o usuário a não retornar à FPB

Motivos para o não-retorno	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
Preço Alto	4,7	8,3
Falta de medicamentos	2,3	2,8
Atendimento ruim	0,0	2,8
Má qualidade dos medicamentos	1,2	0,0

No que se refere à possibilidade de indicação do programa a outras pessoas, mais de 97% dos entrevistados, em ambos estados, responderam que já indicaram ou indicariam o programa (Tabela 22). Dentre os que indicariam ou já indicaram o programa, os principais motivos que os levaram ou levariam a isso seriam o preço baixo, o bom atendimento e a existência do medicamento. Em relação aos que não indicariam, os principais motivos alegados são o preço alto, a falta e a má qualidade dos medicamentos. (Tabela 23 e Tabela 24).

Tabela 22. Quanto a possibilidade de indicação do programa FPB à outras pessoas

Quanto à possibilidade de indicação	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
Já indicou ou indicaria a FPB	97,7	97,2
Não indicaria a FPB	2,3	2,8

Tabela 23. Motivos que levariam o usuário a indicar a FPB à outras pessoas

Motivos de indicação	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
Preço Baixo	97,6	97,1

Bom Atendimento	51,2	62,9
Tem os medicamentos	6,0	5,7
Boa localização da farmácia	6,0	5,7
Boa qualidade dos medicamentos	3,6	2,9
Atendimento Rápido	3,6	2,9
Higiene Local	1,2	2,9

Tabela 24. Motivos que levariam o usuário a não indicar a FPB à outras pessoas

Motivos de não-indicação	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
Preço Alto	0,0	50,0
Falta de medicamentos	50,0	50,0
Má qualidade dos medicamentos	50,0	0,0

8.5.3 Avaliação Global da Farmácia e Sugestões de Melhorias

Por último, foi solicitado ao entrevistado que desse uma nota (em uma escala de 01 a 10) ao Programa Farmácia Popular do Brasil, como um todo, considerando os seus diversos aspectos (atendimento, disponibilidade de medicamentos, localização, preços *et cetera*). A maior parte dos entrevistados (94,1% no RJ e 97,2% no DF) deu uma nota maior ou igual a 7,0 (Tabela 25).

Tabela 25. Notas dadas pelos usuários à FPB

Notas dadas	% de entrevistados no RJ	% de entrevistados no DF
Notas 01, 02 ou 03	1,2	2,8
Nota 04, 05 ou 06	4,7	0,0
Nota 07, 08 ou 09	36,0	19,4
Nota 10	58,1	77,8

Além das questões estruturadas, o questionário abriu espaço para que os entrevistados pudessem dar sugestões e opiniões e também fazer críticas e observações a respeito do programa. Em ambos os estados, a maior parte das sugestões/críticas se referia ao aumento do elenco atual de medicamentos do programa. Outro importante ponto destacado foi a necessidade de melhorar as formas de divulgação do programa (Tabela 26 e Tabela 27).

Tabela 26. Sugestões, observações, críticas e opiniões sobre o programa, dadas pelos entrevistados da unidade no RJ

Relato	Número de Ocorrências	%
Aumentar Elenco	19	65,5
Melhoraria da divulgação	5	17,2
Incluir Fitoterápicos	1	3,4
Incluir Dermatológicos	1	3,4
Aferição de pressão	1	3,4
Melhorar o fluxo da dispensação	1	3,4
Aumentar o número de unidades	1	3,4
Total	29	100,0%

Tabela 27. Sugestões, observações, críticas e opiniões sobre o programa, dadas pelos entrevistados da unidade no DF

Relato	Número de Ocorrências	%
Aumentar Elenco	29	65,9
Aumentar o número de unidades	7	15,9
Melhorar a divulgação	3	6,8
Melhorar o fluxo da dispensação	3	6,8
Banheiro ao público	1	2,3
Plantão aos domingos	1	2,3
Total	44	100,0%

8.6 Avaliação da estrutura e dos processos do programa

Para a avaliação da estrutura e processo da FPB foi utilizado um questionário adaptado do formulário nº. 15, utilizado no Estudo da Situação Farmacêutica Nacional, versão em Espanhol (OMS, 2003) Na referida pesquisa, este formulário alimentava o contribuía para a construção do indicador das condições adequadas de conservação e manejo dos medicamentos. O modelo adaptado e utilizado na avaliação do programa FPB pode ser visualizado no Anexo XI.

Os itens avaliados e seus resultados são apresentados na Tabela 28 e a agregação dos resultados compõem o indicador composto B3.

Conforme a avaliação, o nível de adequação das instalações no depósito foi de 89% e 100% (RJ e DF, respectivamente) e na área de dispensação de 100% e 89% (RJ e DF, respectivamente).

Tabela 28. Descrição dos indicadores de avaliação de estrutura e processo

Itens a serem Verificados		RJ		DF		Grau
		Depósito	Área de Dispensação	Depósito	Área de Dispensação	
1	Há um método no local para controlar a temperatura (p.ex., teto e telhado com espaço entre eles em climas quentes)?	1	1	1	1	0-Não 1-Sim
2	Há janelas que podem ser abertas ou respiradouros?	1	1	1	1	0-Não 1-Sim
3	Existem barreiras à entrada da luz solar direta sobre os medicamentos (p.ex., os vidros da janela estão pintados, há cortinas ou persianas, etc.)?	1	1	1	1	0-Não 1-Sim
4	A área está livre de umidade (p.ex., goteiras no telhado, teto, ralos, etc.)?	0	1	1	0	0-Não 1-Sim
5	Os medicamentos são armazenados diretamente no chão?	1	1	1	1	1-Não 0-Sim
6	Os medicamentos são armazenados junto às paredes?	1	1	1	1	1-Não 0-Sim
7	Os medicamentos são armazenados de uma forma sistemática (ordem alfabética, sistema PEPS, etc.)?	1	1	1	1	0-Não 1-Sim
8	Existe a evidência de insetos ou outras pragas no ambiente (ratos, baratas, moscas, etc.)?	1	1	1	1	1-Não 0-Sim
9	As condições higiênicas gerais são adequadas?	1	1	1	1	0-Não 1-Sim
Total		8	9	9	8	
		RJ		DF		
		Depósito	Área de Dispensação	Depósito	Área de Dispensação	
% de adequação		89%	100%	100%	89%	

Outro ponto importante na avaliação, foi a verificação da disponibilidade dos medicamentos no programa. Foi avaliada a existência dos 21 medicamentos-traçadores definidos (Anexo XII) em ambas as unidades (RJ e DF). Os medicamentos-traçadores foram escolhidos com base na modelo obtido do questionário da OMS (2003). No caso de medicamentos definidos nesta e que não estavam presentes no programa FPB, foram

substituídos por outros com igual indicação terapêutica (*e.g.*, no questionário da OMS foi definido o clotrimazol como creme vaginal, substituído pela nistatina na FPB).

Todos os medicamentos analisados estavam dentro do prazo de validade e apenas um estava em falta, e somente na unidade Pç XV, no RJ (Metronidazol 200mg/5ml - Suspensão Oral, Frasco 100 ml). Com base nestas informações, foi calculado o percentual de disponibilidade dos medicamentos no programa. O resultado é mostrado na Tabela 29.

Tabela 29. Percentual de disponibilidade dos medicamentos na FPB

	RJ	DF
% de disponibilidade dos medicamentos	95%	100%

8.7 O preço de medicamentos no PFB

Com relação à economia obtida pelo consumidor com a compra dos medicamentos na FPB, foi realizado um comparativo com os 21 medicamentos-traçadores definidos para a avaliação do programa. Para avaliar a redução foram realizadas duas comparações. Primeiramente, comparou-se o preço de cada um dos medicamentos-traçadores na FPB com o preço de mercado dos medicamentos de referência correspondentes. Posteriormente, esta comparação foi realizada com os medicamentos genéricos de menor preço para o princípio ativo e forma farmacêutica definidos. Os preços dos medicamentos comercializados na FPB foram obtidos a partir da relação de preços do Programa Farmácia Popular do Brasil (MS, 2006c). Já os preços dos medicamentos de referência foram obtidos através de consulta à revista ABCFarma do mês de dezembro de 2005 (ABCFarma, 2005), considerando o preço final de venda ao consumidor na alíquota de ICMS de 17%. A lista de medicamentos de referência foi obtida no sítio eletrônico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2005b). A ausência do preço do medicamento sulfato ferroso deve-se ao fato de que, conforme a legislação vigente (ANVISA, 2003), não é possível o registro de medicamentos genéricos de produtos vitamínicos ou de sais minerais. Assim, na comparação

ao genérico mais barato, foi utilizado para este princípio ativo o medicamento (de marca, similar ou de referência) mais barato.

Pode-se observar que, a redução em relação ao medicamento de referência foi de 74% a 94%, sendo o medicamento com o maior percentual de redução a ranitidina 150mg – comprimido. Com relação à redução frente aos medicamentos genéricos, esta ficou na faixa de 55% a 88%, sendo o medicamento com o maior percentual de redução o sulfato ferroso 25mg/ml-Solução Oral.

A Tabela 30 e a Tabela 31 mostram, por ordem decrescente, a redução do preço do medicamento comercializado na FPB em relação aos medicamentos de referência e aos genéricos mais baratos, respectivamente.

Tabela 30. Redução de preço em relação ao medicamento de referência (Dez/05)

Medicamento	Apresentação	Unidade-Base	Preço na FPB	Referência	Preço do Referência	Redução em Relação ao Preço do Referência
Ranitidina 150mg	Comprimido	Comprimido	0,12	Antak	1,85	94%
Mebendazol 100mg	Comprimido	Comprimido	0,05	Mebendazol Abbott	0,69	93%
Albendazol 400mg	Comprimido mastigável	Comprimido	0,56	Zentel	6,44	91%
Hidroclorotiazida 25mg	Comprimido	Comprimido	0,02	Clorana	0,17	88%
Atenolol 25mg	Comprimido	Comprimido	0,075	Atenol	0,63	88%
Dexclorfeniramina 2mg	Comprimido	Comprimido	0,06	Polaramine	0,46	87%
Amoxicilina Pediátrica 250mg/5ml	Pó p/ Suspensão Oral	Frasco 60 ml	1,96	Amoxil	13,88	86%
Glibenclamida 5mg	Comprimido	Comprimido	0,04	Daonil	0,28	86%
Mebendazol 100mg/5ml	Suspensão Oral	Frasco 30 ml	1,1	Pantelmin	7,7	86%
Metoclopramida (Cloridrato) 4mg/ml	Solução Oral	Frasco 10 ml	0,75	Plasil	5,25	86%
Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 UI	Pó p/ Suspensão Injetável	Frasco-ampola	1,5	Benzetacil	9,44	84%
Metoclopramida (Cloridrato) 10mg/comp.	Comprimido	Comprimido	0,04	Plasil	0,25	84%
Salbutamol 2mg/5ml	Xarope	Frasco 120 ml	1,15	Aerolin	6,57	82%
Dexclorfeniramina	Solução	Frasco 120	2,07	Polaramine	11,42	82%

0,4mg	Oral	ml				
Paracetamol 500mg	Comprimido	Comprimido	0,09	Tylenol	0,47	81%
Metronidazol 200mg/5ml	Suspensão Oral	Frasco 100 ml	2,4	Flagyl	11,74	80%
Metronidazol 250mg	Comprimido	Comprimido	0,1	Flagyl	0,47	79%
Ibuprofeno 300mg	Comprimido	Comprimido	0,16	Advil	0,62	74%
Nistatina 25.000 UI	Creme Vaginal	Tubo 50 gramas	1,9	Micostatin	N/E	N/E
Sulfato Ferroso 25mg/ml	Solução Oral	Frasco 30 ml	0,75	N/A	N/A	N/A
Sulfato Ferroso 40mg	Comprimido	Comprimido	0,04	N/A	N/A	N/A

N/A significa a inexistência do medicamento de referência para dado princípio ativo

N/E significa que o preço do medicamento para a referida concentração/forma farmacêutica não foi encontrado

Tabela 31. Redução de preço em relação ao medicamento genérico de menor preço (Dez/05)

Medicamento	Apresen-tação	Unidade-Base	Preço na FPB	Genérico Mais Barato	Preço do Genérico Mais Barato	Redução em Relação ao Preço do Genérico
Sulfato Ferroso 25mg/ml	Solução Oral	Frasco 30 ml	0,75	Ferrototal Sanval*	6,42	88%
Mebendazol 100mg	Comprimido	Comprimido	0,05	Mebendazol NeoQuímica	0,31	84%
Albendazol 400mg	Comprimido mastigável	Comprimido	0,56	Albendazol Pratti, Donaduzzi	3,35	83%
Ranitidina 150mg	Comprimido	Comprimido	0,12	Cloridrato de Ranitidina Eurofarma	0,62	81%
Sulfato Ferroso 40mg	Comprimido	Comprimido	0,04	FERRONIL TEUTO*	0,20	80%
Glibenclamida 5mg	Comprimido	Comprimido	0,04	Glibenclamida Zydus	0,17	77%
Metoclopramida (Cloridrato) 4mg/ml	Solução Oral	Frasco 10 ml	0,75	Cloridrato de Metoclopramida – Eurogenus-Legrand	2,94	74%
Nistatina 25.000 UI	Creme Vaginal	Tubo 50 gramas	1,9	Nistatina Sobral	7,02	73%
Metronidazol 200mg/5ml	Suspensão Oral	Frasco 100 ml	2,4	Flazol Medquimica	7,92	70%
Dexclorfeniramina 0,4mg	Solução Oral	Frasco 120 ml	2,07	Dexclorferinamina Teuto	6,68	69%
Atenolol 25mg	Comprimido	Comprimido	0,075	Atenolol Ranbaxy	0,24	69%
Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 UI	Pó p/ Suspensão Injetável	Frasco-ampola	1,5	Benzilpenicilina Benzatina Eurofarma	4,83	69%
Paracetamol 500mg	Comprimido	Comprimido	0,09	Paracetamol Pratti, Donaduzzi	0,29	69%
Mebendazol 100mg/5ml	Suspensão Oral	Frasco 30 ml	1,1	Mebendazol NeoQuímica	3,23	66%
Salbutamol 2mg/5ml	Xarope	Frasco 120 ml	1,15	Sulfato de Salbutamol NeoQuímica	3,36	66%

Medicamento	Apresen-tação	Unidade-Base	Preço na FPB	Genérico Mais Barato	Preço do Genérico Mais Barato	Redução em Relação ao Preço do Genérico
Metronidazol 250mg	Comprimido	Comprimido	0,1	Metronidazol NeoQuímica	0,26	62%
Amoxicilina Pediátrica 250mg/5ml	Pó p/ Suspensão Oral	Frasco 60 ml	1,96	Amoxicilina Germed – Sigma Pharma	4,32	55%
Dexclorfeniramina 2mg	Comprimido	Comprimido	0,06	N/E	N/E	N/E
Hidroclorotiazida 25mg	Comprimido	Comprimido	0,02	N/E	N/E	N/E
Ibuprofeno 300mg	Comprimido	Comprimido	0,16	N/E	N/E	N/E
Metoclopramida (Cloridrato) 10mg/comp.	Comprimido	Comprimido	0,04	N/E	N/E	N/E

a- N/E significa a inexistência do medicamento genérico para dado princípio ativo

b- * Medicamento similar

Além dos medicamentos-traçadores, foi avaliado também o grau de redução dos cinco medicamentos mais vendidos e de três tratamentos básicos identificados (Tabela 33, Tabela 34 e Tabela 35). Os medicamentos mais vendidos foram definidos com base no volume de vendas, por unidades, em todo o programa, considerando a média mensal do período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2005 e são apresentados na Tabela 32.

Tabela 32. Redução de preço dos cinco medicamentos de maior venda em relação aos medicamentos de referência

Medicamento	Apresen-tação	Unidade-Base	Preço na FPB	Referência	Preço do Referência	Redução em Relação ao Preço do Referência
CAPTOPRIL 25MG	Comprimido	Comprimido	0,040	Capoten	1,226	96,74%
ENALAPRIL 10MG	Comprimido	Comprimido	0,060	Renitec	1,446	95,85%
ENALAPRIL 20MG	Comprimido	Comprimido	0,070	Renitec	1,450	95,17%
OMEPRAZOL 20MG	Comprimido	Comprimido	0,230	Peprazol	3,244	92,91%
ACIDO ACETILSALICILICO 100MG	Comprimido	Comprimido	0,030	Aspirina	0,246	87,80%

Os três tratamentos mais comuns foram observados a partir das receitas dos usuários. O tratamento 01 é definido para Diabetes, Hiperlipidemia e Hipertensão Arterial. O tratamento 02 para Diabetes, Hiperlipidemia, Hipertensão Arterial e Angina Pectoris. E o tratamento 03 para Hiperlipidemia e Hipertensão Arterial. A DDD (Dose Diária Definida) foi obtida a partir da RENAME 2002. Os custos dos medicamentos de referência através da Revista ABCFarma (Dez/05) e a relação dos medicamentos de referência através da lista disponibilizada pela ANVISA. Foram considerados os gastos com a utilização do tratamento durante 30 dias, levando-se em consideração o custo total na FPB e no setor privado. O total representa a redução percentual do tratamento na FPB em relação ao gasto no setor privado (eg, 87% de redução significa que o custo na FPB é apenas 13% do custo no setor privado).

A média de redução dos três tratamentos foi de 87,76%, sendo que a maior amplitude e redução foram detectadas no tratamento 3 (R\$ 220,32 e 91,13%, respectivamente).

Tabela 33. Custos do Tratamento 01 - Diabetes+Hiperlipidemia+Hipertensão Arterial

Medicamento	Conc/cp	DDD	Nº de Comprimididos	Custo FPB	Custo Referência	Custo Mensal FPB	Custo Mensal Referência	Diferença %
Ácido Acetilssalicílico	100mg	100mg	1	0,03	0,246	0,90	7,38	87,80
Enalapril	10mg	10mg	1	0,06	1,446	1,80	43,38	95,85
Glibenclamida	5mg	10mg	2	0,04	0,28	2,40	16,80	85,71
Hidroclorotiazida	25mg	25mg	1	0,02	0,17	0,60	5,10	88,24
Metformina	500mg	2g	4	0,08	0,359	9,60	43,08	77,72
Sinvastatina	20mg	15mg	1	0,38	3,471	11,40	104,13	89,05
Total						26,70	219,87	87,86

Tabela 34. Custos do Tratamento 02 - Diabetes+Hiperlipidemia+Hipertensão Arterial + Angina Pectoris

Medicamento	Conc/cp	DDD	Nº de Comprimididos	Custo FPB	Custo Referência	Custo Mensal FPB	Custo Mensal Referência	Diferença %
Ácido Acetilssalicílico	100mg	100mg	1	0,03	0,246	0,90	7,38	87,80
Atenolol	50mg	150mg	3	0,075	0,63	6,75	56,70	88,10
Metformina	500mg	2g	4	0,08	0,359	9,60	43,08	77,72
Mononitato de	20mg	80mg	4	0,1	0,398	12,00	47,76	74,87

Isossorbida								
Sinvastatina	20mg	15mg	1	0,38	3,471	11,40	104,13	89,05
Total						40,65	259,05	84,31

Tabela 35. Custos do Tratamento 03 - Hiperlipidemia+Hipertensão Arterial

Medicamento	Conc/cp	DDD	Nº de Comprimid	Custo FPB	Custo Referência	Custo Mensal FPB	Custo Mensal Referência	Diferença %
Ácido Acetilssalicílico	100mg	100mg	1	0,03	0,246	0,90	7,38	87,80
Atenolol	50mg	150mg	3	0,075	0,63	6,75	56,70	88,10
Captopril	25mg	50mg	2	0,04	1,226	2,40	73,56	96,74
Sinvastatina	20mg	15mg	1	0,38	3,471	11,40	104,13	89,05
Total						21,45	241,77	91,13

A Tabela 36 apresenta a economia realizada por um paciente, no período de um mês para cada tratamento, comparando o preço praticado no mercado privado e na FPB.

Tabela 36. Comparativo dos Custos dos Tratamentos no Período de 30 dias

Tratamento	Amplitude (em R\$ por mês)	Redução %
1	193,17	87,86
2	218,40	84,31
3	220,32	91,13
Média	210,63	87,76

8.8 Determinação do Grau de Implantação

A determinação do grau de implementação seguiu o mesmo modelo adotado por Cosendey (2000), Oliveira *et al.* (2002) e Luiza (2003).

Para a realização do cálculo dos índices de ponderação, e conseqüentemente do grau de implantação, foi utilizada uma matriz de ponderação, que contém as faixas de enquadramentos, bem como os resultados encontrados para cada indicador e estão apresentados na matriz de ponderação dos indicadores (Quadro 6), conforme descrito na metodologia.

Quadro 6. Matriz de ponderação dos indicadores

	Ponderação			Indicadores	RJ		DF		FPB	
	0	1	2		%	Valor	%	Valor	%	Valor
ESTRUTURA										
Seleção e Programação	<70 %	70-90%	>90 %	B1	93,8	2,0	93,8	2,0	93,8	2,0
	>70 %	21-70%	<20 %	B2	50,0	1,0	52,8	1,0	51,4	1,0
Armazenamento	<40 %	40-80%	>80 %	B3-Estoque	89,0	2,0	100,0	2,0	89,0	2,0
	<40 %	40-80%	>80 %	B3-Dispensação	100,0	2,0	89,0	2,0	94,5	2,0
				"B3"		2,0		2,0		2,0
Média				"B"		1,7		1,7		1,7
PROCESSO										
Aquisição/Distribuição	<80 %	80-99%	100%	C1	95,0	1,0	100,0	2,0	97,5	1,0
	>20 %	5-20%	<5%	C2	1,0	2,0	0,0	2,0	0,0	2,0
Logística Local	>0%	--	0%	C3	0,0	2,0	0,0	2,0	0,0	2,0
Média				"C"		1,7		2,0		1,7
EFEITO										
Utilização	<50 %	50-90%	>90 %	D3	80,3	1,0	68,0	1,0	74,2	1,0
Acessibilidade Geográfica	<40 %	40-80%	>80 %	D4	57,0	1,0	80,6	2,0	68,8	1,0
	<50 %	50-90%	≥90%	D5	88,4	1,0	91,7	2,0	90,0	2,0
Poder de Compra	>40 %	40-60%	>60 %	D6	87,76	2,0	87,76	2,0	87,76	2,0
	<40 %	40-70%	>70 %	D7a Referência	85,0	2,0	85,0	2,0	85,0	2,0
	<40 %	40-70%	>70 %	D7b Genérico	73,0	2,0	73,0	2,0	73,0	2,0
				"D7"		2,0		2,0		2,0
	>70 %	10-70%	<10 %	D8	1,2	2,0	0,0	2,0	0,6	2,0
Dividendos Políticos	<40 %	40-80%	>80 %	D9a-Nota	94,2	2,0	97,2	2,0	95,7	2,0
	<40 %	40-80%	>80 %	D9b- Recomendação	97,7	2,0	97,2	2,0	97,4	2,0
	<50 %	50-90%	>90 %	D9c-Retorno	97,7	2,0	94,4	2,0	96,1	2,0
				"D9"		2,0		2,0		2,0
Média				"D"		1,6		1,9		1,7
Índice de Adequação				Média de "B", "C" e "D"		1,67		1,87		1,70

Para encontrar o grau de implantação, submeteu-se os valores de índice de adequação encontrados ao final da Tabela 37 à Fórmula IV:

Tabela 37. Índices de Adequação encontrados nas unidades RJ, DF e no Programa

Unidade de Análise	Índice de Adequação
--------------------	---------------------

No RJ	1,67
No DF	1,87
No Programa	1,70

$$\sum_{i=1}^n \left(\frac{Y_i(O)}{Y_i(E)} \right) \times 100$$

onde:

$Y_i(O)$ = valor observado para a dimensão (i)

$Y_i(E)$ = valor esperado para a dimensão (i)

Desta forma, obtivemos os seguintes valores:

Tabela 38. Grau de implantação na unidade RJ, DF e do Programa

Unidade de Análise	Grau de Implantação
No RJ	83,50%
No DF	93,50%
No Programa	85,00%

Assim, procedemos ao enquadramento dos valores acima em um dos três níveis de implantação sugeridos por Cosendey (2000) e Luiza (2003), conforme Quadro 7:

Quadro 7. Níveis de grau de implantação (GI)

$GI \geq 80\%$	ACEITÁVEL
$40\% \leq GI < 80\%$	INSATISFATÓRIO
$GI < 40\%$	CRÍTICO

Assim, os valores encontrados (tanto em cada unidade, isoladamente, quanto ao agregado do estudo) demonstram que o programa está em um nível de implantação **aceitável**. Portanto, pode-se concluir que o Programa Farmácia Popular do Brasil encontra-se Implantado, considerando o presente estudo de casos realizado nas Unidades Pç XV no RJ e Sobradinho no DF.

9 DISCUSSÃO

9.1 Dados do Estudo

Atualmente, o programa conta com 102 farmácias, distribuídas em 18 unidades federativas (atualizados até 23/02/2006). A maior parte das unidades encontra-se nas Regiões Nordeste e Sudeste, e em particular nos Estados de São Paulo e da Bahia. A explicação para isto reside no fato de que estes estados possuem muitos municípios os quais estavam (até 31/12/2004) ou estão (a partir de 01/01/2005) sob a gestão de prefeituras ligadas ao PT (Partido dos Trabalhadores), o que pode ter gerado um maior impulso na realização de convênios para a implantação de unidades do Programa. Este fato é especialmente relevante nas capitais desses dois estados. O número de atendimentos mensais por unidade do programa, que chegou a ser de 14.280 (na unidade Pç XV) é extremamente expressivo, até mesmo se comparado ao de uma farmácia comercial de grande porte, e representou um número de vendas de 161.295 unidades de medicamentos, o equivalente a uma movimentação financeira de R\$ 188.387,03. Atualmente a mesma unidade conta com um fluxo médio diário de mais de 800 pessoas, que em alguns dias já atingiu picos de mais de 1.000 pessoas.

Em relação aos dados obtidos, uma das informações que mais chama a atenção é a que se refere à origem das receitas aviadadas na FPB. Mais da metade era oriunda do Sistema Único de Saúde – SUS, denunciando uma provável falha na provisão gratuita dos medicamentos à população. Lembremos que o principal objetivo do FPB é o de fornecer uma opção economicamente viável no acesso a medicamentos para aquelas pessoas que têm algum tipo de acesso ao serviço médico privado ou público não-estatal (assistência filantrópica, planos de saúde *et cetera*), porém não possuem condições para adquirir o medicamento. Um segundo dado que torna ainda mais alarmante esta situação é o fato de que um elevado percentual das pessoas que tentaram conseguir os medicamentos no setor público não obteve êxito devido à falta desses. Essa situação parece ser crônica, uma vez que a maioria dos entrevistados com receitas oriundas do SUS afirmou ter se dirigido diretamente à FPB, sem tentar obter os medicamentos no setor público, na maior parte dos casos, por saber que o medicamento estava em falta. Se considerarmos que tanto o SUS quanto o FPB são financiados pelo governo, existe uma questão no que se refere ao motivo pelo qual o governo consegue regularizar os estoques nas unidades da FPB e não nos serviços públicos de distribuição gratuita. É importante ressaltar que, as normativas do programa estabelecem que:

“Todo o usuário que apresentar receita oriunda da rede pública deve ser orientado sobre o direito à assistência farmacêutica enquanto usuário do Sistema Único de Saúde. Somente após essa informação e consulta ao usuário sobre sua opção pela obtenção do medicamento a través do Programa é que poderá ser feita a dispensação”.

Em relação à maior participação das classes sócio-econômicas C, D e E como usuária do programa, isto se alinha ao objetivo do programa, anteriormente descrito, ainda que haja um expressivo número de usuários das classes B1, B2, A1 e A2. Em tese, estes últimos poderiam estar comprando os medicamentos nas farmácias e drogarias comerciais.

Na questão da distribuição geográfica, o maior contingente de usuários morava no próprio município onde a farmácia estava localizada. Devido às proporções do município do Rio de Janeiro, foi-se também estratificada a procedência por regiões administrativas e áreas

de planejamento, que são divisões administrativas usadas pela própria prefeitura. Nela, podemos perceber que o fluxo de usuários não acompanha a distribuição espacial da população. As regiões mais próximas (Portuária, Centro e São Cristóvão) chegam a ter uma participação no acesso de até 460% maior do que a distribuição espacial, enquanto que as áreas mais distantes (Zona Oeste) essa mesma participação é de apenas 26%. Isto poderia ocorrer por dois motivos: (1) a existência de outras unidades do programa nas áreas mais distantes; ou (2) o fato destas serem muito longe, o que encareceria muito o processo de compra ou não permitiria haver tempo disponível suficiente para o deslocamento. Como a primeira hipótese está descartada (não existem unidades do programa na Zona Oeste) a segunda parece ser mais coerente.

Em relação à obtenção dos medicamentos na FPB, aproximadamente metade dos entrevistados não conseguiu algum dos medicamentos dos quais necessitavam, em grande parte, devido ao fato deles não constarem na relação do programa. Neste ponto, é importante salientar que, como o programa permite o acesso de pacientes oriundos tanto da rede pública quanto da privada, há a possibilidade de que quaisquer medicamentos possam ser prescritos, uma vez que somente o setor público possui listas padronizadas de medicamentos e protocolos clínicos. Desta forma, por mais abrangente que fosse o elenco do programa, ainda sim haveria a não-contemplação de vários itens. Esta situação fica também evidente nas sugestões e críticas dos usuários ao programa, que têm como principal reivindicação o aumento do elenco de medicamentos. É importante porém frisar que mais de 90% dos medicamentos existentes na lista do programa pertencem à RENAME e que alguns dos medicamentos que não pertencem à RENAME foram adicionados a listagem original por conta da demanda da população por estes produtos (eg, atenolol) ou sugestões das equipes de programas estratégicos do Ministério da Saúde. Ainda sim, o percentual médio de itens do receituário atendidos foi de 70-80%, em que pese que muitos usuários portanto prescrições com itens não conformes aos FPB não tenham sido abordados, dada a metodologia de coleta de dados.

Com relação ao custo dos medicamentos na FPB, um número extremamente baixo de usuários alegou não ter comprado os medicamentos no programa devido ao preço, o que indica não ser este um fator limitante do acesso. Isto pode ser corroborado ao avaliarmos o percentual de redução de preço dos medicamentos disponibilizados pela FPB em relação aos preços praticados no mercado, uma redução média que fica em torno de 73% (no caso dos medicamentos genéricos) e de 85% (no caso dos medicamentos de referência). Esse valor pode inclusive chegar a índices de redução de até 97% (sinvastatina *versus* zocor®). Com relação aos tratamentos simulados, a média de redução dos três tratamentos foi de 87,76%, sendo que a maior amplitude e redução foram detectadas no tratamento 3 (R\$ 220,32 e 91,13%, respectivamente). Em outras palavras, o usuário pode economizar cerca de R\$ 220,00 por mês (considerando o tratamento definido podendo portanto variar, para mais ou para menos, em função de outros protocolos clínicos).

A percepção dos usuários em relação ao programa demonstrou-se muito positiva, uma vez que a grande maioria deles qualifica positivamente o atendimento, aprova e divulga o programa, em especial, devido aos baixos preços. Gostaríamos também de deixar aqui uma percepção pessoal dos entrevistadores. Durante o processo de coleta de dados, percebeu-se que o trabalho por parte dos funcionários das farmácias era realizado com bastante profissionalismo, em especial, no que tange a relação com os usuários. O acolhimento e o tratamento dispensados aos usuários era extremamente afável, sendo inclusive, extensivamente elogiado pelos usuários e apontado, em muitos casos, como o principal ou um dos principais motivos pelo qual o usuário retornava ao serviço. Muitos faziam uma analogia do atendimento na FPB ao serviço privado, considerando o primeiro muito superior ao último. Este relacionamento também se deu com a equipe de pesquisadores, que teve todo o suporte necessário à condução da pesquisa. Isto também está alinhado com uma das diretrizes do programa, que é o atendimento diferencial ao usuário.

A disponibilidade dos medicamentos do elenco definido é alta, considerando-se a situação dos medicamentos-traçadores analisados. Apenas um dos 21 medicamentos-

traçadores analisados estava em falta, e somente na unidade Pç XV, no RJ. Nenhum item encontrava-se fora do prazo de validade.

Em relação ao grau de implantação, calculado com base na ponderação dos indicadores propostos ao estudo, tanto a unidade Sobradinho-DF quanto a Pç XV-RJ foram classificadas como possuindo um grau de implantação de mais de 80%, sendo, portanto, aceitável. Este padrão foi validado por Cosendey (2000) em seu estudo de avaliação do Programa Farmácia Básica, anteriormente citado. Aqui também é importante ressaltar que alguns dos padrões definidos para alguns indicadores foram definidos pelo pesquisador, uma vez que eram específicos para a análise do FPB e não possuíam correspondência em outros estudos da mesma natureza (*eg*, indicador D7: Diferença média percentual entre os preços de compra obtidos na FPB e os praticados no setor privado).

9.2 O modelo de co-pagamento no FPB e outras experiências mundiais

Quanto ao co-pagamento pelo usuário, este tem sido cada vez mais freqüente em países de todos os níveis de desenvolvimento, como forma de complementar os gastos governamentais. Porém tem havido uma série de equívocos, em especial, por estes programas não se basearem em experiências anteriores. Como consequência há substituição do financiamento estatal pelo desembolso privado, excesso de prescrição de medicamentos e nenhuma melhora no acesso. Ainda que possa existir o co-pagamento, ele deve apenas complementar a contrapartida estatal, e não substituí-la (Vianna *et al.*, 1998).

Algumas experiências de co-pagamento têm sido realizadas com êxitos em várias partes do mundo, e podem ser utilizadas como comparativos com o Programa Farmácia Popular do Brasil - FPB.

Uma delas é o programa desenvolvido no Peru e denominado PACFARM - Programa de Administração Compartilhada de Farmácias. Ele é um programa de medicamentos essenciais, dirigido ao primeiro nível de atenção no setor público de saúde, cujo objetivo é

estabelecer uma rede descentralizada de abastecimento de medicamentos essenciais de qualidade e baixo custo, com uma administração eficiente, baseada na promoção do uso racional dos medicamentos (Romero, 1998). Este programa incorpora o conceito de recuperação de custos (co-pagamento) como estratégia de sustentabilidade financeira. Isto é dado através da operacionalização da geração e crescimento dos fundos rotativos de medicamentos, criados em nível nacional, com orçamento do tesouro público alocado para a aquisição de medicamentos, além de recursos da cooperação financeira externa com o BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento) e a AID (Agência Interamericana de Desenvolvimento). As agências internacionais UNICEF e OPAS/OMS apresentam uma participação permanente ainda que com recursos menos significativos. A modalidade de autofinanciamento do sistema, introduzida como estratégia de sustentabilidade do Programa no nível regional, segue um modelo de distribuição de um “capital semente” - valorizado no custo do pacote de medicamentos - desde o nível central até às unidades de saúde periféricas - centros e postos. A administração desse capital através da gestão de um Fundo Rotativo é proposta como fonte principal de recursos, tanto para o abastecimento permanente de medicamentos, quanto para a sustentabilidade do sistema em geral. A viabilidade deste modelo estaria intimamente ligada à capacidade negociadora em obter menores preços de aquisição dos medicamentos no mercado, e à definição da estrutura do preço de venda do medicamento ao usuário, que deveria cobrir contingências de inflação, custos recorrentes e doações para a população em condições de indigência. Em suma, a autora define que há dois elementos estratégicos da Iniciativa do PACFARM: (1) o uso de medicamentos essenciais para garantir o acesso a medicamentos de qualidade (a preços adequados) e baixo custo, e (2) o controle comunitário, responsabilidade da comunidade na administração da Farmácia do Serviço de Saúde, ou do Serviço como um todo.

A participação da comunidade na fiscalização dos fundos rotativos de medicamentos, através do funcionamento de comitês de co-gestão é um dos principais diferenciais do programa e a sua proposta era exatamente quebrar um dos entraves gerados pela centralização

de funções nos níveis administrativos, tentando agilizar e melhorar o processo de abastecimento de medicamentos no sistema.

Outra experiência amplamente divulgada de co-pagamento é a Iniciativa de Bamako. Em Setembro de 1987, Ministros da Saúde da África adotaram durante a 37ª Sessão do Comitê Regional em Bamako, Mali,, uma resolução intitulada “Saúde da criança e da mulher através do financiamento e gerenciamento de medicamentos essenciais no nível local” (Resolução AFR/RC37/R6). Esta resolução tornou-se mundialmente conhecida como “Iniciativa de Bamako - IB” (WHO, 2004). Esta resolução seguia a recomendação da proposta da OMS e da UNICEF de revitalização dos sistemas sanitários locais, com os objetivos de implementar efetivamente a Atenção Primária à Saúde e reduzir a mortalidade materna e infantil. O principal objetivo da IB era assegurar o acesso a medicamentos essenciais nos serviços de saúde e restaurar a confiança da população nestes, através da garantia da qualidade na atenção e a promoção da participação da comunidade. Ela também buscava acelerar o acesso à saúde para todos através da implementação efetiva e eficiente da atenção primária, focada no nível local. A proposta também incluía suporte técnico, operacional e estratégico para as atividades nos níveis locais, regionais e centrais (WHO, 1997).

A IB foi considerada um dos mais importantes avanços para o fortalecimento dos sistemas de saúde no nível local, através do co-gerenciamento comunitário do sistema local de saúde e de mecanismos de co-pagamento, com vistas a melhorias no fornecimento e eficácia dos serviços essenciais de atenção à saúde na África, bem como sua sustentabilidade. O empoderamento das comunidades, o estabelecimento de fundos comunitários de saúde e o controle social dos serviços locais de saúde pelas comunidades foram princípios implementados pela IB na redução da iniquidade.

Algumas outras experiências de co-pagamento também vêm sendo discutidas e estudadas no âmbito do tratamento dos pacientes portadores do vírus HIV/Aids, como é o caso da Iniciativa Senegalesa de Acesso a Antirretrovirais (ISAARV), no Senegal.

Com o intuito de avaliar o grau de aderência dos pacientes ao tratamento, foi realizado um estudo envolvendo a comparação de dois modelos de acesso a tratamentos: um totalmente gratuito e outro envolvendo o co-pagamento dos usuários - participação financeira entre FCFA 1,00 e 198.000,00, aproximadamente US\$ 264,00 (Lanièce *et al.*, 2003).

O estudo demonstrou que a aderência entre pacientes recebendo a combinação D4T (Estavudina) - DDI (Didanosina) - IDV (Indinavir) diminuía na medida em que era maior a participação financeira dos usuários. Segundo os pacientes avaliados, a principal causa da interrupção do tratamento era dificuldade financeira. Como um dos principais fatores que influenciaram a aderência foi o custo do tratamento, considera-se que este deve ser adaptado de acordo com os recursos financeiros individuais de cada paciente, os quais muitas vezes são exíguos ou nulos, de forma a garantir a continuidade do tratamento.

Um dado interessante deste estudo diz respeito ao grau de aderência ao programa em relação ao grau de participação financeira. Os pacientes que obtêm o medicamento de forma totalmente gratuita, sem taxas de co-pagamento, tiveram durante o primeiro ano do estudo (decorrido durante um período de 24 meses) um grau de aderência de 92,2%, enquanto que nos pacientes que possuíam taxas de participação com valores entre 1,00 e 20.000,00 FCFA (750 FCFA = 1 US\$), este índice se reduzia a 88,4%. Já nos pacientes que possuíam taxas de participação com valores iguais ou maiores do que FCFA 50.000,00, o grau de aderência ao tratamento era de apenas 66,4% (Lanièce *et al.*, 2003).

No aspecto conceitual da adoção ou não do co-pagamento, deve-se ressaltar que a escolha de um determinado modelo de financiamento deve estar baseada, entre outros fatores, no contrato social explícito ou implícito de cada país (Velásquez, 1998).

Neste tocante, segundo orientações contidas no relatório final da I CNAF - Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, que ocorreu em setembro de 2003, a implementação do programa de farmácia popular, em nível federal, deveria ser precedida de um amplo debate envolvendo a sociedade civil e assegurando o pleno controle social, o que não ocorreu. No mesmo relatório foi registrada uma Moção de Repúdio ao Governo do Estado

do Rio de Janeiro pelo não cumprimento do repasse dos medicamentos aos municípios e pela implementação do Programa Farmácia Popular do Estado do Rio de Janeiro, sinalizando possíveis destinos de programas similares cujos a sociedade não tivesse ativa participação no planejamento e controle e a garantia do *accountability* (MS, 2005b).

Para Romero (1998) a ativa participação dos usuários na tomada de decisões e no controle dos recursos do sistema de saúde aumenta a responsabilidade dos serviços de saúde respeito ao público. Tudo isto gera uma sensação de propriedade e pertinência do que é indispensável para mobilizar recursos da comunidade e garantir a sustentabilidade do programa. Nesse sentido, o FPB destoa tanto da IB quanto do PACFARM, exatamente por não privilegiar os usuários e a comunidade como atores ativos do processo de construção e gerenciamento do programa.

Um dos muito discutidos problemas relacionados ao co-pagamento é o fato de que, ainda que ele estimule um uso mais racional dos serviços de saúde, isto se dá transferindo ao usuário a responsabilidade na definição da sua própria condição de saúde. Supõe-se que o usuário tenha plena condição de definir o que é essencial ou não, do que é urgente ou do que pode ser adiado. Porém, isto pode levá-lo a deixar tratamentos básicos de lado, o que mais tarde irá se refletir na necessidade de procedimentos mais complexos e onerosos ao sistema de saúde. Por exemplo, uma dor de cabeça pode ser apenas o simples resultado de um estresse diário ou o início de um AVC (acidente vascular cerebral). Logo, a aplicação de taxas moderadoras pode inibir o diagnóstico precoce, que evita a evolução de muitas doenças e a utilização de tratamentos muito mais dispendiosos, sem contar as conseqüências socioeconômicas relacionadas. Como exemplo, temos a experiência do programa *Medicaid* na Califórnia-EUA, onde a cobrança de taxas nas consultas fez com que os seus números fossem reduzidos, porém, aumentou o número de internações hospitalares, com gastos relacionados muito maiores (Vianna *et al.*, 1998).

Realmente, a prática do co-pagamento pode coibir abusos tanto do prestador quanto do usuário, além de aumentar o controle social. Porém, existem muitas outras formas de

contribuições não-monetárias que já são cobradas e evitam o referido abuso: longas filas, demora no atendimento, falta de profissionais qualificados para o atendimento, ausência de materiais, restrição nos horários de funcionamento e distância das unidades de atendimento, entre outros.

No caso específico do co-pagamento em medicamentos, um grande desafio é fazer com que o preço final dos medicamentos seja menor do que o preço praticado no comércio varejista, o que em grande parte irá depender dos custos administrativos associados à manutenção do programa. Isto tem especial relevância, uma vez que a implantação da cobrança gera gastos administrativos adicionais, associados aos riscos de ineficiências, já que no serviço público o recolhimento de receita é extremamente burocratizado (Luiza, 2003).

Assim, como nos demonstrou o estudo realizado baseado na experiência senegalesa, a não-discriminação das taxas de co-participação de acordo com as possibilidades financeiras de cada usuário (no FPB o preço pago pelo usuário é o mesmo independente de seu perfil sócio-econômico), pode limitar o acesso aos pacientes com recursos escassos ou nulos (Lanièce *et al.*, 2003). Ainda que as taxas de co-pagamento sejam baixas, para muitos indivíduos em comunidades e países pobres, o custo dos tratamentos continua a ser uma barreira intransponível, limitando o acesso e reduzindo a aderência (WHO, 2005).

Além disso, há possibilidade de outros riscos, tais como o de usos difusos (como ocorreu com a CPMF) e principalmente, a gradual substituição das fontes de financiamento estatal. Por isso, sugere-se que o valor arrecadado seja utilizado para financiar melhorias no local de arrecadação, dando ao usuário maior visibilidade da destinação das taxas arrecadadas e permitindo sua maior atuação no controle da aplicação dos recursos captados (Vianna *et al.*, 1998).

Outro ponto extremamente importante é que o co-pagamento deve ser apenas uma prática complementar ao financiamento público e não um substituto a ele. Deve-se também observar que as taxas de participação devem ser proporcionais à capacidade de pagar de cada usuário, como garantia básica da equidade e deve ser feita sem nenhum entrave, empecilho,

dificuldade ou burocracia, principalmente quanto às pessoas com baixo poder e capacidade de vocalização de seus direitos. Esta taxação seletiva pode inclusive, gerar uma gradual melhoria dos serviços, trazendo a médio e longo prazos a participação de usuários de níveis socioeconômicos mais elevados, com maior poder de vocalização e grau de exigências e informação, o que pode colaborar positivamente na melhoria contínua do programa, tanto na qualidade dos serviços quanto dos produtos (Velásquez *et al.*, 1998).

10 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, grande parte das restrições à implementação do co-pagamento nos serviços públicos de saúde, é dada devido ao baixo nível de renda da população, o que poderia afetar a equidade. Outro forte ponto de convergência contra a adoção do co-pagamento é dado pelo entendimento da gratuidade no SUS, dado pelo artigo 43 da lei 8.080/90, diretamente relacionado ao artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Apesar da Constituição não fazer nenhuma menção direta à gratuidade no SUS, mas deixá-la implícita, a lei 8080/90 a deixa bem clara no tocante aos serviços, porém, não quanto aos medicamentos.

Com relação às questões as quais este estudo se propôs a responder, temos:

1. O FPB favorece o acesso aos medicamentos para a clientela atendida?

R: Sim, uma vez que a disponibilidade do medicamento é alta (mais de 90%), a redução de preços frente ao mercado privado é grande (de 50 a 97%) e os itens receitados tiveram um razoável grau de atendimento (70-80%).

2. Qual o perfil da clientela atendida? Este perfil corresponde à população-alvo definida?

R: Principalmente as classes socioeconômicas C, D e E, o que está alinhado aos objetivos do programa.

3. Qual a percepção dos usuários em relação ao programa?

R: Muito positiva. 97% dos entrevistados, já indicaram ou indicariam o FPB a outras pessoas. Mais de 90% consideraram o atendimento bom ou muito bom, voltariam ao programa e deram ao FPB nota maior ou igual a 7,0.

Além dessas reflexões, surgem deste estudo questionamentos que poderão servir de subsídios a outros trabalhos e discussões posteriores, tais como:

- O Programa Farmácia Popular do Brasil será sustentável, econômica e politicamente, em futuros contextos políticos e socioeconômicos, uma vez que ele é um Programa intrinsecamente relacionado ao atual Governo Federal?
- Ele poderá vir a substituir, no futuro, o fornecimento gratuito de medicamentos e/ou serviços no âmbito do SUS, já que ?
- Ele representará uma potencial ameaça ao setor comercial farmacêutico privado, através da ampliação do número de farmácia e concorrência através de preços mais baixos?
- Pode contribuir positivamente para a melhoria da atenção farmacêutica no setor privado, estimulando as atuais farmácias e drogarias a adotarem de um tratamento diferencial ao usuário, como forma de garantir a fidelidade dos usuários?
- Será capaz de fortalecer os Laboratórios Oficiais, uma vez que eles possuem preferência no fornecimento dos medicamentos ao FPB, garantindo a eles um mercado fixo?
- Conseguirá estimular o mercado de medicamentos genéricos, que também têm preferência nas compras governamentais?

-
- Poderá afetar negativamente os modelos de assistência farmacêutica, em especial, nos níveis locais, uma vez que as listas de medicamentos são elaboradas em nível central, não contemplando as especificidades locais?
 - Qual será o seu impacto, a médio e longo prazo, na Política Nacional de Assistência Farmacêutica?
 - Quais serão as conseqüências da expansão do Programa, dada pela Portaria MS/GM nº. 491 de 09 de Março de 2006, tanto para o setor público, o setor privado e a sociedade? Assim, a introdução do co-pagamento nos moldes do Programa Farmácia Popular do Brasil, gera um novo e intenso debate quanto aos novos rumos da assistência farmacêutica no Brasil.

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABCFarma, 2005. Revista da Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico - ABCFARMA - nº 172 - Dezembro/2006.

Acevedo, D.V., Valle, A.A. & Toledo, J.L.M., 1995. Características de la adquisición de medicamentos en Morelia (Michoacán, México). Bolletim de la Oficina Sanitaria.Panamericana, 119 (3): 236-42.

ADAY, L.A. & ANDERSEN, R.M., 1974. Marco Teórico para el estudio del acceso a la Atención Médica. In: Investigaciones sobre servicios de salud (K.L. White, ed.),pp. 604-613, Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

ADAY, L.A. & ANDERSEN, R.M., 1981. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. Medical Care, XIX(12): 4-27.

ANEP, 2005. Critério de avaliação econômica Brasil – CCEB. Disponível em: <http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf>

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), 1999. Resolução RDC nº 391 de 10 de agosto de 1999. Brasília: ANVISA.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), 2001. Regulação econômica do mercado farmacêutico. Brasília:ANVISA. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/monitora/regula_farmaceutico.pdf>

ANVISA, 2003. Resolução RDC nº 135, de 29 de maio de 2003, Aprova o Regulamento Técnico para Medicamentos Genéricos. Brasília, DF:D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 02 de junho de 2003.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), 2005a. - Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/estatistica/index.htm>>

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), 2005b. - Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/referencia/lista.pdf>>

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), 2005c. - Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/lista/registrados.pdf>>

Barbosa, Rui. 2003. Oração aos Moços. São Paulo: Ed. Martin Claret. P. 19.

Bermudez J.A.Z., 1995a. Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade. Rio de Janeiro:HUCITEC-SOBRAVIME, p.81-91.

Bermudez J.A.Z., 1995b. Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade. Rio de Janeiro, HUCITEC-SOBRAVIME, p.82.

Bermudez, J.A.Z., Oliveira, M.A. & Oliveira, E.A., 2004a. Expanding access to Essential Medicines in Brasil: Recent Regulation and Public Policies. In: Bermudez, JAZ (org) & Oliveira, M.A. Intellectual Property in the Context of the WTO TRIPS Agreement. Rio de Janeiro:Fiocruz, p143-5.

Brasil, 1964. Decreto 53.612 de 26 de fevereiro de 1964. Aprova relação de medicamentos essenciais para os fins previstos no Decreto nº 52.471, de 1963, e dispõe sobre a aquisição de medicamentos pela Administração Pública Federal.. Brasília, DF.

Brasil, 1971. Decreto 68.806 de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Brasília:Presidência da República.

Brasil, 1982. Portaria Interministerial MPAS/MS/MEC número 03, de 16 de dezembro de 1982. Dispõe sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Brasília:Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

Brasil, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, Capítulo II, Seção II, art. 196. Brasília.

Brasil, 1990. Lei nº. 8.080, Lei Orgânica da Saúde *de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. CAPÍTULO I, Art. 6º, inciso I, alínea “d”* . Brasília.

Brasil, 1993a. Decreto nº. 793 de 05 de abril de 1993. Altera os Decretos nº. 74.170, de 10 de junho de 1974 e nº. 79.094, de 05 e janeiro de 1977, que regulamentam, respectivamente, as Leis nº. 5.991 de 17 de janeiro de 1973 e nº. 6.360 de 23 de setembro de 1976 e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº. 65, seção I, de 6 de abril de 1993.

Brasil, 1993b. Lei nº. 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, D.F.: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº. 116, seção 1, pp. 8269-8281, de 21/06/93.

Brasil, 1994. Projeto de Lei nº. 4.702, 20 de julho de 1994. Dispõe sobre a criação da Farmácia Popular e dá outras providências. Brasília:Câmara dos Deputados.

Brasil, 1996. Lei nº. 9.313 de 13 de Novembro de 1996. Dispõe sobre a Distribuição Gratuita de Medicamentos aos Portadores do HIV e Doentes de Aids. Brasília

Brasil, 1997. Decreto nº. 2.283, de 24 de julho de 1997. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências.

Brasil, 1999. Lei nº. 9.787 de 10 de fevereiro de 1999. Estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília.

Brasil, 2004a. Lei nº. 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasil:Presidência da República.

Brasil, 2004b. Decreto nº. 5.090 de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Brasil:Presidência da República.

Brito, M.B.B. & Silveira, A.H.P., 2005. Parceria Público-Privada: compreendendo o modelo brasileiro. *Revista do Serviço Público*. Brasília:ENAP. 56(1):7-21 jan/mar.

CDC, 1999 CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 1999. Framework for program evaluation in public health. *Morbidity and Mortality Weekly Report - MMWR*, 48(RR11):1-40.

CEME-Central de Medicamentos, 1971. Projeto de Organização. Brasília, Presidência da República, 49p.

CEME-Central de Medicamentos, 1973. Plano Diretor de Medicamentos, 1ª etapa: 1973/1979, Plano de Ação. Brasília, Presidência da República, 61p.

CIB-RJ (COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – RJ, 2002. Deliberação CIB/RJ nº139 de 12 de dezembro de 2002. Altera Dispositivo da Deliberação n.º115, de 03 de maio de 2002. Rio de Janeiro:CIB-RJ.

Cochran, W.G., 1977. *Sampling Techniques*. Third Edition. New York:John Wiley & Sons, Inc. pp. 74-7.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde), 1997. Assistência Farmacêutica. In: Conass. Relatório Final de Oficina de Trabalho. Aracajú, junho de 1997. Brasília, DF,CONASS:91-114.

-
- Conrad, KJ & Miller, TQ, 1987. Measuring and testing program philosophy. In: BICKMAN, L (ed). Using program theory in evaluation. New Direction for Program Evaluation, 33: 19-42.
- Cosendey, M.A.E., 2000. Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: Um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.
- Cosendey, M.A.E., Bermudez, J.A.Z., Reis, A.L.A., Silva, H.F., Oliveira, M.A., Luiza, V.L., 2000b. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde: a Experiência de Três estados Brasileiros. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro:ENSP/FIOCRUZ.
- Costa, N.R., 2002. Política social e ajuste macroeconômico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):13-21.
- Creese, A. & Quick, J., 2001. Working paper on differential pricing arrangements and feasibility: context setting paper. Geneva: World Health Organization - WHO.
- Denis, J.L. & Champagne, F., 1997. Análise de implantação. In: Hartz, Z.M.A.(org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Pp.49-88, Rio de Janeiro:Editora Fiocruz.
- Ferreira, A.B.H., 1999. Dicionário Aurélio Eletrônico – Século XXI, versão 3.0. Editora Nova Fronteira:Rio de Janeiro.
- Ferreira, R.L., Oliveira, M.A. & Silva, H.F., 2005. Acesso a medicamentos e o modelo de copagamento: um estudo sobre a Farmácia Popular do Brasil. Mimeo.
- Gerschman, S., 1999. Las reformas del Estado, de las políticas sociales y de salud. Un balance del final del milenio. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):293-302, abr-jun.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia Estatística), 1996. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF). Rio de Janeiro:IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/defaulttab.shtm>>
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia Estatística), 2001. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF). Rio de Janeiro:IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/default.shtm>>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia Estatística), 2003. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF). Rio de Janeiro:IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2003/default.shtm>>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia Estatística), 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/disseminacao/online/popclock/popclock.php>>.

Inojosa, R.M., 2004. Gestão Social Governamental: os Novos Paradigmas do Setor Público. Paper apresentado na 1ª Conferência Internacional de Gestão Social. Porto Alegre: SESI-RS. Disponível em: <<http://www.sesirs.org.br/conferencia/papers/inojosa.pdf>>

INSALUD (Instituto Nacional de la Salud), 1998. *Guía para la evaluación y mejora de los servicios de farmacia hospitalaria*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. 07 de janeiro de 2000. Disponível em: <<http://www.sefh.es/guiafarmacia/pagina3.htm>>

IVB (Instituto Vital Brazil), 2005a. Disponível em: <<http://www.ivb.rj.gov.br/principal.asp>>

IVB (Instituto Vital Brazil), 2005b. Disponível em: <<http://www.ivb.rj.gov.br/pai/index.asp>>

LAFEPE (Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco), 2005. Farmácias LAFEPE. Disponível em: <<http://www.lafepe.pe.gov.br/farmacias>>.

Luiza, Vera Lucia, 2003. Acesso a Medicamentos Essenciais no Estado do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

Luiza, V.L. & Bermudez, J.A.Z., 2004. Acesso a Medicamentos: Conceitos e Polêmicas. In: Bermudez, JAZ (org), Oliveira, MA, Esher, A, 2004. Acesso a Medicamentos: Derecho Fundamental, Papel del Estado. Rio de Janeiro:ENSP. 274p.

Lula, 2002. Discurso proferido pelo candidato à presidência da república, Luís Inácio Lula da Silva. Disponível em: <http://www.lula.org.br/noticias/not_int.asp?not_cod=557&cf_cod=21&sis_cod=37>

Mendes EV, 1993. As políticas de saúde no Brasil e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In Mendes EV (org). Distrito sanitário: o processo social e as mudanças sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, p.19-91.

-
- Messeder, A.M., Osório-de-Castro, C.G.S. & Luiza, V.L., 2005. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2):525-534, mar-abr, 2005.
- MPOG (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão), 2005. PPA 2004-2007/Plano Brasil, Disponível em: <www.planobrasil.gov.br>
- MS (Ministério da Saúde), 1993. Programa de Assistência Farmacêutica. Brasília, Ministério da Saúde, 15p, (mimeo).
- MS (Ministério da Saúde), 1997. Farmácia Básica: Programa 1997/98. Brasília: Ministério da Saúde.
- MS (Ministério da Saúde), 1998. Portaria nº. 3.916/GM de 30 de outubro de 1998, dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Brasília, D.F.: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, nº215E, seção I, pág: 18, de 10 de novembro de 1998.
- MS (Ministério da Saúde), 1999. GM/MS Portaria nº. 176, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília: Ministério da Saúde.
- MS (Ministério da Saúde)/SPS (Secretaria de Políticas Públicas), 2001. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro:Rev. Saúde Pública. vol.35, no.6, p.585-588.
- MS (Ministério da Saúde), 2002a. Política Nacional de Assistência Farmacêutica- 1990 a 2002. Brasília:Ministério da Saúde. Série B (Textos Básicos de Saúde).
- MS (Ministério da Saúde), 2002b. Portaria MS/GM nº. 371 de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília:Ministério da Saúde.
- MS (Ministério da Saúde), 2002c. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME. Brasília:Ministério da Saúde. 88p.

MS (Ministério da Saúde), 2004a. Programa Farmácia Popular do Brasil-FPB. Disponível em <http://dtr2002.saude.gov.br/farmaciapopular/farmacia_popular_arquivos/conteudo/noticias/20040607_04.htm>.

MS (Ministério da Saúde), 2004b. Programa Farmácia Popular do Brasil-FPB. Medicamentos do programa Farmácia Popular atendem a 80% das doenças dos brasileiros- 16/06/2004. Disponível em:
<http://dtr2002.saude.gov.br/farmaciapopular/farmacia_popular_arquivos/conteudo/noticias/20040616_01.htm>

MS (Ministério da Saúde), 2004c. Portaria MS/GM nº. 1.579, de 30 de julho de 2004. Constitui Grupo de Trabalho no âmbito do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília:Ministério da Saúde.

MS (Ministério da Saúde), 2004d. Portaria MS/GM nº. 1.651, de 11 de agosto de 2004. Dispõe sobre o modelo de gestão do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. Brasília:Ministério da Saúde.

MS (Ministério da Saúde), 2004e. Portaria GM nº. 2.587 de 6 de dezembro de 2004. Institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. Brasília:Ministério da Saúde.

MS (Ministério da Saúde), 2004f. Programa Farmácia Popular do Brasil-FPB. Critérios Utilizados para a Definição do Elenco de Medicamentos para o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília:Ministério da Saúde. mimeo.

MS (Ministério da Saúde), 2005a. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/farmaceutica/assist.htm>

MS, 2005b. I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde. 154p.

MS, 2005c. Programa Farmácia Popular do Brasil-FPB. Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil: Manual Básico. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 102 p.

MS, 2005d. Portaria nº. 2084/GM de 26 de outubro de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. Brasília:Ministério da Saúde.

MS, 2006a. Programa Farmácia Popular do Brasil-FPB. Cidades atendidas pelo programa.

Disponível em:

<http://www.dtr2002.saúde.gov.br/farmaciapopular/farmacia_popular_arquivos/conteudos/cidades.htm

MS, 2006b. Programa Farmácia Popular do Brasil-FPB. Lista de Produtos. Disponível em:

http://dtr2002.saude.gov.br/farmaciapopular/farmacia_popular_arquivos/conteudo/lista_completa.htm

MS, 2006c. Portaria nº. 491/GM, de 09 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Brasília:Ministério da Saúde.

Oliveira J.A., 1987. Reformas e reformismos: “Democracia Progressiva” e Políticas Sociais (ou “Para uma teoria política da reforma sanitária”). Rio de Janeiro:Cadernos de Saúde Pública. 4(3):360-87.

Oliveira, M.A., 2001. Tecnociência, ativismo e a política do tratamento da AIDS. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Programa de Engenharia da Produção, Coordenação dos Programas de Pós-Graduação de Engenharia-COPPE da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ.

Oliveira, M.A., Esher, A.F.S.C., Santos, E.M., Cosendey, M.A.E., Luiza, V.L. & Bermudez, J.A.Z., 2002a. Avaliação da Assistência Farmacêutica às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro:Cadernos de Saúde Pública, FIOCRUZ.

Oliveira, M.A., Esher, A.F.S.C., Santos, E.M., Cosendey, M.A.E., Luiza, V.L. & Bermudez, J.A.Z., 2002b. Avaliação da Assistência Farmacêutica às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro:Cadernos de Saúde Pública, FIOCRUZ. 18(5):1429-1439..

OMS (Organización Mundial de la Salud), 1998. Uso de Medicamentos Esenciales. Octavo informe del Comité de Expertos de la OMS, Serie de Informes Técnicos n° 882. Ginebra:OMS.

OMS (Organización Mundial de la Salud), 2003. Guía para Coordinadores y Recaudadores de los datos Nivel II Indicadores básicos. Ginebra:OMS. Mimeo.

Penchansky, D. & Thomas, J., 1981. The concept of access: Definition and Relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 20:127-140.

Pereira, L.C.B., 1997. A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado-MARE. Cadernos Mare da Reforma do Estado; v.1.

PT (Partido dos Trabalhadores), 2002. Cadernos Temáticos do Programa de Governo – Saúde para a Família Brasileira. Disponível em: <http://www.lula.org.br/assets/caderno_saude.pdf>.

RADIS, 2004. Pesquisa Mundial de Saúde 2003 – O Brasil em Números. In: RADIS – Reunião, análise, difusão de informações sobre a saúde...Edição n° 23, julho de 2004. ENSP/Fiocruz:Rio de Janeiro. pp. 14-33.

SES-RJ, 2003. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/Site_Dois_anos/RioRemed.shtml>.

SES-RN, 2005. Disponível em: <http://www.saude.rn.gov.br/noticias.asp?idnoticia=5090>

Silva, R.C.S & Bermudez, J.A.Z., 2004. Medicamentos Excepcionais e de Alto Custo. In: Bermudez, JAZ, Oliveira, M.A. & Esher, A., (orgs). Acesso a Medicamentos: Derecho Fundamental, Papel del Estado. Rio de Janeiro:Fiocruz.

SMS-RIO (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro), 2005. Programa Remédio em Casa. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/remedioemcasa.htm>>.

Velásquez, G., Madrid, Y. & Quick, J.D., 1998. Reforma Sanitaria y financiación de los Medicamentos. Temas Seleccionado. WHO/DAP:Geneva. Serie “Economía de la Salud y Medicamentos” n°. 6.

Vianna, S.M., Piola, S.F., & Reis, C.O.O., 1998. Gratuidade no SUS: Controvérsias em Torno do Co-pagamento. Série Texto para Discussão nº 587. IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada:Brasília.

Wilken, P.R.C. & Bermudez, J.A.Z., 1999. A farmácia no Hospital: Como Avaliar? Editora Ágora da Ilha: Rio de Janeiro. 189p.

WHO (World Health Organization), 1977. The WHO Model List of Essential Medicines. Geneva, Switzerland: WHO.

The world drug situation. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization), 1988. The world drug situation. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization), 1993. How to Investigate Drug Use in Health Facilities- Selected Drug Use Indicators. Action Programme on Essential Drugs. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization), 1996. Good Pharmacy practice (GPP) in Community and Hospital.Pharmacy Settings. Geneva, Switzerland: WHO. 10p.

WHO (World Health Organization), 1997. The Use of Essential Drugs. Seventh Report of the WHO Expert Committee (including the revised model List Essential Drugs), WHO Technical Reports Series 867. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization), 1999. Indicators for monitoring national drug policies: A Practical Manual. 2nd Ed. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization), 2000. Health: A Precious asset. Accelerating follow-up to the World Summit for Social Development. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO–MSH (World Health Organization-Management Sciences for Health), 2000. Defining and Measuring Access To Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities. Report of the Consultative Meeting, Ferney-Voltaire, France, 11–13December 2000. Em 23 de Janeiro de 2003. www.msh.org/seam.

WHO (World Health Organization), 2001. Bulletin of the World Health Organization. (79): 713-720. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization), 2003. Quality assurance of pharmaceuticals : a compendium of guidelines and related materials. Vol. 2 (including updates), Good manufacturing practices and inspection. – Updated ed. Geneva, Switzerland: WHO.

Yunes, J., 1999. Promoting Essential Drugs, Rational Drug Use and Generics: Brazil's National Drug Policy Leads the Way. *Essential Drugs Monitor*, 27:22-23.

Zerda, A., Velásquez, G., Tobar, F. & Vargas, J.E., 2001. Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos: estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala. Washington, D.C.: OPAS. p. 99.

Anexos

ANEXOS

Anexo I - Lei nº. 10.858, de 13 de Abril de 2004.



LEI Nº 10.858, DE 13 DE ABRIL DE 2004.

Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei trata da disponibilização de medicamentos pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, mediante ressarcimento, visando a assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais à saúde a baixo custo.

Parágrafo único. Além da autorização de que trata o **caput** deste artigo, a Fiocruz poderá disponibilizar medicamentos produzidos por laboratórios oficiais da União ou dos Estados, bem como medicamentos e outros insumos definidos como necessários para a atenção à saúde.

Art. 2º A Fiocruz entregará o respectivo medicamento mediante ressarcimento correspondente, tão-somente, aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação, para fins do disposto no art. 1º desta Lei.

Art. 3º Para os efeitos do disposto no parágrafo único do art. 1º desta Lei, a Fiocruz poderá firmar:

I – convênios com a União, com os Estados e com os Municípios; e

II – contratos de fornecimento com produtores de medicamentos e outros insumos necessários para a atenção à saúde.

Art. 4º A Fiocruz poderá, sem prejuízo do disposto nesta Lei, disponibilizar medicamentos e outros insumos oriundos de sua produção a países com os quais o Brasil mantenha acordo internacional, nos termos de regulamento.

Art. 5º As ações de que trata esta Lei serão executadas sem prejuízo do abastecimento da rede pública nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de abril de 2004; 183ª da Independência e 116ª da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

Anexo II - Decreto nº. 5.0904, de 20de Maio de 2004.



DECRETO Nº 5.090, DE 20 DE MAIO DE 2004.

Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea "a", da Constituição, e tendo em vista o disposto na [Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004](#), e

Considerando a necessidade de implementar ações que promovam a universalização do acesso da população aos medicamentos;

Considerando que a meta de assegurar medicamentos básicos e essenciais à população envolve a disponibilização de medicamentos a baixo custo, para os cidadãos que são assistidos pela rede privada; e

Considerando a necessidade de proporcionar diminuição do impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar, ampliando o acesso aos tratamentos;

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído o Programa "Farmácia Popular do Brasil", que visa a disponibilização de medicamentos, nos termos da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, em municípios e regiões do território nacional.

§ 1º A disponibilização de medicamentos a que se refere o **caput** será efetivada em farmácias populares, por intermédio de convênios firmados com Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos, bem como em rede privada de farmácias e drogarias.

§ 2º Em se tratando de disponibilização por intermédio da rede privada de farmácia e drogarias, o preço do medicamento será subsidiado.

Art. 2º A Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ será a executora das ações inerentes à aquisição, estocagem, comercialização e dispensação dos medicamentos, podendo para tanto firmar convênios com a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sob a supervisão direta e imediata do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá firmar convênio com entidades públicas e privadas, visando à instalação e implantação de novos serviços de disponibilização de medicamentos e insumos, mediante ressarcimento, tão-somente, de seus custos de produção ou aquisição.

Art. 3º O rol de medicamentos a ser disponibilizado em decorrência da execução do Programa "Farmácia Popular do Brasil" será definido pelo Ministério da Saúde, considerando-se as evidências epidemiológicas e prevalências de doenças e agravos.

Art. 4º O Programa "Farmácia Popular do Brasil" será executado sem prejuízo do abastecimento da rede pública nacional do Sistema Único de Saúde - SUS.

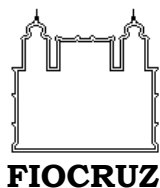
Art. 5º O Ministério da Saúde expedirá, no prazo de sessenta dias, a contar da data de publicação deste Decreto, normas complementares à implantação do Programa.

Art. 6º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 20 de maio de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Gastão Wagner de Sousa Campos

Anexo III - Carta de Solicitação de Permissão de Utilização das Instalações e Dados do Programa no Projeto de Pesquisa (Cópia)



**Ministério da Saúde-MS
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA-ENSP
Pós-Graduação em Saúde Pública**



**Escola Nacional
de Saúde Pública
Sérgio Arouca**

Rio de Janeiro, 05 de outubro de 2005

**A/C: Diretor do Programa Farmácia Popular do Brasil, Dr. Adilson Stólet
C/C: Gerente-Técnico do Programa Farmácia Popular do Brasil, Dr. Hayne Felipe da Silva
Assunto: Solicitação de autorização para realização de pesquisa**

Prezado Senhor Diretor:

Gostaríamos de solicitar a sua autorização para a realização da pesquisa de avaliação do grau de implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil, como parte do projeto de dissertação intitulado “Acesso a medicamentos e o modelo de co-pagamento: Uma análise sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.” de Rogério Luiz Ferreira, aluno de mestrado acadêmico em saúde pública – subárea de políticas públicas e saúde – da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz.

A referida pesquisa constará de estudos de casos com entrevistas a usuários em uma unidade-piloto (teste) na cidade do Rio de Janeiro e em duas unidades de observação, uma no Rio de Janeiro-RJ e outra em Sobradinho-DF. Também serão utilizados dados técnicos e administrativos do programa, bem como a avaliação de aspectos do processo de trabalho e de infraestrutura.

Igualmente, informamos que o aluno está sendo orientado pelas Dr^a Maria Auxiliadora Oliveira e Dr^a Vera Lúcia Luiza, pesquisadoras do Núcleo de Assistência Farmacêutica da ENSP/FIOCRUZ, Centro Colaborador da OPAS/OMS em Políticas Farmacêuticas.

Informamos também que o trabalho já foi aprovado pela banca de qualificação e após o parecer positivo da direção do programa, será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O trabalho já se encontra cadastrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP sob o código FR-072069, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Colocamo-nos à sua inteira disposição para quaisquer outras informações que sejam necessárias.

Atenciosamente,

Rogério Luiz Ferreira
Mestrando ENSP/FIOCRUZ

Vera Lúcia Luiza
Pesquisadora do NAF/ENSP/FIOCRUZ



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS
DIRETORIA DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

Ofício nº 289 DFPF/SCTIE/MS

Brasília, 27 de outubro de 2005.

Ao Senhor
ROGÉRIO LUIZ FERREIRA
Mestrando da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP

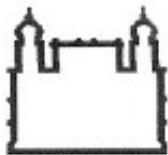
Em atenção a sua solicitação, autorizo o acesso às unidades do Programa Farmácia Popular do Brasil a fim de realizar pesquisa de avaliação, como parte do seu projeto de dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Stolet', is written over the printed name.

ADILSON STOLET
Diretor do Programa Farmácia Popular do Brasil

Anexo V - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Cópia)



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 10 de abril de 2006.

Parecer N° 115/05
CAAE: 0164.0.031.000-05

Título do Projeto: "Acesso a Medicamentos e o Modelo de Co-Pagamento: Uma Análise sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil"

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisador Responsável: Rogério Luiz Ferreira

Orientadora: Maria Auxiliadora Oliveira & Vera Lúcia Luiza

Instituição onde se realizará: 2 Unidades de Atendimento ao Público da Farmácia Popular do Brasil: (1) Praça XV, no Rio de Janeiro e (2) Sobradinho, no DF

Tipo do projeto: Projeto de Dissertação de Mestrado em Saúde Pública /ENSP

Data de qualificação: 23 / 09 / 2005

Data de recebimento no CEP-ENSP: 27 / 10 / 2005

Data de apreciação: 09 / 11 / 2005

O projeto "Acesso a Medicamentos e o Modelo de Co-Pagamento: Uma Análise sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil", do pesquisador Rogério Luiz Ferreira foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e considerado aprovado.

Parecer do CEP: Aprovado



PROF. SERGIO REGO
Coordenador do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEPI/ENSP

Anexo VI - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Cópia)



Ministério da Saúde-MS
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA-ENSP
Núcleo de Assistência Farmacêutica



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Acesso a medicamentos e o modelo de co-pagamento: Uma análise sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.” Você foi selecionado aleatoriamente e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição e nem irá ter qualquer influência em futuras utilizações do programa.

O objetivo deste estudo é avaliar os resultados do Programa Farmácia Popular do Brasil em termos do acesso do ponto de vista dos clientes.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário contendo perguntas referentes ao(à) senhor(a), não havendo nenhum risco relacionado com a sua participação. Os benefícios relacionados com a sua participação são a melhoria do programa e do atendimento aos seus usuários.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, não sendo coletadas informações completas que possam identificá-lo (endereço completo, nome completo, número de documento, etc). Sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) pode interromper a entrevista mesmo depois de ter concordado em participar. O(a) senhor(a) tem a liberdade para não responder a qualquer pergunta.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

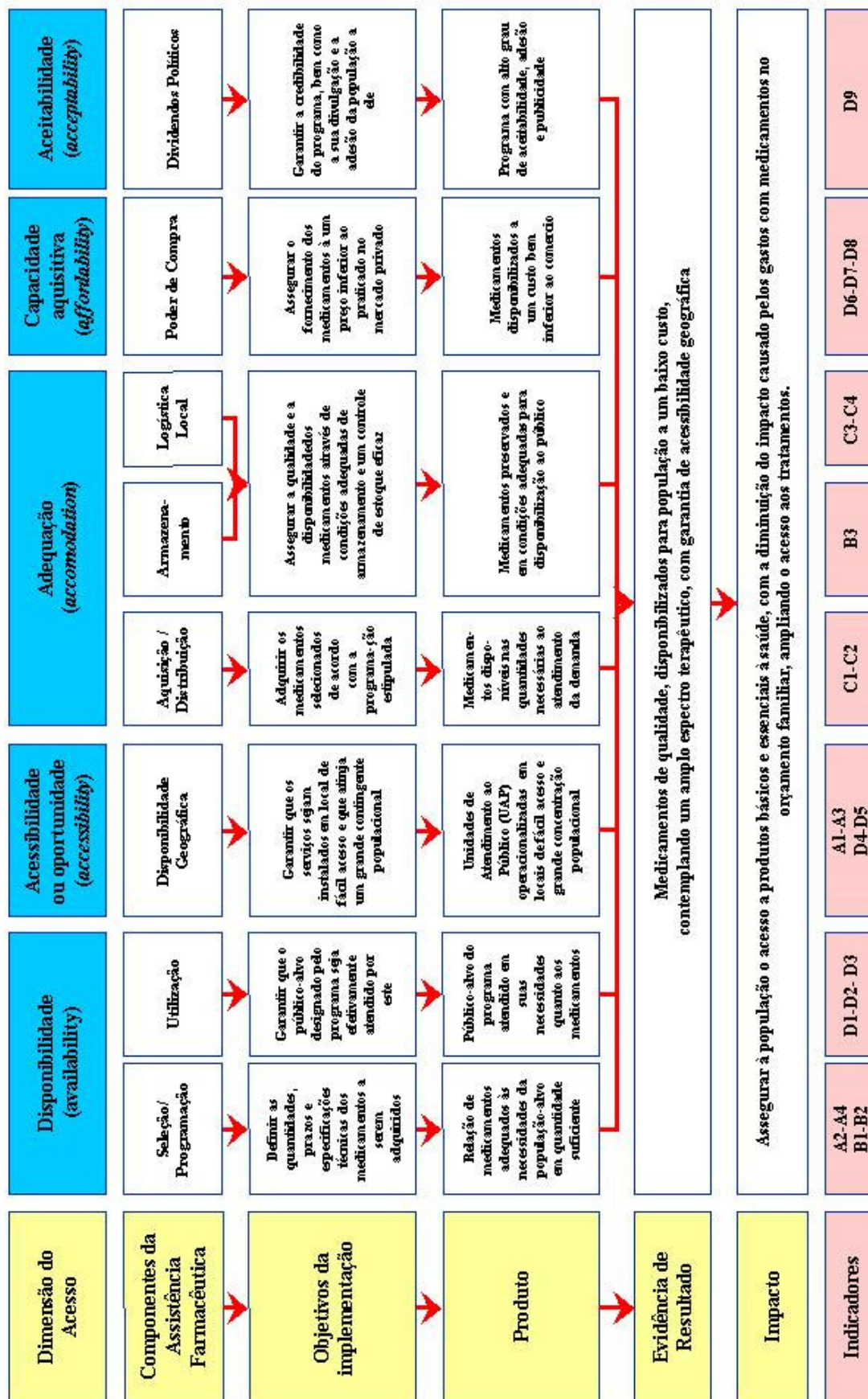
Rogério Luiz Ferreira - Pesquisador

Núcleo de Assistência Farmacêutica
Av. Brasil, 4036 sl 916 – Manguinhos
Rio de Janeiro/RJ CEP 21040-361
Rio: (21) 3882-9023 / Fax: (21) 2260-1652
(contato: Dr^a Vera Lúcia Luiza)
Brasília: (61) 3448-1497 / Fax: (61) 3448-1213
(contato: Rogério Luiz Ferreira)

_____/_____/_____
Entrevistado **Data**

Comitê de Ética em Pesquisa/CEP – Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP – Fiocruz/MS
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210
Tel e Fax - (21) 2598-2863 e-mail : cep@ensp.fiocruz.br / home page: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Anexo VII -: Modelo Lógico do Programa Farmácia Popular do Brasil (Figura 4)



Anexo VIII - Descrição dos indicadores

A. INFORMAÇÕES GERAIS

Dados Gerais do Programa Farmácia Popular do Brasil

A1: Número médio de atendimentos diários por unidade do programa

1. Objetivo: Descrever o fluxo de pessoas atendidas pelo programa diariamente.
2. Definição: Considera o número médio de atendimentos por dia, realizados nas UAPs
3. Método de Cálculo: Média mensal do número total de atendimentos/dia, nas UAPs
4. Padrão: Informativo
5. Fonte: Banco de dados do FPB

A2: Número médio de unidades de medicamentos vendidas, por Unidade de Atendimento ao Público do programa (UAP)

1. Objetivo: Descrever o volume de vendas de cada unidade, definindo o seu perfil
2. Definição: Considera o número médio total de produtos vendidos durante o período de um mês, em cada unidade (UAP). Considera-se como uma unidade do produto, a mínima unidade fracionada para venda
3. Método de Cálculo: número total de unidades de medicamentos vendidas, em um mês, em cada unidade avaliada
4. Padrão: Informativo
5. Fonte: Banco de dados do FPB

A3: Número de Unidades de Atendimento ao Público (UAP) em funcionamento, por Unidade Federativa e por Macrorregião

1. Objetivo: Descrever o número de unidades criadas para o atendimento ao público, por unidade federativa e macrorregião.
2. Definição: Considera o número de UAPs que estejam em funcionamento, por unidade federativa e por macrorregião.
3. Método de Cálculo: Dispensa cálculo
4. Padrão: Informativo
5. Fonte: Banco de dados do FPB

A4: Total de classes terapêuticas comercializadas nas UAPs

1. Objetivo: Descrever o número absoluto classes terapêuticas de medicamentos disponibilizadas, nas unidades do programa
2. Definição: Considera o número total de classes terapêuticas que estão disponíveis ao público nas UAPs.
3. Método de Cálculo: Classificar todos os produtos comercializados na FPB por classes terapêuticas, utilizando como índice o segundo nível de classificação da RENAME/02.
4. Padrão: Informativo
5. Fonte: Banco de dados do FPB

B. ESTRUTURA

Seleção e Programação

B1: Porcentagem de medicamentos do FPB que pertencem à RENAME/02.

1. Objetivo: Avaliar os procedimentos de seleção de medicamentos do FPB e a disposição do Governo para racionalizar o sistema de fornecimento de medicamentos no FPB
2. Definição: Porcentagem de medicamentos do FPB que pertencem à RENAME/02.
3. Método de Cálculo:

$$K = \frac{NMCR \times 100}{NMPFPB}, \text{ onde}$$

NMCR = Número de medicamentos do FPB que constam da RENAME/02

NMPFPB = Número total de medicamentos do FPB

4. Padrão: 100%

5. Fontes: Lista de medicamentos que compõem o FPB e a RENAME/02.

B2: Percentual de prescrições que tiveram ao menos um item não adquirido por não constar da relação do FPB.

1. Objetivo: Avaliar os procedimentos de seleção de medicamentos do FPB face à necessidade terapêutica da população-alvo do programa.
2. Definição: Porcentagem de medicamentos prescritos que não são contemplados pelo elenco do FPB.
3. Método de Cálculo:

$$K = \left(\frac{x_n}{y_n} \right) \times 100$$

onde:

x= Número de receitas aviadas com itens não atendidos

y= Número total de receitas aviadas

4. Padrão: <20%

5. Fontes: Consulta aos receituários dos usuários, através de entrevistas nas UAPs

Armazenamento

B3: Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do FPB nas Unidades de Atendimento ao Público (UAP)

1. Objetivo: Avaliar a logística de medicamentos no FPB e se o local destinado ao armazenamento destes medicamentos cumpre os critérios mínimos da legislação em vigor.
2. Definição: Porcentagem de critérios de adequação do local de armazenagem observados. Para este estudo foi utilizado um questionário desenvolvido com base no questionário adaptado do formulário nº. 15, utilizado no Estudo da Situação Farmacêutica Nacional, versão em Espanhol (OMS, 2003).
3. Método de Cálculo:

$$K = \left(\frac{x}{y}\right) \times 100, \text{ onde}$$

X = Número de itens de boas práticas de armazenagem positivos

Y = Número de itens de boas práticas de armazenagem analisados

Este é um indicador composto. O item “A” considera a área de armazenagem, enquanto que o item “B” considera a área de dispensação. O cálculo final do indicador é dado pela média destes dois sub-indicadores.

$$B3 = \left(\frac{B3a + B3b}{2}\right)$$

4. Padrão: >80%

5. Fontes: A informação é obtida através de visita às áreas de armazenagem/estocagem dos medicamentos nas UAPs.

C. PROCESSO

Aquisição/Distribuição

C1: Porcentagem média de medicamentos disponíveis em estoque nas UAPs.

1. Objetivo: Avaliar a disponibilidade de medicamentos no FPB e a efetividade dos sistemas de obtenção e distribuição em cumprir sua missão básica que é tornar os medicamentos disponíveis nas UAPs.
2. Definição: Um medicamento é considerado disponível se, ao menos uma unidade do produto, dentro do prazo de validade, encontra-se em estoque. Quando o medicamento perde a validade ele está impróprio para uso em quase todas as situações, por isso, ele não pode ser contado como disponível. Foram ainda considerados como indisponíveis, os medicamentos que não apresentavam registro de validade em sua. Para o cálculo desse indicador foram contabilizados os medicamentos-traçadores definidos.
3. Método de Cálculo: Dividir o número de medicamentos-traçadores com ao menos uma unidade em estoque pelo número total de medicamentos-traçadores avaliados na unidade (x100)

$$K = \left(\frac{x}{y^*}\right) \times 100, \text{ onde}$$

X = Número de medicamentos disponíveis

Y = Número total de medicamentos

*Desde que dentro do prazo de validade.

4. Padrão: 100%

5. Fontes: Consulta aos estoques locais das UAPs.

C2: Porcentagem de tempo de desabastecimento para os medicamentos no nível local (UAPs)

1. Objetivo: Avaliar a logística de medicamentos no FPB e a capacidade do sistema de obtenção e distribuição em manter um suprimento constante de medicamentos.

2. Definição: Porcentagem de tempo de desabastecimento é definido como a porcentagem de dias em que o medicamento esteve fora de estoque a contar do início do FPB. Tempo de desabastecimento é definido como o número de dias em que um produto não esteve presente no almoxarifado regional ou local a contar do início do recebimento do FPB. Para ser considerado desabastecido é necessário que não exista uma unidade do medicamento dentro da validade, em estoque. Se mesmo quantidades pequenas de um produto, dentro do prazo de validade, estiverem em estoque, o medicamento deve ser contado como em estoque.

3. Método de Cálculo:

$$K = \left(\frac{x}{Z \times n}\right) \times 100, \text{ onde}$$

X = Número total de dias de desabastecimento para todos os medicamentos.

Z = Número total de medicamentos normalmente estocados.

n = Número de dias decorrentes entre a primeira entrega do FPB e o dia da visita

4. Padrão: < 5%

5. Fontes: Registros de inventário e contagem de estoque para os medicamentos indicadores nas UAPs

Logística Local

C3: Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido na UAPs

1. Objetivo: Avaliar a logística de medicamentos no FPB e a efetividade da administração do estoque de medicamentos em diferentes níveis. Se os medicamentos não são adequadamente estocados e registrados e se os procedimentos de controle de validade não são respeitados, o número de medicamentos vencidos pode ser significativo. A presença de medicamentos vencidos é um bom indicador de deficiências na administração.

2. Definição: Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido, em relação ao total de medicamentos estocados. Os prazos de validade são comumente escritos claramente nas caixas de medicamentos.

3. Método de Cálculo:

$$K = \left(\frac{MTV}{MTT}\right) \times 100, \text{ onde:}$$

MTV - Número de medicamentos-traçadores com prazo de validade vencido

MTT - Número total de de medicamentos-traçadores

4. Padrão: O (Zero)

5. Fontes: UAPs.

D – EFEITO

Utilização

D1: Percentual de receitas médicas oriundas do SUS

1. Objetivo: Avaliar o percentual da população que acessa o FPB, oriunda do SUS.

2. Definição: Este indicador considera o número de usuários do FPB, originados de atendimento no SUS. Conceitualmente, o programa deveria atender a população que é atendida pelos estabelecimentos privados e públicos não-estatais, já que os usuários do SUS deveriam obter os medicamentos, gratuitamente, junto às unidades de saúde.

Método de Cálculo:

$$K = \left(\frac{x}{y}\right) \times 100, \text{ onde}$$

x = Número de receitas médicas oriundas do SUS

y = Número total de receitas médicas aviadas na FPB

4. Padrão: Informativo

5. Fonte: Coleta de dados em entrevistas com o usuário

D2: Percentual de receitas médicas oriundas do SUS que não foram aviadas em sua origem devido à falta de medicamentos nesta

1. Objetivo: Avaliar o percentual da população que acessa o FPB, oriunda do SUS, devido à ausência de medicamento nas unidades de atendimento

2. Definição: Este indicador considera o número de usuários do FPB, originados de atendimento no SUS, que não conseguem receber os medicamentos gratuitamente em suas unidades de atendimento. Conceitualmente, o programa deveria atender a população que é atendida em estabelecimentos privados não-públicos, e não as do SUS, já que esta deveria obter os medicamentos, gratuitamente, junto às unidades de saúde.

3. Método de Cálculo:

$$K = \left(\frac{x}{y}\right) \times 100, \text{ onde}$$

x = Número de receitas médicas oriundas do SUS que não foram aviadas em sua origem devido à falta de medicamentos nesta

y = Número total de receitas médicas oriundas do SUS aviadas na FPB

4. Padrão: Informativo

5. Fonte: Coleta de dados em entrevistas com o usuário

D3: Porcentagem de medicamentos do FPB atendidos.

1. Objetivo: Medir o grau em que o FPB é capaz de fornecer os medicamentos do FPB que são prescritos.

2. Definição: Porcentagem de medicamentos do receituário que são atendidos na UAP do FPB, em relação ao total de medicamentos prescritos no receituário. Este indicador é útil para determinar se a disponibilidade dos medicamentos do FPB nas UAPS possibilita o real atendimento das prescrições

3. Método de Cálculo:

$$K = \left(\frac{x}{y}\right) \times 100, \text{ onde}$$

x = Número de medicamentos prescritos no receituário atendidos no FPB

y = Número total de medicamentos prescritos nas receitas médicas aviadas na FPB

4. Padrão: >90%

5. Fontes: Coleta de dados em entrevistas com o usuário. O numerador e o denominador são obtidos através de pesquisa em uma amostra de prescrições nas UAPs.

Acessibilidade Geográfica

D4: Tempo médio de deslocamento do paciente casa/trabalho – farmácia (ida+volta)

1. Objetivo: Avaliar o tempo médio gasto, pelo usuário, com o deslocamento para a compra do medicamento

2. Definição: Tempo, em minutos, do deslocamento de ida e volta do usuário do programa, a partir de casa ou do trabalho. Considerou-se 60 minutos (01 hora) como tempo aceitável a ser gasto no deslocamento entre o local de origem e a FPB, ida mais a volta.

3. Método de Cálculo: Percentual de usuários que gasta 60 minutos ou menos no trajeto.

4. Padrão: > 80%

5. Fonte: Entrevistas com usuários nas UAPs.

D5: Custo do deslocamento para a compra do medicamento

1. Objetivo: Avaliar o gasto médio do usuário, com o deslocamento para a compra do medicamento.
2. Definição: É o valor, em Reais (R\$), gasto com o deslocamento, ida e volta, do usuário até a UAP mais próxima de sua residência ou trabalho.
3. Método de Cálculo:

$$K = \left(\frac{x}{y}\right) \times 100, \text{ onde}$$

X= Percentual de usuários que gasta até R\$ 4,00 com o deslocamento de ida+volta (Duas passagens de ônibus)

Y=Número total de usuários entrevistados

4. Padrão: > 90%
5. Fonte: Entrevistas com usuários nas UAPs

Poder de Compra

D6: Preço médio do custo do tratamento em relação ao tratamento no setor privado

1. Objetivo: Avaliar os custo do tratamento, ao consumidor, com a utilização dos medicamentos disponibilizados no FPB
2. Definição: O custo dos medicamentos é uma das dimensões de seu acesso e um dos principais empecilhos a sua aquisição. Quanto menor for o seu custo, maior a possibilidade de conclusão do tratamento. Sendo os medicamentos uma das práticas terapêuticas mais recorrentes, a não-acessibilidade a ele pode comprometer todo o tratamento.
3. Método de Cálculo:

$$K = \left(\frac{CTFPB}{CTSP}\right) \times 100, \text{ onde}$$

CTFPB – Custo do tratamento no FPB

CTSP - Custo do tratamento no setor privado (considerando os medicamentos de referência)

Este é um indicador composto. Os itens “A”, “B” e “C” consideram três tratamentos-padrão preconizados para enfermidades crônicas. O cálculo final do indicador é dado pela média destes três sub-indicadores.

$$D6 = \left(\frac{D6a + D6b + D6c}{3}\right)$$

4. Padrão: <60% (considerando-se a redução dos medicamentos genéricos, que é de 35%)
5. Fonte: Consulta aos receituários dos usuários, através de entrevistas com usuários nas UAPs

D7: Diferença média percentual entre os preços de compra obtidos na FPB e os praticados no setor privado

1. Objetivo: Avaliar se o FPB fornece medicamento a custos inferiores ao praticado no mercado privado
2. Definição: Comparar os preços de medicamentos-traçadores, no FPB e no mercado privado (utilizando o preço do medicamento de referência e do genérico de menor preço)
3. Método de Cálculo:

$$K = \left[100 - \left(\frac{x}{y} \right) \times 100 \right], \text{ onde}$$

X=Preço do medicamento traçador no FPB

Y=Preço do medicamento referência ou do genérico de menor preço

Diferença percentual: Quanto maior o percentual, maior a redução do preço no FPB em relação ao mercado privado

Este é um indicador composto. O item “A” considera a redução em relação ao medicamento de referência, enquanto que o item “B” considera a redução em relação ao medicamento genérico disponível mais barato. O cálculo final do indicador é dado pela média destes dois sub-indicadores.

$$D7 = \left(\frac{D7a + D7b}{2} \right)$$

4. Padrão: >70%

5. Fonte: Lista de preços do FPB e Revista ABCFarma (faixa de ICMS de 17%)

D8: Percentual de itens do receituário que não foram comprados devido ao custo

1. Objetivo: Avaliar se a redução de preços praticada pelo FPB é suficiente para permitir a efetivação do tratamento preconizado
2. Definição: Este indicador verifica se, ao ser atendido pelo programa, o paciente possui a capacidade aquisitiva suficiente para a aquisição de todos os medicamentos necessários ao seu tratamento.
3. Método de Cálculo:

$$K = \left(\frac{x}{y} \right) \times 100, \text{ onde:}$$

x= Número de receitas com itens não atendidos devido ao preço

y= Número de receitas com, pelo menos, um item não atendido

4. Padrão: <10%

5. Fonte: Consulta aos receituários dos usuários, através de entrevistas com usuários nas UAPs

Dividendos Políticos

D9: Porcentagem de usuários que aprovam o FPB.

1. Objetivo: Avaliar se a efetivação do FPB para os usuários ocorreu de forma satisfatória e se o Governo Federal alcançou dividendos políticos com o programa
2. Definição: Porcentagem de usuários entrevistados que aprova o FPB.
3. Método de Cálculo:

$$K = \left(\frac{x}{y}\right) \times 100, \text{ onde:}$$

x = Número de usuários entrevistados que aprova o FPB

y = Número total de usuários entrevistados

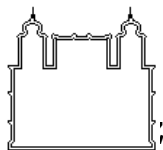
Este é um indicador composto. O item “A” considera a nota dada pelo usuário em relação ao programa.. O sub-item “B” se refere ao percentual de usuários que recomenda o programa à outras pessoas. Já o sub-item “C” considera a possibilidade de retorno do usuário ao programa. O cálculo final do indicador é dado pela média destes três sub-indicadores.

$$D9 = \left(\frac{D9a + D9b + D9c}{3}\right)$$

4. Padrão:

- D9a: >70% (notas iguais ou maiores que sete).
- D9b: >80%.
- D9c: > 80.

6. Fonte: Entrevistas com usuários nas UAPs



Ministério da Saúde-MS
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA-ENSP
Pós-Graduação em Saúde Pública



Estudo de Análise do Grau de Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil – FPB

MANUAL DO ENTREVISTADOR¹²

Este manual foi elaborado para auxiliar a realização correta e sistemática das várias fases da entrevista. O manual descreve procedimentos padronizados que devem ser seguidos no contato com os participantes, ao fazer as perguntas e registrar os dados. A leitura atenta deste texto, seu uso como referência e a re-leitura periódica podem ajudá-lo em vários aspectos, inclusive corrigindo erros.

1 - O ESTUDO

Em 2004, o Governo brasileiro lançou um programa de ampliação do acesso aos medicamentos denominado *Programa Farmácia Popular do Brasil* (FPB). O programa Farmácia Popular do Brasil tem como um dos seus principais objetivos a ampliação do acesso da população aos medicamentos básicos e essenciais, diminuindo, assim, o impacto do preço dos remédios no orçamento familiar. Este programa apresenta como objetivos específicos (MS, 2005):

- Possibilitar a aquisição de medicamentos a baixo custo na Farmácia Popular, repercutindo em melhoria das condições de saúde da população alvo.
- Disponibilizar um elenco de medicamentos, estabelecido com base em evidências científicas e epidemiológicas que indicam sua aplicação segura e eficaz no tratamento das doenças e agravos prevalentes na população do país. Esse elenco poderá apresentar diferenças em decorrência de características próprias das diferentes regiões do país.

¹² Adaptado de Cosendey, M.A.E., 2000. Análise da implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro:ENSP/Fiocruz.

-
- Priorizar a aquisição dos medicamentos para o Programa dos Laboratórios Farmacêuticos Públicos, pertencentes à União, Estados e Municípios.
 - Disponibilização prioritária de medicamentos genéricos, sempre que disponíveis no mercado.
 - Avaliar o impacto do programa através de indicadores epidemiológicos;

O objetivo deste estudo é avaliar o Programa Farmácia Popular do Brasil em relação aos seus objetivos e à sua efetividade.

Para tanto, serão entrevistados usuários do programa nas Unidades de Atendimento ao Público (UAP), onde são dispensados os medicamentos do FPB.

2 - SOBRE O SEU TRABALHO E A GARANTIA DE QUALIDADE

Você sabe que o seu papel é fundamental neste estudo, uma vez que está em suas mãos obter dados de alta qualidade através da aplicação de entrevistas padronizadas. É importante também que, na medida do possível, possamos padronizar ao máximo os procedimentos no trabalho de campo, no que se refere ao modo de fazer as perguntas e de registrar as respostas.

3 - RECOMENDAÇÕES GERAIS

Para que os trabalhos transcorram sem problemas entre nós e os funcionários dos locais visitados são importantes compreender que, embora estejamos autorizados a utilizar as instalações das unidades básicas de saúde, a pesquisa é independente das atividades habituais dos funcionários e da clientela usuária. Por isso, é recomendável:

- Colaborar com os profissionais, resguardando os limites de competência da pesquisa. Não devemos, por exemplo, nos comprometer a resolver problemas trazidos pelos entrevistados e que dizem respeito às atividades de rotina dos locais visitados.
- Não interferir ou opinar sobre as rotinas desenvolvidas nos locais visitados.
- Ficar atento para que as atividades do projeto não afetem a rotina dos locais visitados.

4 - O QUESTIONÁRIO

4.1. ESTRUTURA GERAL

O questionário está dividido em 2 níveis

-
- Nível Local – Unidades de Atendimento ao Público (Funcionários)
 - Nível Local - Unidades de Atendimento ao Público (Usuários)

4.2.TIPO DE PERGUNTA

A maioria das perguntas é fechada, permitindo que o entrevistado escolha apenas uma alternativa em alguns casos ou mais de uma resposta em outros. Outras abrem a possibilidade da categoria “outro”, que deve ser especificada. Algumas perguntas são abertas (ex: você tem alguma sugestão para o Programa Farmácia Popular do Brasil?)

4.3 - FORMATO

Todo o texto que deve ser lido para os entrevistados está em letras normais. As instruções para os entrevistadores que não devem ser lidas em voz alta, estão em negrito. Algumas perguntas que não são pertinentes são “puladas” (ex: fazer perguntas ao entrevistado sobre o FPB, se ele respondeu que não conhece este programa). Caso a resposta assinalada não seja do tipo “ir para”, vá sempre para a pergunta seguinte. Não salte perguntas ou modifique sua ordem.

5 - A ENTREVISTA

Inicialmente, o entrevistador deve apresentar-se dizendo seu nome e explicando o motivo da entrevista da seguinte forma:

5.1 - Unidades de Atendimento ao Público (UAP-Responsável Técnico-Administrativo)

Explicar que o estudo trata-se de uma pesquisa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, que pretende avaliar o Programa Farmácia Popular do Brasil. Para proceder a esta avaliação serão necessárias algumas informações gerais sobre as UAPs e a coleta de dados sobre a cobertura do programa e, posteriormente, sobre o seu impacto. Para tanto, é necessária a pesquisa em alguns documentos tais como: o movimento de estoque, as notas de entregas de medicamentos do programa, as fichas de estoque e de prateleira com o único objetivo de verificar se o elenco de

medicamentos do programa e seu quantitativo atendem às principais necessidades da população. Explicar ainda que esta visita já foi autorizada pelo Diretor do Programa. Solicitar em seguida sua autorização para realizar esta visita e as entrevistas aos usuários.

5.2- Unidades de Atendimento ao Público (UAP-Usuários)

Após a abordagem do usuário, explicar que o estudo trata-se de uma pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, que pretende avaliar o Programa Farmácia Popular do Brasil. Questioná-lo sobre o seu interesse e disponibilidade em participar da pesquisa. Caso a resposta seja negativa, agradecer o tempo dispensado. Em caso de resposta afirmativa, explicar que para proceder esta avaliação serão necessárias algumas informações gerais sobre os usuários do programa e a coleta de alguns dados. Para tanto, é necessário a realização de algumas perguntas, bem como a observação da receita médica do usuário. Explicar ainda que todas as informações são sigilosas e de forma alguma poderão vir a prejudicar ou restringir o atendimento do entrevistado no programa. Solicitar em seguida sua autorização para realizar esta entrevista e perguntar se ele dispõe de cerca de 5 -10 minutos para isso. Apresentar ou ler o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) preenchê-lo e solicitar a assinatura do mesmo pelo entrevistado.

As perguntas devem ser lidas como estão no questionário de modo a minimizar as variações entre os entrevistadores. As mesmas perguntas serão feitas a todos os entrevistados. Portanto, não deve haver improvisação no modo como as frases serão ditas. Às vezes, pequenas diferenças podem ter grande impacto nas respostas. Assim, fique atento contra mudança inadvertida das palavras, principalmente aquelas que se costumam acrescentar ao final da pergunta, em um esforço de explicar ou de tornar a conversa mais informal. O contrário também não deve acontecer, isto é, supressão de parte da pergunta. As respostas devem ser registradas de forma legível, sem rasuras, com caneta azul ou preta. Em caso de erro, cancelar com traço e escrever acima ou do lado a resposta correta.

As perguntas e as opções devem ser lidas em um ritmo pausado e lento. Pronuncie as palavras com clareza e procure certificar-se de que o entrevistado escutou a pergunta toda antes de responder. Para as perguntas fechadas, isto inclui todas as opções de resposta. Alguns entrevistados tendem a interromper. Nestes casos, explique que foi solicitado a você fazer a pergunta completa. Mantenha um tom de voz neutro, de modo a não influenciar a resposta. Isto significa não expressar surpresa, prazer ou desaprovação a qualquer resposta ou comentário do entrevistado. Nas frases introdutórias, entretanto, uma entonação segura

favorece possivelmente a resposta. Nunca sugira uma resposta, não dê sua opinião e não ofereça informação pessoal. Os comentários adicionais, mesmo quando sutis podem introduzir vies. Mas, um tom de voz neutro não tem que ser monótono ou rígido. A entrevista deve ser realizada em uma atmosfera relaxada e informal. Evite dar a impressão de interrogatório. Estude as perguntas até se sentir familiarizado com elas, de forma a poder realmente perguntar e não apenas ler as perguntas.

Sua atitude deve ser de simpatia e compreensão. Se necessário reforce a idéia de que não há respostas certas ou erradas. Mantenha o entrevistado no tema. Se necessário, seja firme e use comentários como: “Nós podemos conversar sobre isto ao final, mas agora eu gostaria de continuar” ou “Vou perguntar sobre isso daqui a pouco” ou então “Vamos já daqui a pouco neste tipo de pergunta”. Se o entrevistado mostrar sinais de cansaço ou impaciência, procurar encorajá-lo a continuar dizendo como é importante que a entrevista seja completada.

Usualmente, a primeira reação significativa a uma pergunta é a importante ou verdadeira. Registre entre parênteses qualquer mudança na resposta a uma questão anterior. Quando respostas do tipo “sim” ou “não” são acompanhadas por comentários como “sim, mas ...” ou “sim, se ...” registre os comentários da forma como foram feitos.

Às vezes, a resposta a uma pergunta foi dada, porém nos parece inadequada. Para saber se uma resposta é inadequada é preciso conhecer o objetivo de cada questão. Uma primeira resposta é eventualmente inadequada porque:

- é uma resposta parcial e, portanto, incompleta;
- é irrelevante e diz respeito a alguma coisa que está fora do objetivo da pergunta;
- não está clara, pois pode ter vários significados;
- é inconsistente e conflitante com outra informação fornecida.

A qualidade da entrevista depende, em grande parte, da habilidade do entrevistador em conseguir as informações necessárias. Isto deve ser feito tão uniformemente quanto possível por todos os entrevistados e de modo planejado. Trata-se de um desafio, pois é possível que se introduzam distorções. Pressionado pela situação da entrevista, o entrevistador pode dar a entender, inadvertidamente, que há respostas mais aceitáveis que outras. Não se deve dar exemplos ao entrevistado para não correr este risco. Não se deve tentar interpretar dizendo, por exemplo "então isso quer dizer...". Às vezes uma resposta pode ser sugerida inconscientemente, pela mera inflexão da voz.

Algumas técnicas para estimular uma resposta mais clara devem aparecer de modo natural e casual na conversação. Elas exigem que se reconheça de imediato que a resposta não conseguiu atingir o objetivo da questão. São elas:

- *Repetir a questão* - quando o entrevistado parece não ter compreendido a questão, interpretou erroneamente, parece incapaz de se decidir ou se perdeu, é sempre útil repetir a pergunta do mesmo modo como está escrito no questionário. Muitos entrevistados ao ouvirem a pergunta pela segunda vez captam qual o tipo de resposta desejada. Na segunda vez que se lê a pergunta, você deve ler a pergunta toda de forma que haja o mesmo estímulo que nas outras entrevistas. Se o entrevistado não escolher uma resposta a partir da lista oferecida em uma questão fechada, você deve repetir a pergunta e a lista completa de respostas. Antes de fazer isto, entretanto, explique que escolher uma resposta é a maneira de responder.
- *Ofereça uma breve demonstração de atenção e interesse*, do tipo: "eu entendo", "sim", "isto é interessante". Desta forma você mostra que ouviu a resposta, que está interessada e que espera mais. Isto o estimulará a falar mais.
- *Repita a resposta do entrevistado*. Ouvir suas palavras ditas por outra pessoa estimula a pensar mais sobre o tema.
- Faça um comentário ou uma pergunta neutra do tipo "o que o Sr quer dizer com isto ?", "pode me explicar o que isto significa ?", "o que está mais próximo disto?", "fale mais sobre o assunto", "mais alguma coisa ?". Estas perguntas funcionam como um convite para conseguir mais informação.
- *Pareça confusa com a resposta dada*. Não se deve abusar deste recurso. Não se deve passar a impressão de que não se sabe quando uma resposta está adequadamente respondida. Esta abordagem é muito útil frente a uma resposta inconsistente com uma resposta anterior.

A opção "não sei" pode significar muitas coisas:

- Não compreendeu a pergunta e "não sei" é uma forma de evitar reconhecer este fato;
- Está pensando sobre a pergunta e "não sei" é uma forma de ganhar tempo para pensar;
- Pode estar querendo fugir da resposta porque pensa que vai responder erroneamente ou porque considera a pergunta constrangedora;
- Pode realmente não saber.

Nunca leia a opção "não sabe informar". Não registre esta opção muito rapidamente. A frase pode ser apenas uma introdução para uma resposta; dê ao entrevistado tempo para

pensar. As técnicas apresentadas no item anterior podem ser úteis para assegurar que o entrevistado realmente não sabe informar o que está sendo perguntado.

Não explique termos além do que já está previsto no questionário. Diga ao entrevistado que tal termo quer dizer aquilo que ele considera que significa.

Não faça cálculos pelo entrevistado, ajude-o a fazer, se necessário.

6 - REGISTRO E CORREÇÃO DE INFORMAÇÕES

Registre a resposta imediatamente após ter sido dada.

Nas perguntas fechadas assinale com o número correspondente a opção escolhida no local apropriado . Algumas vezes as perguntas fechadas incluem uma opção do tipo "outro. Especificar _____". Assinale com o número e preencha com letra legível e sem abreviar a resposta dada, do modo como tiver sido expressa pelo entrevistado, com suas (dele) próprias palavras. Proceda do mesmo modo com as perguntas abertas.

Se uma resposta for marcada erroneamente, cubra-a com traços horizontais (-----) e assinale a resposta correta. Proceda do mesmo modo nas perguntas abertas e na alternativa "outros. Especificar _____".

7 - APÓS COMPLETAR A ENTREVISTA

Agradeça a cooperação e o tempo gasto e despeça-se.

Ao final, o questionário deve ser revisto, para verificar se todos os itens foram preenchidos adequadamente, veja se não faltaram perguntas para serem respondidas, se as anotações estão claras, a consistência das respostas, as perguntas "puladas" e a legibilidade dos registros. Se observar alguma falta que possa ser suprida pelo entrevistado, tente encontrá-lo ainda antes de se retirar do local da entrevista.

Lembre-se que todas as informações são confidenciais. Não fale sobre os detalhes das entrevistas ou faça comentários particulares, sobretudo nas dependências dos locais visitados.

Anexo X - Questionário de avaliação da dos usuários do Programa Farmácia Popular do Brasil



Ministério da Saúde - MS
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA-ENSP
Núcleo de Assistência Farmacêutica - NAF



Avaliação do Programa Farmácia Popular do Brasil - Usuário

Local: Rio de Janeiro/RJ

Unidade: Pç XV

Data: ____ / ____ / ____

Horário: ____ : ____ h

Nº do Questionário: _____

Avaliador: _____

Nº	Pergunta	x	Opções
Informações Gerais do Cliente			
1	O(a) senhor(a) está comprando medicamentos para seu uso ou para outra pessoa usar?		1 - Para mim mesmo 2 - Para outras pessoas 3 - Para mim e para outras pessoas
2	Qual a cidade onde o (a) senhor(a) mora?		1-Rio de Janeiro 2 -Niterói/São Gonçalo/Itaboraí 3-Caxias/Nova Iguaçu/ S.J. Meriti/Nilópolis/V.Telles/B. Roxo 4 – Petrópolis/Teresópolis 5 – Cabo Frio/A. Cabo/ Araruama/SP Aldeia/Macaé 6 - Magé/Guapimirim 7- Itaguaí/Seropédica 8 - Outros: Especifique -
3	Se mora no Rio de Janeiro, em qual bairro?		<u>Especifique:</u>
4	Sexo masculino ou feminino?		1 - Masculino 2 - Feminino
5	Qual a sua idade?		1 - menos de 18 anos 2 - entre 18 e 25 anos 3 - entre 26 e 35 anos 4 - entre 36 e 45 anos 5 - entre 46 e 55 anos 6 - entre 56 e 65 anos 7 - mais de 65 anos
6	Qual é o seu grau de instrução?		1 – Não Estudou/Primário Incompleto 2- Primário Completo/Ginásio Inc. 3- Ginásio Completo/2o Grau Inc. 4 - 2o Grau Completo/ Superior Incompleto 5 - Superior Completo 6 - Pós-graduação
7	Com que frequência o (a) senhor (a) costuma comprar medicamentos aqui, na Farmácia Popular do Brasil?		1- Nunca. Esta é a primeira vez 2 - Raramente 3 - Algumas Vezes 4 - Várias vezes 5 - Sempre
8	Como o(a) senhor(a) soube da Farmácia Popular do Brasil? (RM)	A	1 - Televisão 2 – Amigo / Familiar / Vizinho
		B	3 - Rádio 4 – Panfleto / Cartaz / Pôster
		C	5 - Jornal 6 - Outdoors 7 - Médico 8 – Passou em Frente 9 – Hospital / Posto de Saúde / Farmácia (menos o médico) 10 - Outros: Especifique -
Em Relação à Obtenção do Medicamento em Outros Locais			
9	O(a) senhor(a) tentou conseguir os medicamentos da sua receita em outro lugar antes de vir aqui? (RM)	A	1 - Não (vá para a pergunta 12) 2 - Centro de Saúde Privado 3 - Centro de Saúde de Entidade Religiosa (Igreja, centro, etc.) 4 - Posto de Saúde, Hospital, Farmácia ou Dispensário Públicos
		B	5 - Farmácia ou Drograria Privada 6 - Outro: Especifique:
10	Quantos medicamentos desta receita o(a) senhor(a) conseguiu receber ou comprar lá?		Dizer quantos
11	Qual a razão para o(a) senhor(a) não ter conseguido ou comprado todos os medicamentos no local em que foi antes? (RM)	A	1 - Os medicamentos estavam em falta 2 – Não trabalham com os medicamentos
		B	3 – Não tinha dinheiro suficiente 4 - Preço muito alto
		C	5 - Qualidade não confiável 6 - Outro motivo. Qual? _____



Ministério da Saúde - MS
 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA-ENSP
 Núcleo de Assistência Farmacêutica - NAF



Avaliação do Programa Farmácia Popular do Brasil - Usuário

Local: Sobradinho/DF	Unidade: Sobradinho
Data: ____ / ____ / ____	Horário: ____ : ____ h
Nº do Questionário: _____	Avaliador: _____

Nº	Pergunta	x	Opções
Informações Gerais do Cliente			
1	O(a) senhor(a) está comprando medicamentos para seu uso ou para outra pessoa usar?		1 - Para mim mesmo 2 - Para outras pessoas 3 - Para mim e para outras pessoas
2	Qual a cidade onde o(a) senhor(a) mora?		1-Sobradinho/Planaltina 2 - Brasília 3- N. Bandeirantes/Guará/Águas Claras 4-Taguatinga/Ceilândia/Brazlândia 5 – LagoSul-Norte/Paranoá 6 – Gama/Santa Maria 7- Samambaia /Riacho Fundo/Recanto das Emas 8 - Outros: Especifique -
3	Se mora em uma cidade fora do DF, qual?		<u>Especifique:</u> _____ UF: _____
4	Sexo masculino ou feminino?		1 - Masculino 2 - Feminino
5	Qual a sua idade?		1 - menos de 18 anos 5 - entre 46 e 55 anos 2 - entre 18 e 25 anos 6 - entre 56 e 65 anos 3 - entre 26 e 35 anos 7 - mais de 65 anos 4 - entre 36 e 45 anos
6	Qual é o seu grau de instrução?		1 – Não Estudou/Primário Incompleto 4 - 2o Grau Completo/ Superior Incompleto 2- Primário Completo/Ginásio Inc. 5 - Superior Completo 3- Ginásio Completo/2o Grau Inc. 6 - Pós-graduação
7	Com que frequência o (a) senhor (a) costuma comprar medicamentos aqui, na Farmácia Popular do Brasil?		1- Nunca. Esta é a primeira vez 4 - Várias vezes 2 - Raramente 5 - Sempre 3 - Algumas Vezes
8	Como o(a) senhor(a) soube da Farmácia Popular do Brasil? (RM)	A B C	1 - Televisão 5 - Jornal 2 – Amigo / Familiar / Vizinho 6 - Outdoors 3 - Rádio 7 - Médico 4 – Panfleto / Cartaz / Pôster 8 – Passou em Frente 9 – Hospital / Posto de Saúde / Farmácia (menos o médico) 10 - Outros: Especifique -
Em Relação à Obtenção do Medicamento em Outros Locais			
9	O(a) senhor(a) tentou conseguir os medicamentos da sua receita em outro lugar antes de vir aqui? (RM)	A B	1 - Não (vá para a pergunta 12) 2 - Centro de Saúde Privado 3 - Centro de Saúde de Entidade Religiosa (Igreja, centro, etc.) 4 - Posto de Saúde, Hospital, Farmácia ou Dispensário Públicos 5 - Farmácia ou Drograria Privada 6 - Outro: Especifique:
10	Quantos medicamentos desta receita o(a) senhor(a) conseguiu receber lá?		Dizer quantos
11	Qual a razão para o(a) senhor(a) não ter conseguido todos os medicamentos no local em que foi antes? (RM)	A B C	1 - Os medicamentos estavam em falta 2 – Não trabalham com os medicamentos 3 – Não tinha dinheiro suficiente 4 - Preço muito alto 5 - Qualidade não confiável 6 - Outro motivo. Qual? _____

Em Relação à Farmácia Popular do Brasil			
12	O(a) senhor(a) conseguiu comprar todos os medicamentos que precisava aqui na Farmácia Popular do Brasil?		1 - Sim (Vá para a pergunta 18) 2 - Não
13	Por que o (a) senhor (a) não conseguiu obter aqui todos os medicamentos que precisava? (RM)	A	1-Os medicamentos estavam em falta
		B	2-A farmácia Não trabalha com os medicamentos
		C	3 - Não tinha dinheiro suficiente 4 - Preço muito alto 5 - Qualidade não confiável 6 - Outro motivo. Qual? _____
14	Quantos medicamentos o(a) senhor(a) não comprou porque a farmácia não trabalha com eles?		Dizer quantos
15	Quantos medicamentos o(a) senhor(a) não comprou porque estavam em falta na farmácia?		Dizer quantos
16	Quantos medicamentos o(a) senhor(a) não comprou por causa do preço?		Dizer quantos
17	Quantos medicamentos o(a) senhor(a) não comprou porque não tinha dinheiro suficiente?		Dizer quantos
18	O(a) senhor(a) veio só para a farmácia ou tem outras coisas para fazer aqui por perto?		1 - Somente para usar a farmácia 2 - Aproveito a oportunidade, mas tenho outros afazeres aqui por perto
19	Quanto tempo o senhor leva, indo e voltando da sua casa ou trabalho (ou outro afazer) até a Farmácia Popular do Brasil?		1 - até 15 min 2- entre 15 e 30 min 3 - entre 30 e 45 min 4 - entre 45 min e 1 h 5 - entre 1h e 1 h e 30 min 6 - entre 1h 30 min e 2 h 7 - mais de 2 h
20	Qual o meio de transporte que o(a) senhor(a) utilizou para chegar até a farmácia? (RM)	A	1 - a pé 2 - ônibus 3 - trem 4 - metrô 5 - barca/catamarã/aerobarco 10 - Outros: Especifique -
		B	6 - Van/Kombi/lotação 7 - táxi 8 - veículo próprio 9 - bicicleta
		C	
21	Quanto o (a) senhor (a) gasta para chegar aqui?		1 - Nada 2 - menos de R\$ 4,00 3 - entre R\$ 4,00 e R\$ 8,00 4 - mais de R\$ 8,00
22	Quanto tempo o (a) senhor (a) levou para ser atendido (entre a entrada aqui e o fim do atendimento)?		1 - até 5 min 2- entre 5 e 15 min 3 - entre 15 e 30 min 4 - mais de 30 min

Em Relação à Receita Médica					
Realizar a seguinte pergunta: Agora, preciso de umas informações da sua receita. Posso olhar? (Solicitar a receita e a nota de compra para verificar)					
23	Qual a origem da receita?	A	1-Unidade pública de saúde		
		B	2-Rede conveniada ou hospital filantrópico		
		C	3-Rede privada (unidade privada ou consultório médico)		
24	Medicamento e Apresentação	Qtde Prescrita	Qtde Adquirida	Valor Total Pago (R\$)	Posologia Completa
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				

Em Relação à Percepção do Programa			
25	Como o (a) senhor (a) considera o atendimento na Farmácia Popular do Brasil?		1 – Ruim 2 - Regular 3 – Bom 4 – Muito bom
26	O (a) senhor (a) voltaria na Farmácia Popular do Brasil?		1 – Não 2 – Sim 3 – Talvez
27	Por quê? (RM)	A	1-Preço Alto 2 – Preço Baixo 6 – Falta de medicamentos 7- Existência de medicamentos
		B	3 – Localização da farmácia 8 – Boa qualidade dos medicamentos
		C	4 – Atendimento bom 5 – Atendimento ruim 9 – Má qualidade dos medicamentos 10 – Outros: Especifique -
28	O senhor (a) já recomendou ou recomendaria a Farmácia Popular do Brasil para outra pessoa?		1 – Sim (vá para a pergunta 29) 2 – Não (vá para a pergunta 30)
29	Por quê? (RM)	A	1 – Preço Baixo 2 – Tem os medicamentos
		B	3 – Boa qualidade dos medicamentos 4 – Boa localização da farmácia
		C	5 – Bom Atendimento 6- Atendimento Rápido
		D	7 – Outros: Especifique -
30	Por quê? (RM)	A	1 – Preço Alto 2 - Falta de medicamentos
		B	3 – Má qualidade dos medicamentos 4 – Má localização da farmácia
		C	5 – Mau Atendimento 6- Atendimento Demorado
		D	7 – Outros: Especifique -
31	Alguém em sua casa tem? (Marcar a quantidade)	A	A - Televisão em Cores
		B	B - Rádio
		C	C - Banheiro
		D	D - Automóvel
		E	E - Empregado Mensalista
		F	F - Aspirador de Pó
		G	G - Máquina de Lavar Roupa
		H	H - Videocassete ou DVD
		I	I - Geladeira
		J	J - Freezer (Aparelho separado ou geladeira duplex)
32	Em uma escala de 01 (hum) a 10 (dez), que nota o senhor(a) daria a Farmácia Popular do Brasil? (de uma forma geral)		Dizer qual a nota dada pelo entrevistado (1,2,3,4,5,6,7,8,9 ou 10)

Observações, opiniões, sugestões e críticas ao programa:

Anexo XI - Questionário de avaliação da estrutura e processos do Programa Farmácia Popular do Brasil



Ministério da Saúde-MS
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA-ENSP
Núcleo de Assistência Farmacêutica - NAF



Avaliação do Programa Farmácia Popular do Brasil – Estrutura e Processo

Local: Sobradinho/DF

Unidade: Sobradinho

Data: ____ / ____ / ____

Horário: ____ : ____ h

Nº do Questionário: _____

Avaliador: _____

Informações Gerais sobre as Condições Adequadas de Conservação e Manejo dos Medicamentos

Itens a serem Verificados	Depósito	Área de Dispensação	Legenda
Há um método no local para controlar a temperatura (p.ex., teto e telhado com espaço entre eles em climas quentes)?			0 - Não
			1 - Sim
Há janelas que podem ser abertas ou respiradouros?			0 - Não
			1 - Sim
Existem barreiras à entrada da luz solar direta sobre os medicamentos (p.ex., os vidros da janela estão pintados, há cortinas ou persianas, etc)?			0 - Não
			1 - Sim
A área está livre de umidade (p.ex., goteiras no telhado, teto, ralos, etc.)?			0 - Não
			1 - Sim
Os medicamentos são armazenados diretamente no chão?			0 - Não
			1 - Sim
Os medicamentos são armazenados junto às paredes?			0 - Não
			1 - Sim
Os medicamentos são armazenados de uma forma sistemática (ordem alfabética, sistema PEPS, etc.)?			0 - Não
			1 - Sim
Existe a evidência de insetos ou outras pragas no ambiente (ratos, baratas, moscas, etc.)?			0 - Não
			1 - Sim
As condições higiênicas gerais são adequadas?			0 - Não
			1 - Sim

Observações:

Informações Gerais sobre os Medicamentos

Medicamentos Principais para Tratar Condições Comuns			Existe em Estoque?	Nº de Medicamentos Vencidos em Estoque	Legenda
1	Albendazol 400mg	Comprimido mastigável			0 - Não 1 - Sim
	Mebendazol 100mg/5ml	Suspensão Oral			0 - Não 1 - Sim
	Mebendazol 100mg	Comprimido			0 - Não 1 - Sim
2	Amoxicilina Pediátrica 250mg/5ml	Pó p/ Suspensão Oral			0 - Não 1 - Sim
3	Atenolol 25mg	Comprimido			0 - Não 1 - Sim
4	Nistatina 25.000 UI	Creme Vaginal			0 - Não 1 - Sim
5	Ibuprofeno 300mg	Comprimido			0 - Não 1 - Sim
6	Metoclopramida (Cloridrato) 4mg/ml	Solução Oral			0 - Não 1 - Sim
	Metoclopramida (Cloridrato) 10mg/comp.	Comprimido			0 - Não 1 - Sim
7	Glibencamida 5mg	Comprimido			0 - Não 1 - Sim
8	Hidrocloro-tiazida 25mg	Comprimido			0 - Não 1 - Sim
9	Dexclorfenira-mina 2mg	Comprimido			0 - Não 1 - Sim
	Dexclorfeniramina 0,4mg	Solução Oral			0 - Não 1 - Sim
10	Metronidazol 250mg	Comprimido			0 - Não 1 - Sim
	Metronidazol 200mg/5ml	Suspensão Oral			0 - Não 1 - Sim
11	Paracetamol 500mg	Comprimido			0 - Não 1 - Sim
12	Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 UI	Pó p/Suspensão Injetável			0 - Não 1 - Sim
13	Ranitidina 150mg	Comprimido			0 - Não 1 - Sim
14	Salbutamol 2mg/5ml	Xarope			0 - Não 1 - Sim
15	Sulfato Ferroso 25mg/ml	Solução Oral			0 - Não 1 - Sim
	Sulfato Ferroso 40mg	Comprimido			0 - Não 1 - Sim

Informações Gerais sobre os Preços de Medicamentos

			Preço na FPB	Preço do Referência	Preço do Genérico Mais Barato
1	Albendazol 400mg	Comprimido mastigável			
	Mebendazol 100mg/5ml	Suspensão Oral			
	Mebendazol 100mg	Comprimido			
2	Amoxicilina Pediátrica 250mg/5ml	Pó p/ Suspensão Oral			
3	Atenolol 25mg	Comprimido			
4	Nistatina 25.000 UI	Creme Vaginal			
5	Ibuprofeno 300mg	Comprimido			
6	Metoclopramida (Cloridrato) 4mg/ml	Solução Oral			
	Metoclopramida (Cloridrato) 10mg/comp.	Comprimido			
7	Glibencamida 5mg	Comprimido			
8	Hidroclorotiazida 25mg	Comprimido			
9	Dexclorfeniramina 2mg	Comprimido			
	Dexclorfeniramina 0,4mg	Solução Oral			
10	Metronidazol 250mg	Comprimido			
	Metronidazol 200mg/5ml	Suspensão Oral			
11	Paracetamol 500mg	Comprimido			
12	Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 UI	Pó p/ Suspensão Injetável			
13	Ranitidina 150mg	Comprimido			
14	Salbutamol 2mg/5ml	Xarope			
15	Sulfato Ferroso 25mg/ml	Solução Oral			
	Sulfato Ferroso 40mg	Comprimido			

Observações:

Anexo XII - Relação dos medicamentos-traçadores utilizados.

Quadro 8. Relação dos medicamentos-traçadores utilizados

Nº	MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
01	Albendazol 400mg	Comprimido mastigável
02	Amoxicilina Pediátrica 250mg/5ml	Pó p/ Suspensão Oral
03	Atenolol 25mg	Comprimido
04	Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 UI	Pó p/ Suspensão Injetável
05	Dexclorfeniramina 0,4mg	Solução Oral
06	Dexclorfeniramina 2mg	Comprimido
07	Glibenclamida 5mg	Comprimido
08	Hidroclorotiazida 25mg	Comprimido
09	Ibuprofeno 300mg	Comprimido
10	Mebendazol 100mg	Comprimido
11	Mebendazol 100mg/5ml	Suspensão Oral
12	Metoclopramida (Cloridrato) 10mg	Comprimido
13	Metoclopramida (Cloridrato) 4mg/ml	Solução Oral
14	Metronidazol 200mg/5ml	Suspensão Oral
15	Metronidazol 250mg	Comprimido
16	Nistatina 25.000 UI	Creme Vaginal
17	Paracetamol 500mg	Comprimido
18	Ranitidina 150mg	Comprimido
19	Salbutamol 2mg/5ml	Xarope
20	Sulfato Ferroso 25mg/ml	Solução Oral
21	Sulfato Ferroso 40mg	Comprimido



Figura 6. Logotipo do Programa Farmácia Popular do Brasil

Anexo XIV - Lista Completa de Medicamentos do Programa, com Preço Unitário.

Quadro 9. Lista Completa de Medicamentos do Programa, com Preço Unitário.

It.	MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	UNIDADE DE CADASTRO	PREÇO PROPOSTO (R\$)
1	Acetato de medroxiprogesterona	150 mg/ml	Ampola	6,700
2	Aciclovir	200mg/comp.	Comprimido	0,280
3	Ácido Acetilsalicílico	500mg/comp.	Comprimido	0,035
4	Ácido Acetilsalicílico	100mg/comp.	Comprimido	0,030
5	Ácido Fólico	5mg/comp.	Comprimido	0,054
6	Albendazol	400mg/comp. mastigável	Comprimido	0,560
7	Alopurinol	100mg/comp.	Comprimido	0,080
8	Amiodarona	200mg/comp.	Comprimido	0,200
9	Amitriptilina(Cloridrato)	25mg/comp.	Comprimido	0,220
10	Amoxicilina	500mg/cáps.	Cápsula	0,190
11	Amoxicilina	250mg/5ml/pó p/susp. oral	Frasco 60 ml	1,960
12	Amoxicilina	250mg/5ml/pó p/susp. oral	Frasco 150 ml	4,900
13	Atenolol	25mg/comp.	Comprimido	0,075
14	Azatioprina	50mg/comp.	Comprimido	1,400
15	Azitromicina	500mg/comp.	Comprimido	2,640
16	Benzilpenicilina Benzatina	1.200.000ui/pó p/sus. inj.	Frasco-ampola	1,500
17	Benzilpenicilina Procaína+Potássica	300.000+100.000ui/pó/sus. inj.	Frasco-ampola	1,500
18	Benzoato de Benzila	200mg/ml/emulsão	Frasco 100 ml	1,400
19	Benzoato de Benzila	200mg/ml/emulsão	Frasco 60 ml	1,100
20	Biperideno	2mg/comp.	Comprimido	0,073
21	Brometo de n-butilescopolamina	10 mg/frasco	frasco de 20 ml	3,900
22	Captopril	25mg/comp. sulcado	Comprimido	0,040
23	Carbamazepina	200mg/comp.	Comprimido	0,130
24	Carbidopa + Levodopa	25mg + 250mg/comp.	Comprimido	0,480
25	Cefalexina(Cloridrato ou Sal Sódico)	500mg/cáps.	Cápsula	0,400
26	Cefalexina(Cloridrato ou Sal Sódico)	250mg/5ml/susp. oral	Frasco 60 ml	4,960
27	Cefalexina(Cloridrato ou Sal Sódico)	250mg/5ml/susp. oral	Frasco 125 ml	10,000
28	Cetoconazol	200mg/comp.	Comprimido	0,230
29	Ciprofloxacino	500mg/comp.	Comprimido	0,380
30	Cloreto de Potássio	60mg/ml/xpe.	Frasco 100 ml	1,880
31	Cloreto de Sódio 0,9%	9mg/ml/sol. nasal	Frasco	0,950
32	Clorpromazina	25mg/comp.	Comprimido	0,100
33	Clorpromazina	100mg/comp.	Comprimido	0,125
34	Dexametazona	Crem.0,1%	Tubo	1,000
35	Dexclorfeniramina(Maleato)	2mg/comp.	Comprimido	0,060
36	Dexclorfeniramina(Maleato)	0,4mg/sol. Oral	Frasco 120 ml	2,070

It.	MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	UNIDADE DE CADASTRO	PREÇO PROPOSTO (R\$)
37	Diazepam	5mg/comp.sulcado	Comprimido	0,040
38	Diazepam	10mg/comp.sulcado	Comprimido	0,080
39	Digoxina	0,25mg/comp.	Comprimido	0,060
40	Dipirona	500mg/ml gts	Frasco 10 ml	0,700
41	Doxiciclina	100mg/comp.	Comprimido	0,380
42	Enalapril	10mg/comp.	Comprimido	0,060
43	Enalapril	20mg/comp.	Comprimido	0,070
44	Enantato de Noretisterona+Valerato de Estradiol	50mg+5mg/injetável	Seringa 1 ml	13,500
45	Eritromicina(Estearato ou Etilsuccinato)	125mg/5ml/susp. oral	Frasco 60 ml	2,300
46	Eritromicina(Estearato ou Etilsuccinato)	500mg/comp./cáps.	Comprimido	0,540
47	Etinilestradiol+Levonorgestrel	0,03mg+0,15mg/comp	Cartela c/ 21 cápsulas	0,850
48	Fenitoína	100mg/comp.	compimido	0,100
49	Fenobarbital	100mg/comp.	Comprimido	0,060
50	Fluconazol	100mg/rev.	Cápsula	0,950
51	Fluconazol	150mg/rev.	Cápsula	0,950
52	Furosemida	40mg/comp.	Comprimido	0,045
53	Glibenclamida	5mg/comp.	Comprimido	0,040
54	Haloperidol	1mg/comp.	Comprimido	0,080
55	Haloperidol	5mg/comp.	Comprimido	0,120
56	Haloperidol	2mg/ml/sol. oral	Frasco 20 ml	1,940
57	Hidroclorotiazida	25mg/comp.	Comprimido	0,020
58	Ibuprofeno	300mg/comp.	Comprimido	0,160
59	Levonorgestrel	0,75mg/comp.	Comprimido	3,470
60	Mebendazol	100mg/comp.	Comprimido	0,050
61	Mebendazol	100mg/5ml/sup. Oral	Frasco 30 ml	1,100
62	Metformina	500mg/comp.	Comprimido	0,080
63	Metformina	850mg/comp.	Comprimido	0,110
64	Metildopa	250mg/comp.rev.	Comprimido	0,170
65	Metildopa	500mg/comp.rev.	Comprimido	0,340
66	Metoclopramida (Cloridrato)	10mg/comp.	Comprimido	0,040
67	Metoclopramida (Cloridrato)	4mg/ml/sol.oral	Frasco 10 ml	0,750
68	Metronidazol	250mg/comp.	Comprimido	0,100
69	Metronidazol	5% creme vaginal	Tubo 50 gramas	2,150
70	Metronidazol (Benzoato)	200mg/5ml/susp. oral	Frasco 100 ml	2,400
71	Miconazol (Nitrato)	2%/locão	Frasco 30 ml	1,860
72	Miconazol (Nitrato)	2%/pó	Frasco 30 ml	4,950
73	Monitrato de Isossorbida	20mg/comp.	Comprimido	0,100
74	Neomicina (Sulfato) + Bacitracina (Zíncica)	5mg + 250ui/g/pom.	Tubo 10 gramas	1,350
75	Neomicina (Sulfato) + Bacitracina (Zíncica)	5mg + 250ui/g/pom.	Tubo 15 gramas	2,020
76	Nifedipina	20mg/comp.lib.cont.	Comprimido	0,060
77	Nistatina	25.000 UI/crem. Vaginal	Tubo 60 gramas	2,280

It.	MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	UNIDADE DE CADASTRO	PREÇO PROPOSTO (R\$)
78	Nistatina	25.000 UI/crem. Vaginal	Tubo 50 gramas	1,900
79	Nistatina	100.000 UI/ml/ susp. Oral	Frasco 30 ml	3,620
80	Noretisterona	0,35mg/comp.	Comprimido	0,040
81	Omeprazol	20mg/cáps.	Cápsula	0,230
82	Paracetamol	500mg/comp.	Comprimido	0,090
83	Paracetamol	200mg/ml/sol. Oral gts	Frasco 10 ml	0,850
84	Paracetamol	200mg/ml/sol. Oral gts	Frasco 15 ml	1,270
85	Paracetamol	100mg/ml/sol. oral gts.	Frasco 10 ml	0,700
86	Paracetamol	100mg/ml/sol. oral gts.	Frasco 15 ml	1,000
87	Prednisona	20mg/comp.	Comprimido	0,180
88	Prednisona	5mg/comp.	Comprimido	0,080
89	Prometazina (Cloridrato)	25mg/comp.	Comprimido	0,120
90	Propranolol (Cloridrato)	40mg/comp.	Comprimido	0,020
91	Ranitidina	150mg/comp.	Comprimido	0,120
92	Sais p/ Reidratação Oral	pó p/sol. Oral	Envelope 27,9 gramas	0,600
93	Salbutamol (Sulfato)	2mg/comp. Sulcado	Comprimido	0,040
94	Salbutamol (Sulfato)	2mg/5ml/xpe.	Frasco 120 ml	1,150
95	Salbutamol (Sulfato)	2mg/5ml/xpe.	Frasco 125 ml	1,200
96	Sinvastatina	20mg/comp.	Comprimido	0,380
97	Sulfametoxazol + Trimetoprima	400mg + 80mg/comp.	Comprimido	0,080
98	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp. Oral	Frasco 50 ml	1,450
99	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp. Oral	Frasco 60 ml	1,740
100	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp. Oral	Frasco 100 ml	2,900
101	Sulfasalazina	500mg/comp.	Comprimido	0,400
102	Sulfato Ferroso	40mg Fe(II)/comp. rev.	Comprimido	0,040
103	Sulfato Ferroso	25mg/ml Fe(II)/sol. Oral	Frasco 30 ml	0,750
104	Tiabendazol	5%/pom.	Tubo 20 gramas	2,890
105	Valproato de Sódio	50mg/ml/xpe.	Frasco 100 ml	4,050
106	Verapamila(Cloridrato)	80mg/comp.	Comprimido	0,160
107	Preservativo Masculino		unidade	0,300

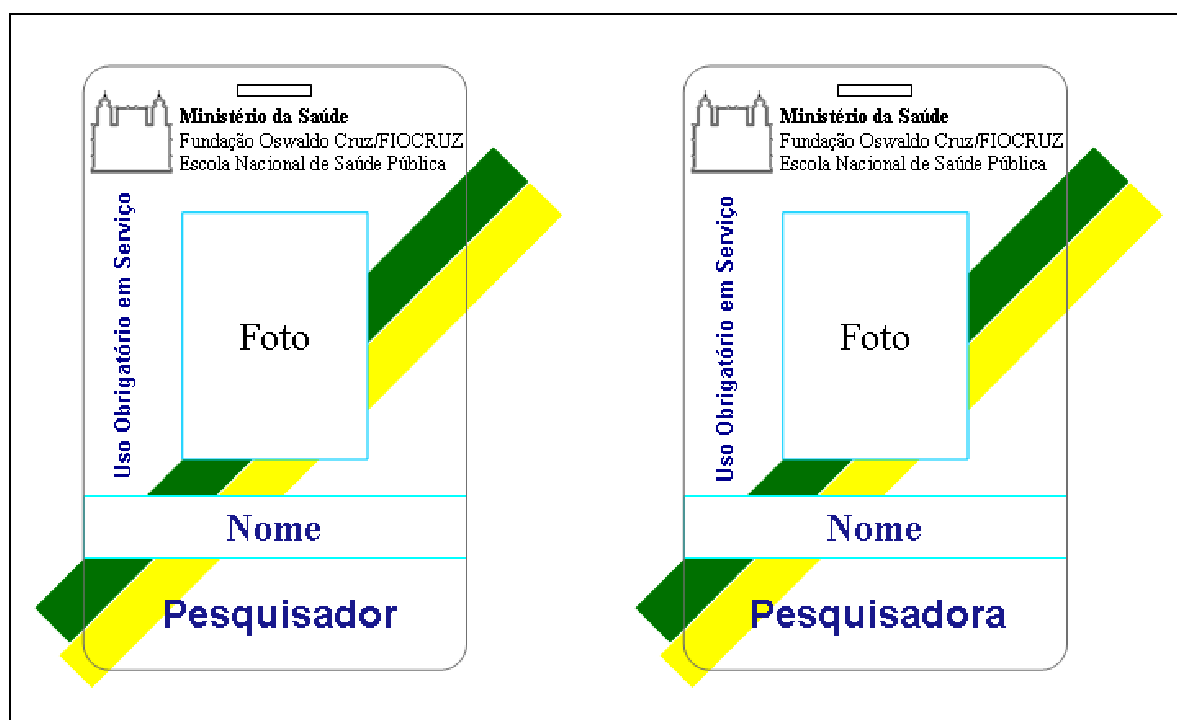
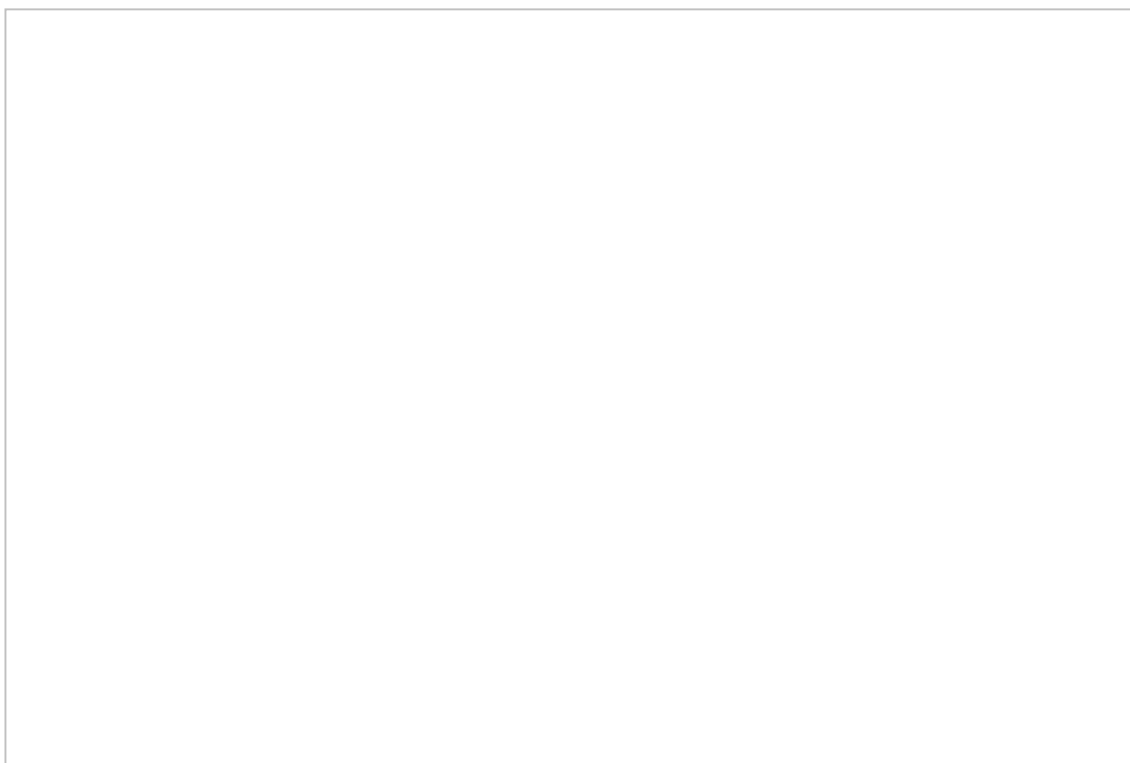


Figura 7. Modelo do Crachá do Entrevistador

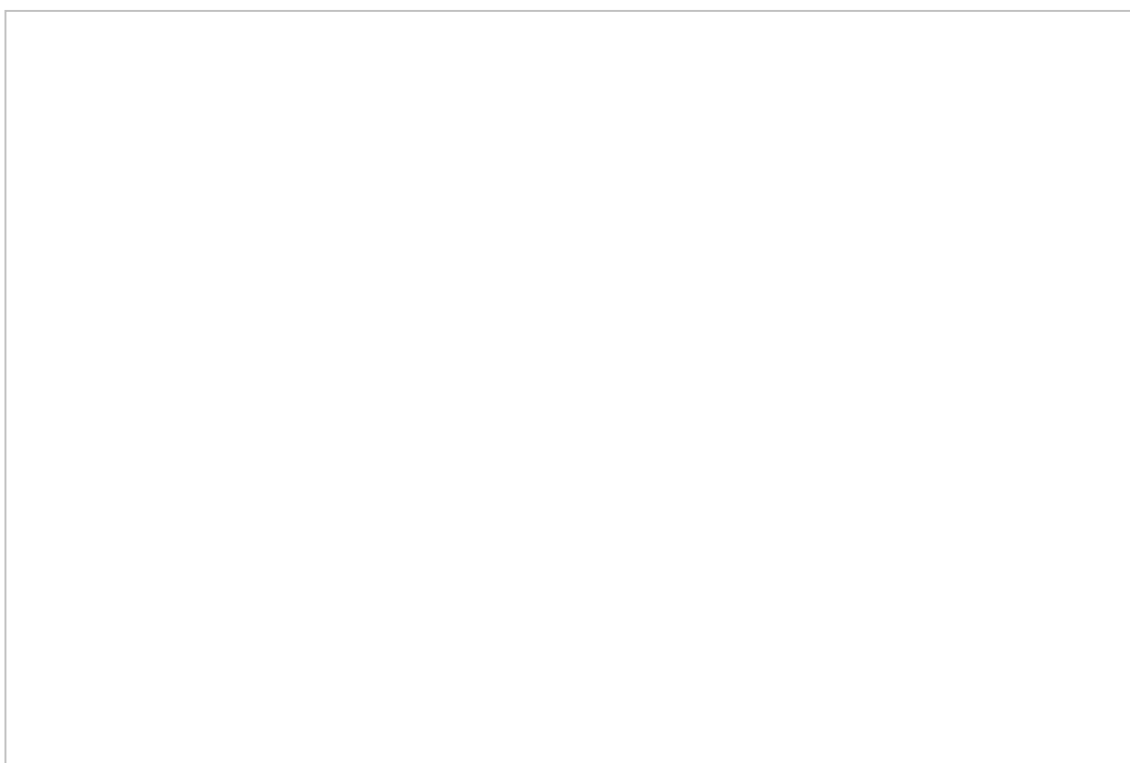


Figura 8. Folder da Expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil

Anexo XVII - Fotos da Unidade Pç XV - Rio de Janeiro, RJ

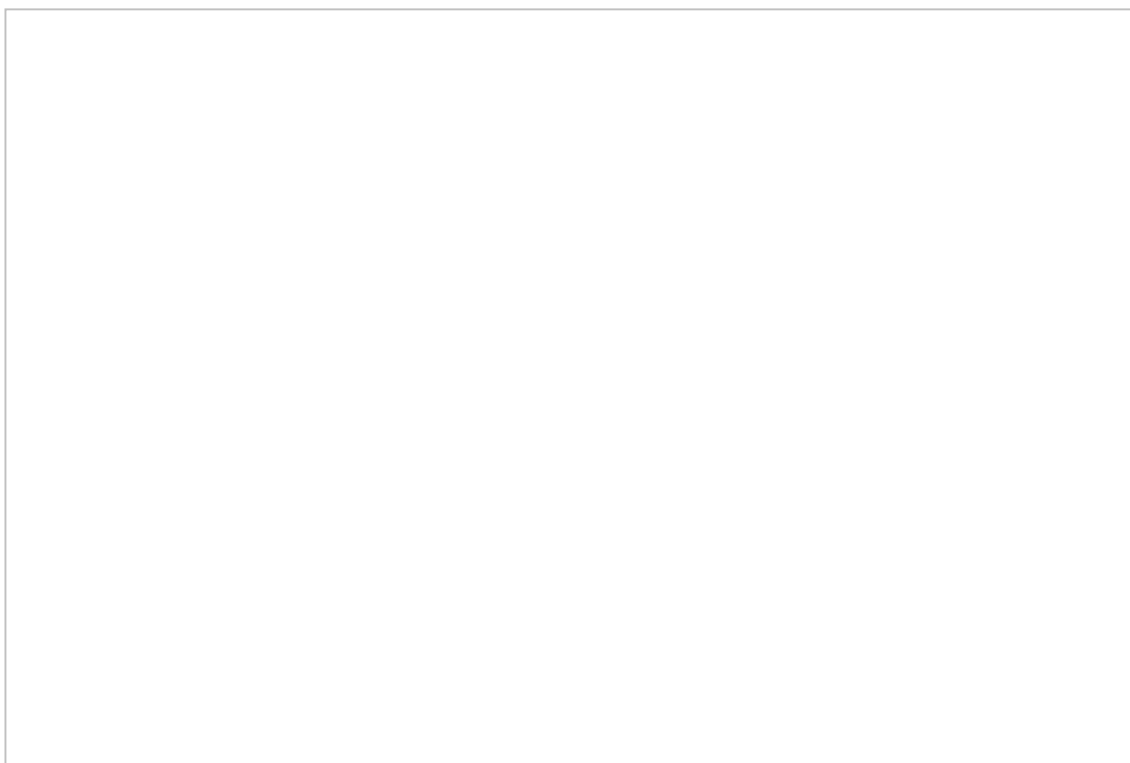


Vista Externa da Unidade

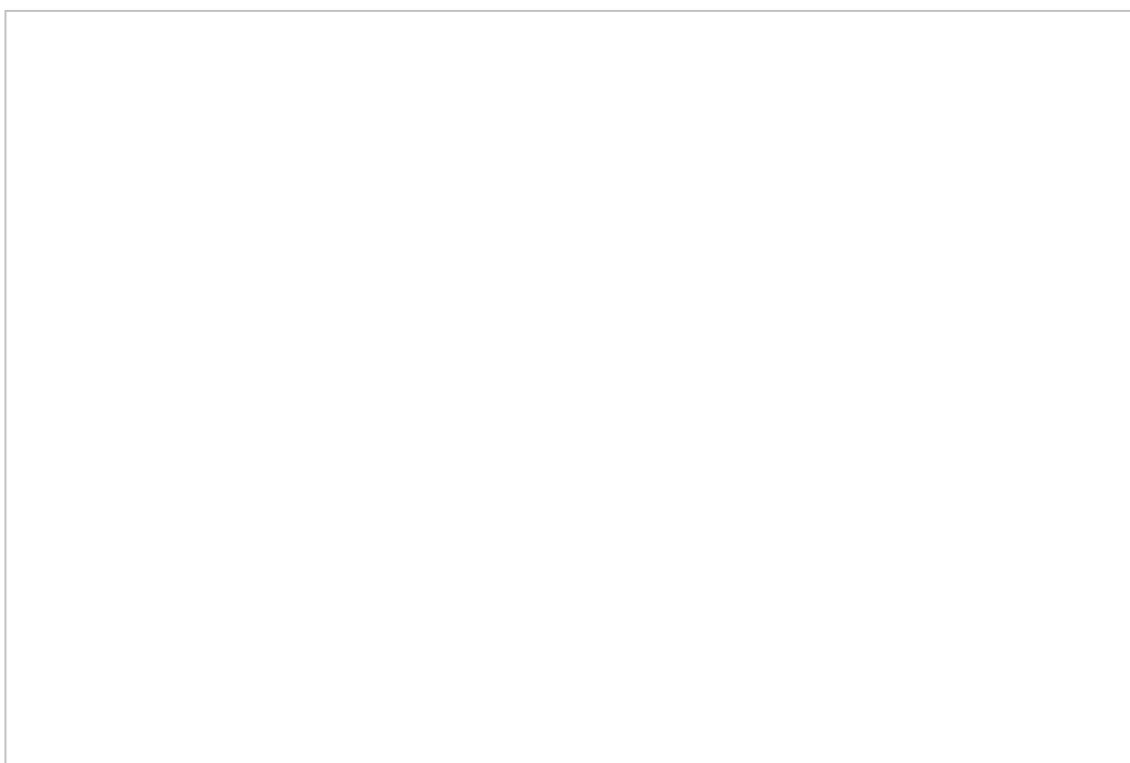


Vista Interna da Unidade

Anexo XVIII - Fotos da Unidade Sobradinho – DF



Vista Externa da Unidade



Vista Interna da Unidade