



RENILZE DE PAULA GABRIEL

**ANÁLISES E DISCUSSÕES ACERCA DO
ACESSO E CONTROLE NO PROGRAMA “AQUI
TEM FARMÁCIA POPULAR”**

**LAVRAS - MG
2020**

RENILZE DE PAULA GABRIEL

**ANÁLISES E DISCUSSÕES ACERCA DO ACESSO E
CONTROLE NO PROGRAMA “AQUI TEM FARMÁCIA
POPULAR”**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Curso de Administração Pública, para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Prof. Dr.

Carlos Eduardo Stefaniak Aveline

**LAVRAS - MG
2020**

RENILZE DE PAULA GABRIEL

**ANÁLISES E DISCUSSÕES ACERCA DO ACESSO E CONTROLE NO
PROGRAMA “AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR”**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Curso de Administração Pública, para a obtenção do título de Bacharel em Administração Pública

APROVADA em ___ de _____ de 2020

Prof. Dr.

Carlos Eduardo Stefaniak Aveline

**LAVRAS – MG
2020**

RESUMO

De acordo com a demanda da sociedade frente as questões de saúde, políticas públicas foram criadas a fim de diminuir e até mesmo sanar diversos problemas. Uma dessas políticas foi a criação pelo governo federal em 2004, do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), com o objetivo de oferecer uma alternativa de acesso da população aos medicamentos considerados essenciais para tratar algumas das principais doenças que acomete a população. O Programa possibilitou que as pessoas tivessem acesso à medicamentos gratuitos ou até 90% de desconto, o que oportunizou diminuir a sobrecarga dos postos de saúde e melhorar a qualidade de vida. Considerando a importância do Programa, este trabalho tem como objetivo discutir e analisar os fatores que determinam o acesso do usuário aos medicamentos essenciais por meio do “Aqui Tem Farmácia Popular” e o controle exercido pelo Ministério da Saúde sobre a efetividade do Programa. A fim de alcançar este objetivo, construiu-se uma pesquisa qualitativa, fundamentada no estudo de caso. Pretendeu-se elaborar um trabalho explicativo, utilizando como instrumento metodológico a pesquisa bibliográfica em diversos referenciais teóricos e documentos que versam sobre o tema deste trabalho, além de coletar informações do Sala de Apoio à Gestão Estratégica Ministério da Saúde (SAGE), com o objetivo de obter dados sobre o número de farmácias ativas e número de municípios ativos com o programa Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP) e também sobre as transferências fundo a fundo do ATFP. Assim, a partir deste, foi possível explicitar dados que evidenciam o percurso histórico; o impacto das mudanças, tanto no programa como para a população; as medidas que regulamentam e controlam o Farmácia Popular; apresentar dados que mostram o investimento por parte do governo e o acesso da população ao Programa.

Palavras-chave: Acesso. Controle. Programa Farmácia Popular.

ABSTRACT

According to society's demand regarding health issues, public policies were created in order to reduce and even solve various problems. One of these policies was the creation by the federal government in 2004, of the Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), with the objective of offering an alternative for the population to access medicines considered essential to treat some of the main diseases that affect the population. The program allowed people to have access to free medicines or up to 90% discount, which made it possible to reduce the burden on health centers and improve the quality of life. Considering the importance of the Program, this study aims to discuss and analyze the factors that determine user access to essential medicines through the “Aqui Tem Farmácia Popular” and the control exercised by the Ministry of Health over the Program's effectiveness. In order to achieve this objective, a qualitative research was built, based on the case study. It was intended to elaborate an explanatory work, using bibliographic research in several theoretical references and documents dealing with the theme of this work as a methodological instrument, in addition to collecting information from the Ministry of Health's Strategic Management Support Room (SAGE), with the objective of to obtain data on the number of active pharmacies and number of active municipalities with the Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP) program and also on fund-to-fund transfers from ATFP. Thus, based on this, it was possible to explain data that evidence the historical path; the impact of changes, both on the program and on the population; the measures that regulate and control Farmácia Popular; present data that show government investment and population access to the Program.

Keywords: Access. Control. Popular Pharmacy Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Período histórico da organização brasileira	15
Figura 2- Linha do tempo das Conferências Nacionais de Saúde	18
Figura 3 - Conferências Nacionais de Saúde depois da nova república	26
Figura 4 - Logomarca do programa Aqui Tem Farmácia Popular	58
Figura 5- Transformações do Programa.....	63
Figura 6 - Passo 1.....	65
Figura 7- Passo 2.....	65
Figura 8- Passo 3.....	66
Figura 9 - Passo 4.....	66
Figura 10-Passo 5.....	67
Figura 11-Passo 6.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de farmácias, municípios cobertos e usuários atendidos no “Farmácia Popular do Brasil”	61
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conferências Nacionais de Saúde	19
Quadro 2 – Operacionalização e funcionamento das duas vertentes.....	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de farmácias ativas e números de municípios ativos com o programa ATFP.....	58
Gráfico 2 – Transferência Fundo a Fundo no ATFP	59

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
AF	Assistência Farmacêutica
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAP's	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CNMAF	Conferência Nacional de Medicamentos e Assistências Farmacêuticas
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional das Secretarias Estaduais de Saúde
CPFP	Coordenação do Programa Farmácia Popular do Brasil
CRF	Conselho Regional de Farmácia
CRT	Certificado de Regularidade Técnica
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
IAP's	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBSM	Plano Brasil Sem Miséria
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos

RTA	Requerimento e Termo de Adesão
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SNTP	Saúde Não Tem Preço
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONTEXTO HISTÓRICO.....	14
2.1	Linha do tempo: a história da saúde pública no Brasil.....	14
2.2	Sistema Único de Saúde	22
2.3	As políticas de assistência farmacêutica no Brasil a partir de 1988	28
2.3.1	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (AFAB) do SUS.....	36
3	METODOLOGIA	49
4	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL (PFPPB).....	51
4.1	Aqui Tem Farmácia Popular	56
4.2	Acesso e controle do Programa Farmácia Popular	61
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

1 INTRODUÇÃO

As políticas de saúde sofreram diversas mudanças ao longo dos anos. O desenvolvimento da área da saúde no Brasil antigamente não era uma preocupação, pois cada indivíduo se responsabilizava por si. A medicina baseava-se em conhecimentos empíricos, costumes culturais e crenças religiosas, os tratamentos iam de cantos à manipulação de ervas (MATTA, PONTES, 2007). Não havia políticas públicas e nem centros de atendimentos a população além de que o acesso à médicos e tratamentos dependia da classe social.

No decorrer dos anos, a história da saúde foi se modificando expressivamente até chegar ao sistema de saúde atualmente. O modelo de proteção social que se construiu no Brasil antes da Constituição de 1988 gerou um cenário de milhões de excluídos da atenção à saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) veio com uma tentativa de mudar este cenário e pensar a saúde como um direito de todos.

Nesse processo, os medicamentos têm contribuído para a eficiência dos sistemas de saúde por se revelarem um meio muito efetivo para a redução das doenças e mortalidade, aumentando a expectativa de vida.

Os medicamentos essenciais são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como aqueles indicados para o tratamento das doenças e agravos que mais acomete o cuidado de saúde da população, por isso ter acesso a eles é fundamental, 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. Segundo Arrais et al. (2005), o acesso insuficiente aos medicamentos pode causar abandono do tratamento e assim piorar o estado de saúde e ainda aumentar o número de retornos aos serviços de saúde, ou um maior comprometimento da renda familiar com gastos com saúde.

De acordo com Sartor e Freitas (2014, p. 2), os medicamentos constituem-se “no principal instrumento terapêutico utilizado no processo saúde-doença na sociedade”. Assim sendo, o medicamento é um dos componentes fundamentais, entre outros, no tratamento das doenças, seja pelo seu poder preventivo ou terapêutico. Assim, promover o acesso da população à medicamentos é uma das formas de atender a um preceito constitucional de promoção, proteção e recuperação da saúde além de promover a justiça social.

Nesse processo, o direito universal à medicamentos fundamentou um conjunto de políticas, estabelecidas a partir do final dos anos 90, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1998, e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), em 2004, que

instituíram diretrizes e ações norteadoras para outras políticas ao longo dos anos que visaram melhorar o acesso e uso racional de medicamentos, dentro do SUS.

Nessa perspectiva, surge o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), criado pelo governo federal em 2004, com o objetivo de oferecer mais uma alternativa de acesso da população aos medicamentos considerados essenciais para tratar algumas das principais doenças que acomete a população. O Programa cumpre uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Alguns dos medicamentos fornecidos gratuitamente ou com desconto no programa são indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes, asma, anticoncepção, dislipidemia, rinite, doença de Parkinson, osteoporose, glaucoma e fraldas geriátricas. Para ter acesso a esses medicamentos basta ir a uma farmácia credenciada e apresentar a receita médica e documentos de identificação.

A princípio o PFPPB foi instituído por meio de uma rede própria de farmácias estatais, posteriormente, passados dois anos após sua criação, o programa foi expandido por meio de parcerias com o setor privado varejista farmacêutico espalhadas por todo o país. Assim, o programa consegue levar o benefício da aquisição de medicamentos e insumos essenciais a baixo custo ou gratuitamente a mais lugares e mais pessoas (BRASIL, 2016).

É evidente que a possibilidade de receber o tratamento adequado, conforme, onde e quando necessário, reduz a incidência de agravos à saúde, bem como a mortalidade para muitas doenças. Dessa forma, levando em consideração os pressupostos, o objeto de estudo do presente trabalho é o Programa Farmácia Popular do Brasil, tendo como objetivo central analisar a segunda vertente do programa, denominado “Aqui Tem Farmácia Popular”.

Nesse contexto, o objetivo geral deste estudo é avaliar os fatores que determinam o acesso do usuário aos medicamentos essenciais por meio do "Aqui tem Farmácia Popular" e o controle exercido pelo Ministério da Saúde sobre a efetividade do programa. Os objetivos específicos são: Fazer considerações sobre o Sistema Único de Saúde; Explicitar as Políticas de Assistência Farmacêutica; Abordar e explicar o Programa Farmácia Popular; Evidenciar o funcionamento, acesso e controle do "Aqui tem Farmácia Popular".

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONTEXTO HISTÓRICO

A fim de alcançar o objetivo que se dispõe o presente trabalho, foi preciso estabelecer uma base teórica para fundamentar as análises e discussões acerca do tema central da pesquisa. Buscando por produções na área de conhecimento que auxiliassem nesse sentido, realizou-se investigações em que foi possível encontrar estudiosos como Bertolozzi e Grego (1996), Matta e Pontes (2007), Paim et al (2011), entre outros, além de diversos documentos que funcionaram como base para a construção do trabalho e também serviram para a elaboração de um percurso histórico da saúde pública no Brasil.

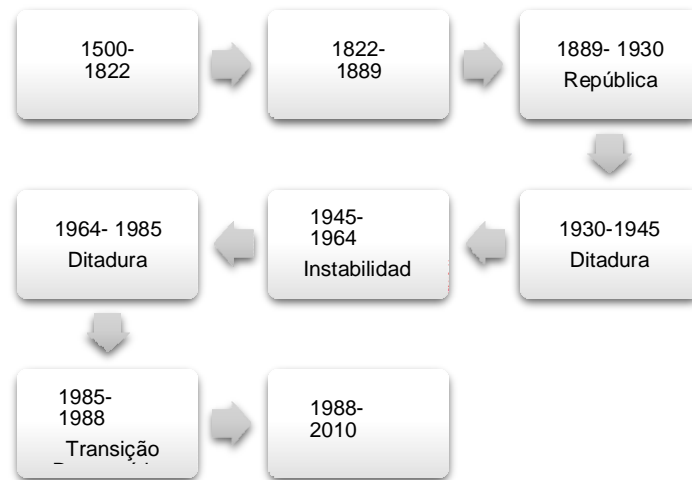
Esse percurso possibilitou que se compreenda quais foram as mudanças no sistema de saúde, especificamente nos programas de assistência médica no país e como isso têm impactos significativos no acesso das pessoas à medicamentos bem como no controle destes. Considerando tais pressupostos, o trabalho está organizado em cinco seções, sendo a primeira uma introdução acerca do tema pesquisado; na segunda consta a fundamentação teórica utilizada e o contexto histórico da saúde pública no país, abordando as políticas de assistência médica; na terceira está descrita a metodologia empregada nesta pesquisa; na quarta abordou-se o Programa Farmácia Popular considerando o acesso e o controle do programa e, por fim as considerações finais e em seguida as referências bibliográficas.

2.1 Linha do tempo: a história da saúde pública no Brasil

A história da criação e do desenvolvimento do sistema de saúde público brasileiro passou por muitas transições até chegar ao sistema que predomina hoje e que de certa forma ainda continua reformando-se, continuamente (CONASS, 2006). O marco da história da saúde brasileira foi a criação do Sistema Único de Saúde instituído com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2009). As políticas de saúde sofreram diversas mudanças, assim, o sistema de saúde pública hoje, o SUS, veio da evolução de um direito chamado o direito à saúde.

O cenário histórico da saúde pública no Brasil foi marcado por sucessivas reorganizações administrativas e criação de muitas normas. Na figura 1, está representado o período histórico do desenvolvimento do Brasil na história da saúde pública, que culminou com o direito à saúde.

Figura 1- Período histórico da organização brasileira



Fonte: PAIM et al. (2011).

Do Colonialismo até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem um órgão institucional. Neste período, a saúde não era preocupação, pois cada indivíduo se responsabilizava por si, buscando auxílio quando era preciso à medicina que se dava de modo informal. Assistir à saúde naquela época era realizada de acordo com os costumes e conhecimento de cada um, por exemplo, tinham aqueles que buscavam auxílio a curandeiros e pajés ou a boticários que viajavam pelo país afora, os tratamentos iam de cantos à manipulação de plantas e ervas, crenças religiosas a costumes culturais (MATTA, PONTES, 2007).

Segundo Bertolozzi e Grego (1996), durante o Brasil Colônia (1500-1822), nada ou pouco foi feito em relação a saúde, ou seja, não existia um sistema formalmente estruturado. Não haviam centros de atendimento à população carente, o acesso a tratamentos e cuidados médicos era muito restrito, pois dependia da classe social do indivíduo. Quem tinha posses consequentemente tinha maior facilidade em obter acesso à médico e remédios e, quem não tinha dificilmente conseguiria sobreviver (BERTOLOZZI; GREGO, 1996).

Por conseguinte, as Santas Casas de Misericórdias tiveram um papel muito importante durante décadas, uma vez que essas entidades se destinavam a prestar assistência médica às pessoas menos favorecidas, pobres, escravos e indígenas. Fundada por religiosos entre o século XVIII e o ano de 1837, as casas de misericórdia eram mantidas por meio de doações da comunidade e por muito tempo representavam a única opção de acolhimento para essas pessoas, ou seja, contavam apenas com a sua solidariedade e caridade (PAIM et al., 2011).

De acordo com Matta e Pontes (2007), o cenário da saúde pública começa a querer mostrar indícios de mudanças com a chegada da família Real portuguesa ao Brasil em 1808.

Acostumados com um padrão de vida requintado, com tratamento refinado e a vontade de desenvolver o Brasil para se aproximar um pouco da realidade vivida em Portugal, os portugueses criaram entre outros feitos os primeiros cursos universitários de medicina, cirurgia e química.

Em 7 de Setembro de 1822, D. Pedro I declarou a Independência do Brasil. Determinou a criação de órgãos para inspecionar a saúde pública, porque a organização sanitária ainda era incipiente, e era uma forma de evitar epidemias e melhorar a qualidade de vida da população. Dom Pedro I, teve um papel muito importante na saúde, instaurando e garantindo a vacinação contra a varíola para todas as crianças; criou o Instituto Vacínico do Império; instaurou as juntas municipais que deveriam se responsabilizar pelas atribuições sanitárias e o estabelecimento da Lei da Junta Central de Higiene Pública, para controlar a tuberculose, a malária e a febre amarela. As medidas buscavam controlar a disseminação de epidemias.

Chega ao fim o período do Brasil Império com o golpe militar que derrubou Dom Pedro II em 15 de novembro de 1889 do poder e instaura-se a República no Brasil, no início do século XX. Com a chegada dos imigrantes europeus, houve diversas reformas urbanas e sanitárias nas grandes cidades como por exemplo no Rio de Janeiro, uma vez que as cidades eram sujas, o que facilitava a proliferação de doenças que acabavam se tornando epidemias (LOPES, 2020).

Entre 1900 e 1920, o Brasil ainda era refém dos problemas sanitários e das epidemias. Decidido a reurbanizar e sanear as grandes cidades, o presidente Rodrigues Alves mostrou-se comprometido em desenvolver a capital, Rio de Janeiro (LOPES, 2020). O presidente nomeou o médico Oswaldo Cruz para Diretor da Saúde Pública, que se propôs a erradicar as epidemias que acometiam à população. Começou uma fase de intensas mudanças na saúde pública (BERTOLOZZI; GREGO, 1996).

Oswaldo Cruz adotou um modelo de campanhas sanitárias, destinado a combater as epidemias urbanas e posteriormente as rurais. Por conseguinte, foi instaurado medidas autoritárias para combater os problemas de saúde, que na época apresentavam um quadro sanitário caótico caracterizado por graves doenças. Todavia, o modelo adotado pelo médico sanitário para reurbanizar o Rio de Janeiro, foi recebida com desconfiança e medo pela população (PORTO, 2003).

A reurbanização sacrificou as camadas mais pobres da cidade, casas foram demolidas, pessoas desalojadas, vacinação realizadas à força, doentes isolados e, tudo isso era justificado em nome da saúde pública. Porém a natureza autoritária das campanhas gerou oposição generalizada, desencadeando a Revolta da Vacina em 1904 (PAIM et al., 2011). Esse episódio de resistência foi uma revolta popular contra a campanha de vacinação obrigatória contra a

varíola ocorrida em novembro de 1904 no Rio de Janeiro, ocasionado pela falta de explicação do porquê daquelas medidas e do que se tratavam as vacinas. Então começou a circular que a finalidade da vacina era para matar a população (SEVCENKO, 2018).

Em 1920, o sucessor de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, introduziu a propaganda e a educação sanitária na saúde e assim conseguiu progredir sem oposição popular. Passado a fase da revolta da vacina, o sistema de saúde ainda continuava informal e sem qualquer legislação trabalhista. Mas essa realidade começou a mudar com a imigração de trabalhadores europeus com a pressão para ter um sistema de assistência que ia se fortalecendo (MATTA, PONTES, 2007).

Em 1923 foi aprovada a Lei Elói Chaves que mudou a história. Foi um marco na origem da previdência social no Brasil, pois institui as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAP's, financiadas de forma tripartite pelos empregados, empresas e governo (SANTOS PINTO, 2008). As Cap's garantiriam pensão em caso de acidente, afastamento do trabalho por doença, além de uma futura aposentadoria, que eram mantidas e geridas pelas empresas (SENADO FEDERAL, 2019). Entretanto, como eram organizadas por categorias profissionais, excluía grande parte da população. Só teria esse benefício os trabalhadores com carteira assinada, o trabalhador que não tivesse carteira assinada e nem condições financeiras teria que procurar auxílio nas casas de Misericórdias (BRASIL, 2019).

Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde e ampliou-se as CAPS para outras categorias profissionais criando os Institutos de Aposentadoria e Pensão- IAP's, autarquias centralizadas no Governo Federal, que eram organizadas por ramos de atividades (SANTOS PINTO, 2008). Os IAP's garantem aos segurados, que são os trabalhadores com carteira assinada, o direito ao acesso à serviços de saúde. Todavia, deixou de ser geridas pelas empresas e passando a ser controladas por entidades sindicais (PAIM et al., 2011). Segundo Santos Pinto (2008), até a década de 50, a população podia contar com uma única opção de assistência médica que era aquela prestada pelas CAP e IAP.

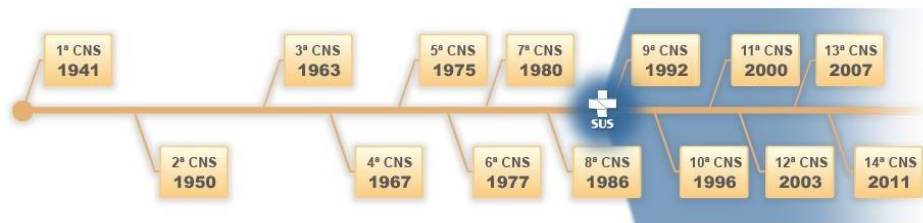
Em 1945, houve um aumento progressivo da demanda por atenção à saúde. Devido a industrialização crescente e a liberação da participação política dos trabalhadores. Em 1953, a saúde foi desmembrada do Ministério da Educação e Saúde, porque a Era Vargas apesar de ter tomado algumas medidas de controle sanitário, acabou priorizando o sistema educacional, dando origem então ao Ministério da Saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2017). Essa desvinculação surgiu na 2ª Conferência Nacional de Saúde. Esse ministério foi dedicado exclusivamente a criação de políticas de saúde.

A partir daqui o sistema de saúde vem mudando gradativamente e as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) representaram um papel muito importante na saúde pública no Brasil.

A Conferência Nacional de Saúde é o principal espaço democrático para a construção de políticas públicas de saúde no Brasil. Com a participação de toda a sociedade civil e representantes do governo, o amplo fórum de debates é organizado com a finalidade de avaliar, planejar e fixar ações e diretrizes que melhorem a qualidade dos serviços de saúde pública, proporcionando melhor qualidade de vida para toda a população (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019, s/p).

Diante disso, é evidente os principais objetivos das conferências não seja avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política públicas de saúde, com a participação de representantes do governo, profissionais da saúde, movimentos sociais e a comunidade em geral reunidos para discutir a saúde das pessoas e a situação do sistema de saúde da população. Veja na figura 2 a seguir a linha do tempo das conferencias nacionais de saúde.

Figura 2- Linha do tempo das Conferências Nacionais de Saúde



Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (2015).

Como mostra a figura, as conferências ao longo dos anos, desempenharam papel relevante nas conquistas no campo da saúde pública brasileira. As conferências foram instituídas no governo de Getúlio Vargas antes mesmo da criação do Ministério da Saúde e no transcorrer do tempo, foram se transformando em espaços democráticos de mobilização social (CONSELHO DE SAÚDE, 2019).

De acordo com a Fiocruz e o Conselho de Saúde veja a seguir os temas abordados em cada Conferência de Saúde antes da criação do SUS.

Quadro 1 – Conferências Nacionais de Saúde

Conferência Nacional de Saúde	Tema
1º (1941)	Situação Sanitária e Assistencial dos Estados.
2º (1950)	Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho.
3º (1963)	Situação sanitária da população brasileira: apreciação geral do problema.
4º (1967)	Recursos Humanos para as atividades em saúde.
5º (1975)	O Sistema Nacional de Saúde, o programa de saúde materno-infantil, o sistema de vigilância epidemiológico, o controle das grandes endemias e a extensão das ações de saúde às populações rurais.
6º (1977)	A situação de controle das grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional de saúde.
7º (1980)	Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos.
8º (1986)	Saúde como direito de todos e dever do Estado.

Fonte: Da autora (2020).

Essa foi considerada o marco na história das conferências e para a saúde pública no Brasil, pois seu relatório serviu para o capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988, que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta foi o primeiro evento aberto de participação social na saúde em âmbito nacional.

Voltando a lógica cronológica da história da saúde, durante a ditadura militar (1964-1985), esse setor sofreu com o corte de verbas e com isso as doenças se intensificaram, as epidemias e a mortalidade infantil aumentaram. Com esse cenário, foi criada uma comissão para reformular o sistema previdenciário que culminou com a fusão de todos os IAPS em um único regime, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social- INPS que unificou todos os IAP's que funcionavam desde 1930.

A criação do INPS significou muito para a saúde previdenciária, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país. O Centro

Brasileiro de Estudos de Saúde- CEBES foi fundado em 1976, organizando o movimento da reforma sanitária, em 1977 criou-se o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social- INAMPS ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social e em 1979 formou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva- ABRASCO. Tanto a CEBES e a ABRASCO propiciaram a base institucional para alavancar as reformas (PAIM et al., 2011).

Entretanto, a assistência médica era limitada ao processo curativo e encontrava associada a contribuição previdenciária, àqueles com empregos formais. O INAMPS entra em declínio no final de 1980, por pressão de movimentos por uma reforma sanitária no país e por constituir um sistema sem transparências, pois as contas não fechavam e também, não menos importante, pela democratização do acesso aos serviços públicos (CONASS, 2006).

Com o término do regime militar em 1985, a abertura política conduziu à redemocratização do País e assim à medida que a sociedade voltava a atuar no sistema político, a saúde pública ganhava um olhar social pela reforma sanitária. O país passa por uma transição democrática entre 1985 a 1988 (PAIM et al.,2011).

Durante este período, foram criados o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP, com a função de analisar, racionalizar os gastos e buscar soluções para melhoria da assistência médica; o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde - CONASS criados pelos secretários estaduais de saúde em fevereiro de 1982 e em 1988 criou o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS

O movimento de reforma sanitária travou um profundo debate sobre a necessidade de mudanças no modelo assistencial de saúde pública (BRASIL, 1986). O processo de reforma sanitária desencadeado por intelectuais e profissionais do movimento sanitário, impulsionaram a realização da VII Conferência Nacional da Saúde (BERTOLOZZI, GREGO, 1996). Segundo Escorel (2008), o movimento sanitário,

Foi o movimento de profissionais da saúde e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (ESCOREL, 2008, p. 341).

Fica evidente que os atores sociais engajados no movimento tinham como objetivo naquela época transformar o setor da saúde, que era caótico e, assim, criar um sistema de saúde pública que solucionasse as diversas mazelas da população.

Em março de 1986 ocorreu um evento político-sanitário muito importante, a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde (CONASS, 2006). A 8ª conferência em Brasília, foi presidida pelo Professor Antônio Sergio da Silva Arouca, na época, presidente da Fiocruz. Segundo ele,

É o momento de pensar quais são as possibilidades, reais e concretas que nós temos de mudar o sistema de saúde hoje no Brasil, esse é o porquê da conferência. Assim ela nasce: no instante em que a discussão da formulação do sistema de saúde no Brasil infelizmente quase foi tratada como uma simples reforma administrativa (...)" (Fala de Sergio Arouca na 8ª Conferência Nacional de Saúde) (2006, s/p).

A VII Conferência Nacional da Saúde possibilitou a participação da sociedade civil no processo de construção do que seria o novo modelo de saúde pública brasileira. Essa conferência marcou profundamente a história da saúde no Brasil, pois ela inovou e trouxe à tona as políticas de saúde que deveriam ser discutidas pelo coletivo (BRASIL, 1986). O tema central da 8ª CNS era "Saúde como direito de todos e dever do Estado" e os eixos abordados foram saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial (BERTOLOZZI; GREGO, 1996).

Como supracitado, foi lançado os fundamentos para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Paim (2008) assim materializada na Constituinte, a CNS resultou no fortalecimento do setor público de saúde, expandiu a cobertura a todos os cidadãos e integrou a medicina previdenciária a saúde pública. Logo, culminou na aprovação de um capítulo inédito da Constituição, que versa sobre a saúde e que em partes reflete a luta do movimento sanitário, no título VIII, capítulo II, seção II, da saúde (ESCOREL, 1993).

De acordo com Conass (2006), o relatório final da 8ª conferência destacou três pontos muito relevantes para a reforma sanitária brasileira. Um ponto foi o conceito amplo de saúde, outro ponto foi a saúde como direito de todos e dever do Estado e o último ponto a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação da comunidade.

Assim, foi promulgada a Constituição Cidadã em 1988 no qual os cidadãos constaram com uma reviravolta na consecução dos seus direitos. A Constituição Federal define que a saúde é direito de todos e dever do Estado. E em setembro de 1990 foi aprovada a Lei n. 8.080 que dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, regulamentando o Sistema Único de Saúde – SUS. Como se vê o SUS foi criado nessa perspectiva com muita

luta a partir de um conjunto de necessidades sociais de saúde e com desejo pela garantia de direitos (CONASS, 2006).

Com o passar dos anos e os avanços tecnológicos, o sistema de saúde passou a se apoiar em softwares de gestão a fim de melhorar o serviço prestado ao cidadão, desde prontuários eletrônicos, gestão da qualidade, integração da rede, até o acesso a medicamentos que é o tema deste trabalho. Dessa maneira, a tecnologia vem revolucionando a saúde pública.

2.2 Sistema Único de Saúde

A conquista de direitos no Brasil, é resultado de longos processos de construção, em que diferentes atores sociais colocaram na arena política seus interesses e suas necessidades, diferenças e conflitos, em busca do reconhecimento social, expresso em constituições ou leis (BRASIL, 2009). A Declaração Universal dos direitos humanos pontua que:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle (ONU, 1948, art. XXV, s/p).

Fica evidente, que o principal fundamento dos direitos humanos é a garantia de que todas as pessoas devem ter, a garantia de viver dignamente. Todos os seres humanos devem ter reconhecido os seus direitos.

Como supracitado, até a institucionalização do SUS foi um longo caminho a percorrer. O processo de mobilizações e participação foi um movimento de cunho social, de intenso processo participativo, pautada pela ideia de que todos têm direito à saúde, pois a população estava cansada de viver em situações de riscos, sendo necessário a instalação de um sistema de saúde pública brasileira.

Conhecida como Lei Orgânica de Saúde, a Lei de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 dispõe as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. O Art. 1º cita que “esta lei regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (BRASIL, 1990, s/p).

Pode-se dizer que as dificuldades são várias e de diversas formas, e com isso as instituições nem sempre iram dar conta das demandas da população. Neste contexto, a assistência à saúde é livre a iniciativa as organizações privadas, fica claro que essas organizações irão atuar de forma complementar ao sistema de saúde. O mais preocupante, contudo, é constatar que mesmo assim nem todos terão acesso ao serviço de saúde.

Especificamente, os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 explanam bem o dever do Estado em relação ao cuidado à saúde do cidadão brasileiro e sobre os direitos deste. Vejamos a seguir alguns destes artigos respectivamente:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 118).

Conforme verificado, trata-se inegavelmente de um direito universal e de dever do Estado garanti-lo, seria um erro, porém, atribuir ao cidadão a responsabilidade sobre o cuidado da sua própria saúde. Assim, reveste-se de particular importância que o sistema de saúde pública seja gratuito. Sob essa ótica, ganha particular relevância que esse serviço além de gratuito seja de qualidade a todos os brasileiros e ou residentes no Brasil.

Ressalto que o sistema público de saúde resultou de um longo e duro movimento de reforma sanitária, e dentre muitas lições apreendidas com o movimento podemos destacar a articulação de vários atores envolvidos por um propósito em comum, um sistema público de saúde que atendesse a todos sem distinção.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988, p. 119).

Portanto o SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. E a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar (BRASIL, 1990). A partir disso, é um sistema público, pautado pelo interesse coletivo.

Assim instituído a saúde como direito fundamental do ser humano, o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. No § 1º do art. 2º da LOS consta que o

dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O objetivo do SUS resumidamente é zelar pela saúde de todos, sem discriminação de raça, cor, crença, gênero, classe social, dentre outras. O artigo 5º da referida lei dispõe que os objetivos do SUS são:

- I - A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Diante disso, o SUS deve identificar os fatores de riscos para propiciar a redução do risco a doenças e outros agravos e formular políticas de saúde que garante proteção, promoção e recuperação da saúde.

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. (POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE BRASIL, 2006, p. 12).

Dessa forma, promoção da saúde é um processo de articulação com vários protagonistas da sociedade para desenvolver mecanismos em prol da própria qualidade de vida e saúde dos cidadãos. Quanto à proteção à saúde refere-se à área da saúde que atua com a área preventiva, o risco de adoecer, como as vacinas, exames preventivos etc. E quanto à recuperação da saúde refere-se ao campo da saúde que cuida daqueles que já estejam acometidos por alguma doença ou acidentado.

Ainda no campo de atuação do SUS estão incluídas a execução de ações de vigilância sanitária; de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; a formulação da política de medicamentos; o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde (BRASIL, 1990).

Segundo Matta e Pontes (2007), os princípios doutrinários do SUS é a universalidade, a equidade e a integralidade dos serviços e ações de saúde. O artigo 196 da Constituição expressa bem esse princípio ao afirmar que a saúde é direito de todos, isso significa que todos os cidadãos brasileiros ou residentes independentes de raça, cor, sexo, gênero entre outras características têm direito à atenção à saúde.

O princípio da equidade diz respeito em diminuir as desigualdades. As diferentes condições de vida, condições sociais e econômicas que acomete a população têm ocasionado problemas de saúde, como doenças, acidentes, entre outros. Essa desigualdade social que atinge não só os brasileiros, mas também outros países, é um problema social que decorre da má distribuição de recursos, falta de investimentos nas áreas sociais, nas áreas de saúde, falta de oportunidades, corrupção, dentre outras (MATTA, PONTES, 2007).

Entretanto, tem lugares que os problemas são mais visíveis. Isso significa que essas pessoas que vivem nesses lugares necessitam de um atendimento diferenciado pois tem necessidades diferentes exigindo-se uma maior atenção. Assim é também na saúde, as ações devem ser orientadas para atender a essas especificidades. É isso que traz à tona o princípio da equidade, é identificar o espaço da diferença e atuar nele num sentido de reduzir ou amenizar as diferenças conforme nos assegura Matta e Pontes (2007) é num sentido de reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e potencialidades.

Como supracitado, apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e por isso tem necessidades diferentes. Então o que determinará a ação é onde a carência é maior colocando todos em igualdade de condições, assim todos terão as mesmas condições de acesso às ações e serviços de saúde, esteja o cidadão onde estiver (CARVALHO, 2013). Entretanto, apesar de reconhecermos a iniquidade do sistema de saúde, o SUS oferece o mesmo atendimento a todas as pessoas, algumas recebem o que necessitam e outras recebem muito além do que necessitam, o que aumenta as desigualdades.

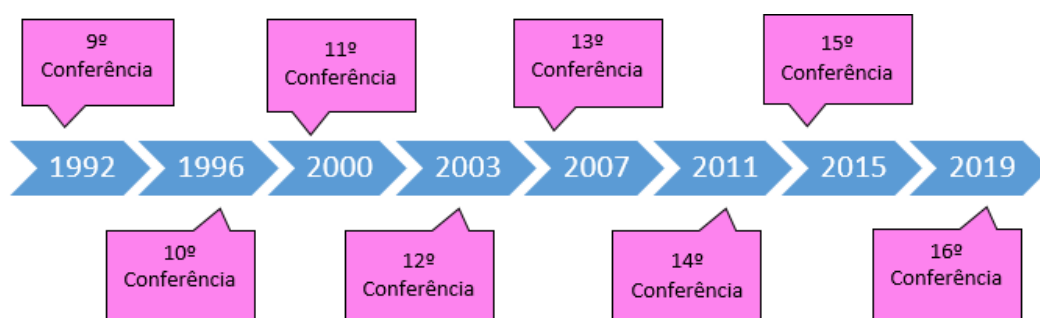
O SUS possui diretrizes organizacionais como a descentralização da saúde; a regionalização e hierarquização da rede, das ações e serviços de saúde; e a participação e controle social (MATTA, PONTES, 2007; CARVALHO, 2013). Os princípios são aplicados as instituições públicas e também privadas que oferecem serviços de saúde que são contratadas ou possuem convênio com o Sistema Único de Saúde. As atribuições do SUS de acordo com a Constituição 1988 são:

- a) Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- b) Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- c) Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- d) Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- e) Incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- f) Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- g) Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; e
- h) Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Como visto, o SUS tem a função de fazer e executar ações de saúde. Essas execuções devem ser feitas diretamente ou por meio de terceiros, por pessoa física ou jurídica de direito público privado. O SUS além de ter serviços próprios para executar ele tem a possibilidade de contratar terceiros para complementar os serviços que não der conta de executar.

Depois da criação do SUS, tiveram mais oito conferências nacionais de saúde até o momento (CONSELHO DE SAÚDE, 2019), veja a representação na Figura 3:

Figura 3 - Conferências Nacionais de Saúde depois da nova república



Fonte: BRASIL (2019)

Acima, está apresentado os anos das conferências depois de promulgada a Constituição Federal em 1988 e consolidado o processo da reorganização do sistema de saúde. É indiscutível a importância dessas conferências, principalmente a 8ª Conferência que teve um impacto profundo no sistema de saúde.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em agosto de 1992, já no governo do presidente Fernando Collor de Mello e presidida pelo ministro de saúde Adib Domingos Jatene, que tratou como tema central “Municipalização é o Caminho” e os seguintes temas específicos: sociedade, governo e saúde; implantações do SUS; controle social; e outras deliberações e recomendações.

A 10ª Conferência foi realizada quatro anos depois em 1996, no governo do presidente Fernando Henrique de Cardoso e ministro de saúde Adib Domingos Jatene tinha como temas: saúde, cidadania e políticas públicas; gestão e organização dos serviços de saúde; controle social na saúde; financiamento da saúde; recursos humanos para a saúde; e atenção integral à saúde.

A 11ª Conferência realizada em 2000, também no governo Fernando Henrique Cardoso presidida pelo ministro de saúde José Serra, tinha como tema central “Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Tinha como eixos temáticos; controle social; financiamento da atenção à saúde no Brasil; e modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2003, foi presidida pelo ministro de saúde Humberto Sérgio Costa Lima no governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva. Tinha como tema central “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”. Os eixos abordados foram: direito à saúde; a Seguridade Social e a saúde; a intersetorialidade das ações de saúde; as três esferas de governo e a construção do SUS; a organização da atenção à saúde; controle social e gestão participativa; o trabalho na saúde; ciência e tecnologia e a saúde; o financiamento da saúde; e comunicação e informação em saúde.

A 13ª Conferência ocorreu no governo de Luís Inácio Lula da Silva em 2007 e tinha como ministro da saúde Jose Gomes Temporão. O tema central desta conferência foi “Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento” e os temas abordados foram: desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde; e a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.

A 14ª Conferência realizada em 2011 tinha como tema central “todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro”. Já a 15ª Conferência foi

realizada em 2015 com o tema central “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”.

E a 16ª Conferência teve como tema central “Democracia e Saúde” e os eixos temáticos foram: saúde como direito; consolidação dos Princípios do SUS; e financiamento do SUS. Esta conferência (8ª+8) fez um resgate à 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, após intensas manifestações que resultaram na Reforma Sanitária Brasileira, responsável por definir as bases para a Constituição de 1988 e a construção do SUS (BRASIL, 2019).

É importante ressaltar que a Lei nº 8.142, de 28 de novembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, estabeleceu que as conferências deveriam ser realizadas com periodicidade a cada quatro anos a partir da 9ª CNS em 1992, mas como verificado teve exceção a 12ª CNS que ocorreu em 2003, três anos depois da anterior (BRASIL, CONASS, 2009).

Enfim, em 1988, foi promulgada a Constituição da República e com ela nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica n.º 8.080 e n.º 8.142. Em linhas gerais, pode-se dizer que a diversificação crescente dos movimentos sociais e de suas demandas influencia a organização e seu funcionamento. Assim, à medida que cresce essas demandas, também deveria crescer a oferta de novos produtos e serviços de saúde, pois a população está carente de novos meios para sanar suas necessidades. E nisso o governo vai lançando programas, parcerias, entre outros para fortalecer o sistema de saúde em prol da população.

2.3 As políticas de assistência farmacêutica no Brasil a partir de 1988

A partir da nova Constituição da República, a saúde tomou novos rumos. Muitas das proposições do movimento sanitário foram sintetizadas no relatório da 8ª CNS, foi aí que o SUS ganhou forma ao serem lançadas as diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único (BRASIL, 1986). Dessa maneira, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde.

Neste sentido, destacam-se no âmbito jurídico institucional as chamadas Leis Orgânicas da Saúde, que é a de nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, o Decreto nº.99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993. As proposições do movimento foram concretizadas por meio da lei 8080/90 e 8142/90 que regulamentou o SUS estabelecido na Constituinte, já citado anteriormente, a

edição da NOB se volta para a definição de estratégias e normas operacionais para o funcionamento e operacionalização do sistema de saúde

Logo a saúde encontrou na Constituição Federal um arcabouço legal que pressupõe a garantia da saúde a todos sem exceção e, como dever do Estado, garantir à população, por meio de políticas sociais e econômicas, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988). Para que a população tenha uma vida saudável, a saúde não requer somente serviços de saúde, mais também requer a elaboração de estratégias para assegurar atendimento a todos, acesso a medicamentos, organização, o financiamento, controle, fiscalização e regulação.

Segundo Mattos (2015), a assistência farmacêutica também foi inserida nesse momento de reestruturação. O termo em si surgiu no contexto em que a distribuição de medicamentos passou a ser necessária. Apesar do decreto nº 68.806 promulgado em 25 de junho de 1971 ter criado o CEME, “contivesse o termo AF, não havia até a promulgação da PNM, uma clara definição de seu escopo de ação, objetivos e o conjunto de atividades que a compunha”(BERMUDEZ et al, 2018, p. 2).

No artigo 6º da Lei nº 8080/1990 está estabelecido que no campo de atuação do SUS ainda estão incluídas no inciso I alínea d, “a execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica” e no inciso VI a formulação da política de medicamentos” (BRASIL, 1990). Esta lei estabeleceu a organização básica das ações e dos serviços de saúde quanto à direção e gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo e o campo de atuação.

De acordo com Mattos (2015) Assistência Farmacêutica (AF) é uma das diversas áreas que integram os sistemas de saúde modernos. Todavia, como parte importante das políticas de saúde e não menos importante, as questões que permeiam o acesso à medicamentos seguiram as mesmas tendências, com períodos oscilantes entre a centralização e a descentralização (SANTOS PINTO, 2008).

De acordo com Santos Pinto (2008), a centralização pode ser representada com a criação do CEME, que foi apontada como um dos marcos iniciais no que diz respeito à preocupação com a questão do acesso da população à Assistência Farmacêutica.

Como órgão da Presidência da República, a finalidade era promover e organizar o fornecimento de medicamentos a preços acessíveis para a população de baixa renda, àqueles que não tinham condições econômicas para adquiri-los (BRASIL, 1971). No entanto, de acordo com o estudo de Bernadez et al. (2018), nos 10 primeiros anos do Sistema Único de Saúde a Assistência Farmacêutica foi marcada pela transição entre a dissolução da CEME e a vigência PNM. “Nessa trajetória inicial reimprimiu-se o Programa Farmácia Básica, marcado pelo envio de kits de medicamentos a municípios pequenos. Isso ainda refletia o caráter centralizador, com

problemas e críticas semelhantes ao que antes havia verificado no período da Ceme”(BERNADEZ et al., 2018, p. 2). Contudo, através da Medida Provisória nº 1576 a CEME foi desativada e suas ações transferidas para outros órgãos e setores do MS, pois apesar das novas diretrizes no sistema de saúde, a AF apresentava contradições com os princípios do SUS (MATTOS, 2015).

Como bem nos assegura Santo Pinto (2008), alguns dos problemas estavam relacionados a práticas ineficientes e duvidosas quanto a distribuição dos medicamentos, problemas com estoque, programação, distância das necessidades de saúde por parte das políticas governamentais. Assim, com sua extinção encerrou-se o ciclo da política centralizada em que o governo federal comprava ou produzia, armazenava ou distribuía os medicamentos à população de baixa renda.

Quanto a descentralização, pode ser visto a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, no qual a saúde passa a ser considerada direito de todos e dever do Estado, assegurando o acesso gratuito aos serviços e ações de saúde de forma universal. Segundo Santos Pinto (2008, p. 26), “a partir daí a noção de democracia passa a ser fortemente vinculada ao conceito de descentralização”. Dessa maneira, respaldado e garantido por lei, a assistência à saúde, os preceitos como a descentralização das políticas de saúde vieram à tona e embasaram a criação do SUS e abriu caminho para um novo sistema (SANTOS PINTO, 2008).

Segundo Conass (2011, p. 16) “as ações de Assistência Farmacêutica devem ser realizadas com base nos princípios estabelecidos no artigo 198 da Constituição Federal e no artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde, bem como em preceitos inerentes à Assistência Farmacêutica, destacando:

- Universalidade;
- Equidade;
- Integralidade;
- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- Multidisciplinaridade e intersetorialidade;
- Garantia da qualidade;
- Estruturação e organização dos serviços farmacêuticos, com capacidade de resolução;
- Normalização dos serviços farmacêuticos;
- Enfoque sistêmico, isto é, ações articuladas e sincronizadas (BRASIL, 1990).

É indiscutível a importância dos serviços de saúde para sanar as lacunas deixadas pelo rápido e crescente desenvolvimento técnico e científico. Esses serviços de saúde se constituem de extrema importância para a qualidade de vida da população, e representam uma grande preocupação dos gestores, seja pela totalidade de recursos por ele absorvidos, seja pelas ações

de assistência desenvolvidas.

Apesar dos esforços para sanar as deficiências na saúde, ainda há parcelas da população que são excluídas de algum tipo de atenção, ainda há muitos fatores que influenciam na assistência à saúde, como por exemplo, as mudanças no perfil epidemiológico, surgimento de novas doenças, irregularidades nos medicamentos, questões que precisam ser sanados por vivemos em um mundo complexo.

Diante disso, o direito à assistência integral farmacêutica garantida pelo SUS levou gestores a discutirem as responsabilidades de cada ente federativo. E considerando a necessidade de o setor de saúde dispor de instrumento legal relacionado a questão de medicamentos, o Ministério da Saúde regulamentou a Política Nacional de Medicamentos (PNM), através da Portaria de nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. A finalidade desta Política é: a promoção do uso racional dos medicamentos; garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

De acordo com Oliveira, Assis e Barboni (2010, p.3562),

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada em 1998, definiu as funções e finalidades da AF dentro do SUS como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, incluindo o abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição) com base na adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); a conservação e o controle de qualidade; a segurança e a eficácia terapêutica e o acompanhamento e avaliação da utilização para assegurar o seu uso racional.

Diante disso, verifica-se que alguns fatores motivaram a formulação da PNM como problemas na garantia de acesso da população dos medicamentos, problemas na qualidade dos medicamentos, uso irracional dos medicamentos e a desarticulação da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2006).

Mattos (2015, p. 16) afirma que a PNM “foi criada com objetivos de integrar os esforços voltados para a consolidação do sistema, aumentar a resolutividade das políticas de assistência farmacêutica, descentraliza-las e nortear as ações das três esferas de gestão”. Fica evidente que a PNM se tornou o instrumento norteador de todas as ações no campo da política de medicamentos no país, visando estabelecer as diretrizes e prioridades para atenção farmacêutica como a reorientação da assistência farmacêutica, a relação de medicamentos essenciais, o gerenciamento de medicamentos e sua regulamentação sanitária.

Para alcançar os objetivos propostos, seguem as diretrizes da PNM de acordo com a portaria 3916/1998:

- Adoção da Relação Nacional Medicamentos Essenciais (Rename)
- Regulamentação sanitária de medicamentos.

- Reorientação da Assistência Farmacêutica.
- Promoção do uso racional de medicamentos.
- Desenvolvimento científico e tecnológico.
- Promoção da produção de medicamentos.
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos.
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

De acordo com as diretrizes estabelecidas, algumas prioridades foram definidas como, a revisão permanente da RENAME, reorientação da assistência farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos e organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos (BRASIL, 2006).

A reorientação do modelo de AF, de acordo com o Ministério da Saúde (2006) seria coordenada e disciplinada em âmbito nacional pelos três gestores do sistema (BRASIL, 2006), deverá estar fundamentada na:

- Na descentralização da gestão.
- Na promoção do uso racional dos medicamentos.
- Na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público.
- No desenvolvimento de iniciativas que possibilitam a redução dos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos do setor privado.

A PNM definiu as responsabilidades das três esferas do governo. Santos Pinto (2008) afirma que ao gestor federal coube a função de organizar e desenvolver ações de implementação da Política, cabendo a esta a aquisição de medicamentos em condições especiais. Ao gestor estadual coube realizar as ações da Política em nível estadual e de suporte técnico aos municípios, além da aquisição e dispensação dos medicamentos excepcionais, com posterior reembolso do gestor federal. Quanto a esfera municipal, esta deve assumir o papel de executora das ações de assistência farmacêutica ficando sob sua competência a dispensação dos medicamentos de atenção básica e essenciais aos usuários do SUS.

De acordo com a portaria 3916/1998, a adoção de relação de medicamentos essenciais compõe “o elenco dos medicamentos essenciais àqueles produtos considerados básicos e de máxima importância para atender a maioria dos problemas de saúde da população” (BRASIL, 1998, s/p). Tais produtos devem estar disponíveis continuamente a população na medida em que deles necessitam. Isso servirá de base para a definição de uma lista de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica. Todavia, essa lista deveria ser adaptada a realidade de cada país e atualizada constantemente com a inclusão e exclusão de medicamentos (SANTOS PINTO, 2008).

A Rename foi instituída através da Portaria MPAS nº233, de 08 de agosto de 1975, porém, antes disso, em 1973 a CEME tinha determinado por meio do seu Plano Diretor o estabelecimento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, entretanto ela só foi aprovada em 1985 (MATTOS, 2015). Como já citado, esta lista de medicamentos essenciais seria definida a partir daqueles medicamentos considerados indispensáveis e imprescindíveis para a população.

A regulamentação sanitária de medicamentos enfatiza as questões relacionadas ao registro de medicamentos e a autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimento, cuja responsabilidade é do gestor federal e as restrições e descarte de produtos que venham a revelar inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância (BRASIL, 1998). A responsabilidade pelas ações de vigilância será destinada aos Estados e Municípios a execução direta.

No contexto da reorientação da assistência farmacêutica, a Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 indica que o novo modelo de assistência farmacêutica será reorganizado de modo que não restrinja a aquisição e dispensação de medicamentos, e ainda implementar no âmbito Federal, Municipal e Estadual do SUS, atividades relacionadas a promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais (BRASIL, 1998).

Para tanto, a reorientação da assistência farmacêutica deverá ser fundamentada na descentralização da gestão e na promoção do uso racional dos medicamentos; ações que otimizem e tornem eficaz o sistema de distribuição no setor público; e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado (BRASIL 1998).

No que diz respeito à promoção do uso racional de medicamentos, a portaria 3916/1998 diz que a atenção será dada ao receituário médico e ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da médica prescrita, à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados (BRASIL, 1998).

De acordo com a Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013 do Conselho Federal de Farmácia – CFF, na seção glossário define-se uso racional de medicamento como:

“O processo pelo qual os pacientes recebem medicamentos apropriados para suas necessidades clínicas, em doses adequadas às suas características individuais, pelo período de tempo adequado e ao menor custo possível, para si e para a sociedade” (BRASIL, 2013, s/p).

Aquino (2008), mostra que os dados acerca do uso irracional de medicamentos no Brasil são assustadores. Segundo estatísticas do Sistema Nacional de Informações Tóxico-

Farmacológicas (Sinitox) da Fundação Oswaldo Cruz, “revelam que os medicamentos respondem por 27% das intoxicações no Brasil, e 16% dos casos de morte por intoxicações são causados por medicamentos, porém não é uma prática exclusiva do Brasil” (AQUINO, 2008, p. 735).

Segundo dados da OMS, de 25 a 70% do gasto em saúde, nos países em desenvolvimento, correspondem a medicamentos, em comparação a menos de 15% nos países desenvolvidos; 50 a 70% das consultas médicas geram prescrição medicamentosa; 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente; 75% das prescrições com antibióticos são errôneas; 2/3 dos antibióticos são usados sem prescrição médica em muitos países; 50% dos consumidores compram medicamentos para um dia de tratamento; 53% de todas as prescrições de antibióticos nos Estados Unidos são feitas para crianças de 0 a 4 anos; os hospitais gastam de 15 a 20% de seus orçamentos para lidar com as complicações causadas pelo mau uso de medicamentos.

Devido a isso, segundo a OMS era necessário estabelecer metas para melhorar a racionalidade do uso de medicamentos, havendo a necessidade de promover a avaliação desse uso e observar o consumo. Um intenso debate tendo como centro esse tema foi feito em 2003 na I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica em 2003. Essa foi a primeira conferência convocada para tratar especificamente do tema Medicamentos e Assistência Farmacêutica no Brasil (BRASIL, 2005).

No que diz respeito ao processo para garantir a segurança, qualidade e a eficácia dos medicamentos relaciona-se ao cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se atividades de inspeção e fiscalização com a finalidade de verificar a regularidade das ações. Essas ações serão efetivadas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 1998). Assim foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (SANTOS PINTO, 2008).

Outra importante estratégia adotada, como desdobramento do processo de implementação da PNM, foi a adoção da política de medicamentos genéricos (SANTOS PINTO, 2008). Os genéricos, como ficaram conhecidos no país, foram criados pela Lei nº. 9.787 de 10 de fevereiro de 1999 e regulamentada pela resolução ANVISA nº. 391 de 10 de agosto de 1999. Segundo Ferreira (2006, p. 16), a Lei dos Genéricos surgem “como um esforço para a redução do preço dos medicamentos ao consumidor e essa redução se dá por meio da competição entre produtores de medicamentos que já possuem a sua patente expirada”. Desse modo, alinhado com a finalidade da PNM de ampliar o acesso a medicamentos, os genéricos chegam como um esforço para a assistência farmacêutica.

Cabe ainda referenciar um marco importante na reestruturação da AF como a realização da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica -CNMAF em 2003,

que foi aprovada pelo plenário da 11º CNS no ano de 2000, no qual foi deliberado com a sociedade questões de cunho social.

Como mencionado, o tema central desta Conferência foi “Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”, organizado em três eixos temáticos, o primeiro subtema foi “Acesso à Assistência Farmacêutica: a relação dos setores público e privado de atenção à saúde”, o segundo subtema foi “Pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção de medicamentos” e o terceiro subtema foi “Qualidade na Assistência Farmacêutica, formação e capacitação de recursos humanos”. Assim, evidencia o caráter universalista da assistência farmacêutica, além da mesma permear toda a rede de serviços do SUS (BRASIL, 2005).

Devido a importância da AF no contexto da saúde, fundamentado nas deliberações da 12º Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, o Conselho Nacional de Saúde aprovou, por meio da Resolução de Nº 338 de 6 de maio de 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF (ANDRADE, 2017), outro marco importante no setor da saúde.

Acima de tudo, reforça a ideia de que ela faz parte do cuidado à saúde individual e coletiva, que tem no medicamento um insumo essencial, e assim, definiu a assistência farmacêutica devendo ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais.

A PNAF se volta especialmente para as ações da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. Ela efetiva o acesso, a qualidade e a humanização na AF, com controle social (BRASIL, 2004) e prevê a manutenção, a descentralização das ações e a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica. Cabe reafirmar que essas ações podem ser dirigidas individualmente ou coletivamente, mas sempre tendo o medicamento como insumo essencial visando o acesso e seu uso racional.

De acordo com a Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, no art. 1 inciso III do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a Assistência Farmacêutica (AF) é:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004, p. 1).

Em conformidade com a PNM é possível dizer que a assistência farmacêutica está fundamentada na descentralização da gestão, na otimização e eficácia do sistema, na aquisição e distribuição de medicamentos essenciais, na promoção do uso racional de medicamentos e no desenvolvimento de sistemas que garantem a qualidade, consiste em um conjunto de práticas voltadas à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial envolvendo todos os medicamentos considerados essenciais.

Assim, com base na Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF, “o Ministério da Saúde - MS vem desenvolvendo um conjunto de atividades com vistas à efetivação da AF enquanto direito social” (PERERIA, 2013). Dessa maneira, as políticas de medicamentos saíram de um cenário isolado e vêm ganhando espaço dentro do pacote das demais políticas de saúde. Cabe ainda referenciar um outro marco importante, depois da PNAF foi a criação do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) em 2004. O PFPPB foi uma alternativa da população a acessar medicamentos gratuitos e alguns com menor custo, que será abordado mais à frente.

2.3.1 Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (AFAB) do SUS

O Sistema Único de saúde, dada sua complexidade e característica, necessita de uma AF estruturada para alcançar bons resultados. Em qualquer atividade é preciso estabelecer objetivos claros, identificar onde e como estamos, aonde pretendemos chegar. Em síntese, para concretizar os objetivos de saúde foram estabelecidas as Políticas Farmacêuticas, a PNM e a PNAF. As políticas funcionam como um guia para direcionar o planejamento e a elaboração de estratégias pertinentes à área, cujo a finalidade é desenvolver um plano de ação, de programas e projetos para sua efetiva implementação como já citado anteriormente.

Segundo Machado (2008) citado por Mattos (2015, p. 19), a assistência farmacêutica “é parte estruturante da atenção básica, na medida em que se articula diretamente com duas importantes diretrizes: resolutividade e reorientação do modelo de atenção”. Contar com uma política de AF é uma prioridade na saúde pública (BRASIL, 2006).

Em primeiro lugar, é importante pontuar que a atenção básica é compreendida como (BRASIL, 2001, p. 7),

(...) um conjunto de ações de alta cobertura populacional e de grande importância executadas pelos serviços de saúde, que têm por características: atender os problemas de saúde mais comuns (maior prevalência) da

população; promover, proteger e recuperar a saúde do indivíduo e da coletividade; e atuar nos âmbitos ambulatorial e domiciliar.

Conforme verificado, a atenção básica pode ser concebida como a porta de entrada dos usuários nos sistemas de saúde. Trata-se inegavelmente de ser a principal porta de entrada, o atendimento inicial, onde o usuário seria orientado e, caso necessário, encaminhado para outros níveis de atenção. Assim, reveste-se de particular importância o desenvolvimento de programas e ações, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários.

Somando-se essa definição de atenção básica e à concepção de assistência farmacêutica estimulada pela PNM, tem-se a definição de Assistência Farmacêutica Básica que “compreende um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamento, destinado a complementar e apoiar as ações de atenção básica à saúde” (BRASIL, 2001, p. 8).

Desse modo, o medicamento é um dos componentes fundamentais da atenção à saúde e sua utilização contribui para a qualidade de vida da população, entretanto, o uso inadequado ou indevido do medicamento pode causar problemas em vez de trazer benefícios a saúde dos indivíduos.

Nessa perspectiva, o propósito da AF é contribuir na melhoria da qualidade de vida da população, integrando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Tendo como objetivo apoiar as ações de saúde na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e promover o seu uso racional (BRASIL, 2006). Então, é preciso assumir que a AF é parte integrante da política de saúde.

O marco legal para a descentralização da Assistência Farmacêutica, é a Portaria nº 176 de 08 de março de 1999, que estabeleceu os critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. Esta portaria trouxe incentivo à AF básica além representar claramente a intensão do governo federal para a provisão de medicamentos básicos à população (SANTOS PINTO, 2008).

As funções ou atividades da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2006, p. 13) são:

- Planejar, coordenar, executar, acompanhar e avaliar as ações.
- Articular a integração com os serviços, profissionais de saúde, áreas interfaces, coordenação dos programas, entre outras.
- Elaborar normas e procedimentos técnicos e administrativos.
- Elaborar instrumentos de controle e avaliação.
- Selecionar e estimar necessidades de medicamentos.
- Gerenciar o processo de aquisição de medicamentos.
- Garantir condições adequadas para o armazenamento de medicamentos.

- Gestão de estoques.
- Distribuir e dispensar medicamentos.
- Manter cadastro atualizado dos usuários, unidades e profissionais de saúde.
- Organizar e estruturar os serviços de AF nos três níveis de atenção à saúde no âmbito local e regional.
- Desenvolver sistema de informação e comunicação.
- Desenvolver e capacitar recursos humanos.
- Participar de comissões técnicas.
- Promover o uso racional de medicamentos.
- Promover ações educativas para prescritores, usuários de medicamentos, gestores e profissionais da saúde.
- Desenvolver estudos e pesquisa em serviço.
- Elaborar material técnico, informativo e educativo.
- Prestar cooperação técnica.
- Assegurar qualidade de produtos, processos e resultados.

De acordo com Santos Pinto (2008), o Pacto pela Saúde em 2006, modificou a forma de prover a alocação de recursos federais referente ao SUS para Estados e municípios. O financiamento da atenção básica seria de competência das três esferas de gestão do SUS: União, estados e municípios (BRASIL, 2006). Já o bloco do financiamento da assistência farmacêutica, o financiamento federal da aquisição de medicamentos, bem como todas as ações e serviços de saúde foram divididos em três componentes: básicos, estratégicos e medicamentos de dispensação excepcional (VIERA, 2010):

- a) Componente Básico: destinado à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica à saúde;
- b) Componente Estratégico: destinado ao custeio de ações relativas aos seguintes programas: o Controle de Endemias; Programa DST/Aids – Anti-retrovirais; Sangue e Hemoderivados; e Imunobiológicos;
- c) Componente Especializado: destinado ao financiamento, juntamente com os estados e o Distrito Federal, da aquisição e distribuição de medicamentos de dispensação de caráter excepcional, conforme constam na tabela de procedimentos SIA/SUS.

Nessa perspectiva, o autor citado anteriormente afirma que além do financiamento federal, estados e municípios também devem alocar recursos próprios para a aquisição de medicamentos (VIEIRA, 2010). Com isso, observamos nos últimos anos diversos avanços no que diz respeito à provisão de medicamentos pelo Governo Federal.

A compra pública de medicamentos no Brasil apresenta-se como uma questão crucial dentro da maioria dos sistemas de saúde (SANTOS PINTO, 2008). Isso porque os gastos com medicamentos representam um grande impacto tanto para os governos quanto para os

indivíduos. Nesse sentido, os gestores precisam estar capacitados para desenvolver todas as atribuições envolvidas no processo para que ao chegar ao fim tenha-se adquirido medicamento com bom preço, de boa qualidade e de forma necessária a suprir a demanda (SANTOS PINTO, 2008), evitando assim, ineficiências no ciclo de assistência farmacêutica.

3 METODOLOGIA

De acordo com Gil (2002, p.17), pesquisa é definida como “o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos”. Desse modo, pesquisa pode ser entendida como um conjunto de etapas e ações, que permite conhecer, descobrir novos dados em uma determinada área. Portanto, “pesquisar é buscar resposta para alguma coisa que não dispõe de informações suficiente” (GIL, 2002, p. 17).

Para o desenvolvimento deste trabalho, esta pesquisa se caracteriza por abordagem qualitativa, pois esta preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados (GERHARDT, SILVEIRA, 2002). Segundo Prodanov e Freitas (2013, p.70), “a abordagem qualitativa tem o ambiente como fonte direta de coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave”. Para o autor, a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são focos principais desta abordagem.

Ainda para Gerhardt e Silveira (2002, p. 32), as características da pesquisa qualitativa “são objetivação do fenômeno, hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar [...]”. Para eles, os pesquisadores que utilizam esse método buscam explicar o porquê das coisas, exprimido o que convém ser feito.

Nesse sentido, nesta pesquisa foram empregadas a pesquisa descritiva e exploratória. De acordo com os estudos de Gehardt e Silveira (2009), a pesquisa descritiva exige que o pesquisador descreva os fatos acerca do objeto de pesquisa. Nas palavras das autoras, “a pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade” (p.35). A partir disso, a pesquisa descritiva foi aplicada no presente trabalho com a intenção de auxiliar na descrição do objeto pesquisado, isto é, o programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

Como mencionado, a pesquisa exploratória também foi aplicada neste estudo. Ainda conforme os estudos das autoras, Gehardt e Silveira (2009), “este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”(p.35). Por essa razão foi empregado nesta pesquisa. Ademais, essa

pesquisa em geral, envolve a utilização de levantamento bibliográfico, podendo ser classificada como uma pesquisa bibliográfica ou estudo de caso. Este, por sinal, foi o método de estudo aplicado neste trabalho.

O método de pesquisa aplicado foi o estudo de caso, pois este permite um estudo amplo e profundo sobre um assunto, permitindo assim, aprofundar o conhecimento sobre ele. Para Gil (2002, p. 54), estudo de caso “consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento”.

Para Yin (2005, p. 32), estudo de caso “é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, [...] no qual são utilizadas várias fontes de evidência”. Ainda segundo Yin (2005, p. 28), “o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que responde às perguntas “como” e “por que” sobre um conjunto contemporâneo de acontecimentos sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle”. Assim, a realização de um estudo de caso é justificável uma vez que no presente estudo se investiga o programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, apresentando um breve percurso histórico da saúde no país, a criação e funcionamento do programa, além de explicitar o acesso por parte da população ao programa e o controle deste pelo governo.

Os pressupostos evidenciados até aqui se justificam na medida que a construção deste trabalho se fundamenta na intenção de responder uma questão que está formulada no seguinte problema de pesquisa: Como as parcerias público-privadas "Aqui tem Farmácia Popular" do programa "Farmácia Popular" facilitam o acesso da população aos medicamentos essenciais e como o governo acompanha a efetividade do programa?

Assim sendo, esta pesquisa busca responder tal questão mediante a pesquisa bibliográfica em diversos referenciais teóricos e documentos que versam sobre o tema deste trabalho, além de coletar informações do Sala de Apoio à Gestão Estratégica Ministério da Saúde (SAGE) com a finalidade de obter dados sobre o número de farmácias ativas e o número de municípios ativos com o programa Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP) e também sobre as transferências fundo a fundo do ATFP. Ademais, é apresentado neste trabalho um breve histórico da evolução do programa no país, aborda-se o sistema de saúde e assistência farmacêutica à população, além de apresentar um passo a passo de como é realizada a compra de um medicamento dentro do programa.

A pesquisa bibliográfica foi de suma importância, uma vez que fundamentou as discussões e análises por meio do uso de fontes textuais e materiais elaborados dos mais diversos gêneros constituídos principalmente por livros, revistas, artigos, teses, dissertações, leis, relatórios, sites, entre outros, para identificar os conceitos, antecedentes históricos e desenvolvimento ao longo dos anos da saúde brasileira, descrevendo o SUS, a Assistência Farmacêutica, o Programa Farmácia Popular e o Aqui Tem Farmácia Popular a fim de

proporcionaram o aporte teórico para a pesquisa.

Tais recursos metodológicos de pesquisa foram fundamentais na elaboração do presente trabalho, a fim de alcançar os objetivos propostos: (a) Fazer considerações sobre o Sistema Único de Saúde; (b) Explicitar as Políticas de Assistência Farmacêutica; (c) Abordar e explicar o Programa Farmácia Popular; (d) Evidenciar o funcionamento, acesso e controle do "Aqui tem Farmácia Popular". Na intenção de atingir os objetivos foram utilizadas de algumas estratégias, como por exemplo, uma intensa pesquisa em estudos e documentos que abordassem o tema estudado.

Portanto, este trabalho se justifica à medida que é importante levantar discussões acerca da assistência farmacêutica no país, além de se configurar enquanto uma produção de conhecimento que pode auxiliar outras pesquisas.

4 PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL (PFPB)

Diante das políticas de assistência farmacêutica do governo federal percebeu-se diversas mudanças ao longo das décadas com intuito de prover ações e serviços de saúde. Observamos diversos avanços no que diz respeito à provisão de medicamentos pelo Governo Federal aos que necessitam. Como estratégia de ampliação do acesso aos medicamentos para as doenças mais prevalentes, o Ministério da Saúde instituiu em 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFBB) (TAVARES; PINHEIRO, 2014).

No Brasil, segundo a constituição de 1988, todos os brasileiros têm direito ao acesso universal e gratuito à saúde, através do sistema público de saúde, que é o SUS. Em cima disso, o governo federal realizou esforços para melhorar a qualidade de vida da população, tanto que lançou em 2004 o programa de copagamento denominado "Farmácia Popular do Brasil". Este programa busca disponibilizar medicamentos e/ou correlatos a população pelo Ministério da Saúde, mediante a rede própria, constituída por Farmácias Populares, em parceria com os Estados, Distrito Federal e Municípios (BARBOSA, 2018).

Criado com a finalidade de ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, o programa consiste no governo federal adquirir os medicamentos junto aos laboratórios públicos ou do setor privado, quando necessário, e disponibiliza-los a preço de custo nas farmácias populares.

Alencar et al (2018), afirma que a iniciativa de um programa de farmácias populares foi de autoria do deputado Eduardo Jorge apresentada no Projeto de Lei (PL) nº 4702/1994, que se justificava pela dificuldade de a população ter acesso à medicamentos face aos altos preços dos mesmos. De acordo com o PL de nº 4702/1994 Art. 2, entende-se por farmácia popular,

O estabelecimento farmacêutico de caráter privado que, mediante contrato de franquia empresarial com o Estado, comercializa diretamente ao consumidor, na forma do varejo, medicamentos a preços reduzidos, com preços tabelados e margem de comercialização pré-estabelecido (PL 4702/1994, p. 1).

Desse modo, as farmácias populares seriam o estabelecimento farmacêutico com personalidade privado que, por meio de franquia com o Estado, comercializariam medicamentos a preços reduzidos, tabelados, com margem de lucro definida.

Posteriormente, durante a XII Conferência Nacional de Saúde, o ministro da saúde na época, Humberto Costa, anunciou a instalação de farmácias populares no País. Assim, o PFPB foi implantado pelo governo federal por meio da Lei nº 10.858, em 13 de abril de 2004 e regulamentada pelo Decreto nº 5.090 de maio de 2004 (INOCENCIO, VIVO, 2011), que se justificava em decorrência da necessidade de ações para promover a universalidade do acesso aos medicamentos. Um dos objetivos do programa seria beneficiar principalmente as pessoas que têm dificuldade para realizar o tratamento por causa da repercussão desses gastos no orçamento familiar. Por conseguinte, o PFPB é uma nova política de assistência dentro do SUS e que está inserida numa política maior que é a PNAF (VIEIRA, 2010).

Fica evidente que o principal intuito deste programa é prover assistência farmacêutica à população. Neste contexto, a finalidade do programa é favorecer as pessoas de baixa renda, viabilizar a realização do tratamento em face ao alto custo dos medicamentos. Não é exagero afirmar que PFP pode contribuir para a diminuição das despesas do SUS com internações que são provocadas pelo abandono do tratamento.

Passados dois anos após sua criação, o PFPB foi ampliado para farmácias da rede privada, conforme previa o Decreto nº 5.090/2004, e assim os cidadãos puderam adquirir medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes mediante copagamento (ALENCAR et al., 2018). Desse modo, o programa se desenvolveu por meio de duas vertentes diferenciadas: rede própria como mencionado anteriormente e posteriormente em 2006 surgiu outro programa por meio da rede privada de farmácias e drogarias denominado “Aqui Tem Farmácia Popular”.

A primeira vertente do Programa Farmácia Popular, tratava da implantação de unidades em parceria com estados, municípios e instituições. Nessas unidades, os medicamentos foram adquiridos em laboratórios próprios ou privados e distribuídos por meio da Fiocruz (JUNGES, 2009). E a segunda vertente do Programa Farmácia Popular do Brasil, que é objeto de estudo deste trabalho, no mecanismo de copagamento, o MS repassaria às farmácias e drogarias privadas 90% do valor de referência do produto (ALENCAR et al., 2018).

Concebida enquanto alternativa de acesso à medicamentos, o programa AFTP em parcerias com as farmácias privadas ampliariam o acesso à medicamentos, permitindo aos usuários acessarem esses produtos com menor valor para fazerem seu tratamento. Portanto, o

programa garante a universalidade do acesso à saúde assim como garantido na Constituinte (VIEIRA, 2010).

Inquestionavelmente o PFPB tem como propósito assegurar ao cidadão o acesso à medicamentos essenciais para o tratamento das doenças mais prevalentes na população. Salienta-se ainda que, com relação ao elenco de medicamentos, a maioria dos produtos no rol do PFPB estão presentes na RENAME (SILVA; CAETANO, 2015).

No ano de 2011, os medicamentos para tratamentos de hipertensão e diabetes tornaram isentos de copagamento em ambas vertentes, ou seja, sem a necessidade de pagamento por parte dos usuários (ALENCAR et al., 2018). Segundo Silva e Caetano (2015), isso foi possível através de uma campanha denominada “Saúde Não Tem Preço”. E posteriormente os medicamentos para asma também foram isentos de desembolso financeiros por parte dos usuários, tanto nas farmácias da rede própria e naquelas conveniadas ao ATFP.

Através da Portaria 184/2011 todas as farmácias da rede própria e as farmácias e drogarias credenciadas no ATFP seriam obrigadas a praticar o preço de dispensação e os valores de referência. Nestes casos o valor de referencial é coberto totalmente pelo MS, que paga diretamente aos estabelecimentos cadastrados seguindo as regras estabelecidas (TAVARES; PINHEIRO, 2014).

De acordo com a Portaria 184/ 2011 art. 9º, inciso VIII, IX, X e XI e Portaria 111/2016, art. 3º, inciso VII, VIII, IX e X consideram-se as seguintes definições:

- Unidade de produto (UP): fração unitária corresponde a uma unidade farmacotécnica do medicamento ou a fração unitária de produtos correlatos;
- Valor de Referência (VR): preço referencial fixado pelo Ministério da Saúde para cada princípio ativo e correlato constante do Programa e definido para cada unidade de produto (up);
- Preço de Dispensação -rede própria (PD-RP): valor do medicamento e correlato fixado para as farmácias da rede própria do PFPB; e
- Preço de venda -Aqui Tem (pv-at): valor do medicamento e correlato praticado pelas farmácias e drogarias no ato da venda ao paciente, inclusive com eventuais descontos (s/p).

Em 2014, segundo Tavares e Pinheiro (2014), o PFPB articulou-se a outros programas governamentais como o Plano Brasil Sem Miséria (PBSM), Brasil Carinhoso, Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis e Programa Mais Médicos com o propósito de combater as desigualdades sociais e construir intervenções voltadas para a redução da vulnerabilidade em todos os lados. Assim, segundo Tronco e Ramos (2017), os programas visam alcançar as pessoas mais distantes, mais vulneráveis e mais abandonadas.

Quanto as regras de funcionamento do PFPB, encontram-se regulamentadas pela Portaria nº. 971/2012 e atualmente pela Portaria nº. 111/2016. Estas normas possuem requisitos explícitos quanto a comercialização e dispensação dos medicamentos e/correlatos no PFPB. As

farmácias e drogarias devem observar as seguintes condições:

- Paciente deverá apresentar documento oficial com foto;
- Número de Cadastro de Pessoa Física- CPF;
- Apresentação da prescrição médica no caso de medicamentos e laudo ou atestado médico no caso de correlatos, ambas assinadas e carimbadas, contendo número de inscrição do médico no Conselho de Medicina (CRM), endereços do estabelecimento de saúde e do paciente, data da expedição da receita e nome completo do usuário;
- Atualmente 180dias, a partir da data de emissão da receita e para os contraceptivos, prazo de 12 meses. Para aquisição de fraldas, é necessário apresentar prescrição, laudo ou atestado médico (s/p).

De acordo com a Portaria 184/ 2011 art. 9º, inciso II e III e Portaria 111/2016, art. 3º, inciso II e III, consideram-se as seguintes definições:

- II - Medicamento: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, que contém um ou mais fármacos juntamente com outras substâncias, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico;
- III - Correlato: a substância, produto, aparelho ou acessório não enquadrado nos conceitos de droga, medicamento ou insumo farmacêutico, cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou a fins diagnósticos e analíticos, os cosméticos e perfumes, e, ainda, os produtos dietéticos, óticos, de acústica médica, odontológicos e veterinários

Para a aquisição dos medicamentos e/ou correlatos é necessário a presença do usuário ao estabelecimento e os requisitos citados acima, entretanto, só serão dispensados de presença física o paciente que apresentar alguma incapacidade prevista nos termos dos art. 3º e 4º do Código Civil Brasileiro. Nesse caso, é necessário que o representante do mesmo apresente documento legal, prescrição, laudo ou atestado médico e documentos do titular (SILVA; CAETANO, 2015). No quadro 2, logo a seguir, está representado a operacionalização e funcionamento das duas vertentes.

Menores de idade podem ter acesso aos medicamentos disponibilizados no Farmácia Popular, porém, a compra precisa ser feita pelos pais, mas com o CPF do filho. Caso este não tenha documento, a venda pode ser registrada no CPF da mãe ou do pai, no entanto, pode haver problemas, uma vez que há uma quantidade máxima mensal de medicamentos a serem adquiridos (BRASIL, s/n).

Diferenças	Rede própria	Aqui tem Farmácia Popular
Gestão	Gestão conjunta nível central entre o MS e a Fundação Oswaldo Cruz	Nível central do MS e a rede privada
Execução	Execução da Fiocruz em convênios com estados, municípios e outras instituições sem fins lucrativos	Credenciamento direto de farmácias e drogarias provadas por adesão
Estruturação e Operacionalização	A Fiocruz é responsável pela infraestrutura e manutenção dos estoques de medicamentos. MS repassa valores financeiros para conveniados implantarem e manterem as farmácias próprias	Usa a capacidade instalada existente do setor privado. Credenciamento exige documentos sanitários, fiscais e estrutura de tecnologia de informação.
Medicamentos e produtos para saúde	Referência, genéricos ou similares 112 itens Antibióticos, antiparkinsonianos, antidiabéticos, antihipertensivos, anti-histamínicos, ansiolíticos, analgésicos, contraceptivos, antiinflamatórios, antipsicóticos, antiasmáticos, osteoporose e preservativo	Referência, genéricos ou similares 41 itens Antiparkinsonianos, antidiabéticos, antihipertensivos, antiasmáticos, dislipidemia, contraceptivos, osteoporose, glaucoma e rinite Fraldas geriátricas
prescrição Médica laudos e atestados médicos	Validade 120 dias Contraceptivos 12 meses Limite de posologia mensal por consensos clínicos de tratamento no SUS. Permitido ao farmacêutico realizar somente a intercambialidade entre medicamentos genérico e de referência. Passou de 120 para 180 dias. Contraceptivos 365 dias.	Validade 120dias Contraceptivos 12 meses Limite de posologia mensal por consensos clínicos de tratamento no SUS Permitido ao farmacêutico realizar somente a intercambialidade entre medicamentos genérico e de referência Passou de 120 para 180 dias. Contraceptivos 365 dias.
Preço do produto e pagamento aos credenciados	Preço de dispensação = custos de produção ou aquisição da Fiocruz + custos administrativos (de operação) Valores recolhidos à Fiocruz	VR por unidade farmacotécnica, definido pelo MS MS paga 90% e usuário 10% do VR à farmácia credenciada

Controle e Auditoria	Conselho Gestor do PFPB Sistema de vendas do DATASUS	Nível central do MS Sistema Eletrônico de Autorização de Dispensação de Medicamentos e Correlatos Departamento Nacional de Auditoria do SUS
Valor pago pelo usuário	O usuário pagará tão somente, aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação, conforme valores de dispensação fixados.	O MS pagará até 90% do valor de referência estabelecido, e o usuário ficará responsável pelo 10% restante.

Fonte: Silva; Caetano (2015).

O quadro 2 mostra que os medicamentos possuem preço tabelado na modalidade própria, que refere a um valor de ressarcimento, que é o mesmo para cada produto. E já na modalidade ATFP, os preços dos medicamentos variam entre as farmácias credenciadas, e se limita por um valor de referência estipulado para cada medicamento pelo MS. Como verificado no quadro, o MS paga até 90% do menor preço praticado no momento da venda, sendo a diferença coberta pelo usuário.

O quadro também aponta que o elenco de medicamentos na modalidade rede própria é bem maior que o da modalidade ATFP. Todavia, em 2017 foi extinta a modalidade rede própria do PFPB, sob o argumento de ser um programa muito dispendioso (ALENCAR et al., 2018). Como objetivo de estudo vamos analisar o programa ATFP.

4.1 Aqui Tem Farmácia Popular

Por meio da Portaria nº 491, em março de 2006 o PFPB foi expandido por meio de parcerias /convênios com farmácias e drogarias da rede privada, chamado de “Aqui Tem Farmácia Popular”. Esses estabelecimentos são legalmente credenciados, a adesão desses estabelecimentos ocorre mediante a manifestação de interesse do empresário em participar do programa solicitando seu cadastro, desde que, cumprido os requisitos de entrada e comprovados por meio de documentos de caráter fiscal e sanitário (TRINDADE, 2018). Depois de aprovado em todas as etapas, a empresa deverá instalar um programa de dispensa de medicamentos nos computadores de venda.

De acordo com o art.10, seção I, da Portaria 111/2016, para a adesão ao PFPB na modalidade ATFP poderão participar do programa as farmácias e drogarias que atenderem os seguintes requisitos:

- I - Requerimento e Termo de Adesão (RTA) assinado pelas partes interessadas;
- II - Licença Sanitária Estadual ou Municipal, ativa e válida, nos termos da legislação vigente;
- III - Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), da Secretaria de Receita Federal do Brasil;
- IV - Registro na Junta Comercial;
- V - Autorização de funcionamento emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- VI - situação de regularidade com a Previdência Social;
- VII - Farmacêutico responsável técnico com Certificado de Regularidade Técnica (CRT) válido e emitido pelo Conselho Regional de Farmácia (CRF);
- VIII - Dispor de equipamento eletrônico adequado para emissão de documento fiscal e cupom vinculado para processamento das operações eletrônicas do PFPB, conforme detalhamento constante na Subseção II deste Capítulo;
- IX - Dispor de sistema de gerenciamento eletrônico capaz de realizar requisições eletrônicas, por meio de interface web; e
- X - Dispor de pessoal treinado para atuar no PFPB, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos.

Esta vertente visa levar o benefício da aquisição de medicamentos essenciais a baixo custo a mais lugares e mais pessoas, aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção X distribuição X varejo), por meio da parceria entre o Governo Federal e o setor privado varejista farmacêutico (BRASIL, 2016).

Esta versão do programa exige um padrão de identidade nos estabelecimentos credenciados como a logomarca do programa, como mostra a figura 4. Segundo Silva e Caetano (2015), o elenco de medicamentos no ATEP se deu da seguinte maneira: iniciou-se com alguns medicamentos para tratamento da hipertensão e antidiabéticos; em 2007 ocorreu a inserção dos anticoncepcionais; em 2009 houve a incorporação de novas apresentações de medicamentos para tratamentos de diabetes; no ano seguinte, especificamente em Fevereiro de 2010, houve a necessidade de acrescentar um medicamento para combater a Influenza H1N1; também neste ano, no mês de abril, foram agregados outras quatro apresentações de medicamentos para tratamentos de diabetes e três apresentações para combater o dislipidemia, além da inclusão de novas classes farmacológicas, como antiasmáticos, tratamento para rinite, mal de Parkinson, osteoporose, glaucoma e fraldas geriátricas para continência urinária. E em 2011, incluiu produto dirigido ao tratamento de diabetes.

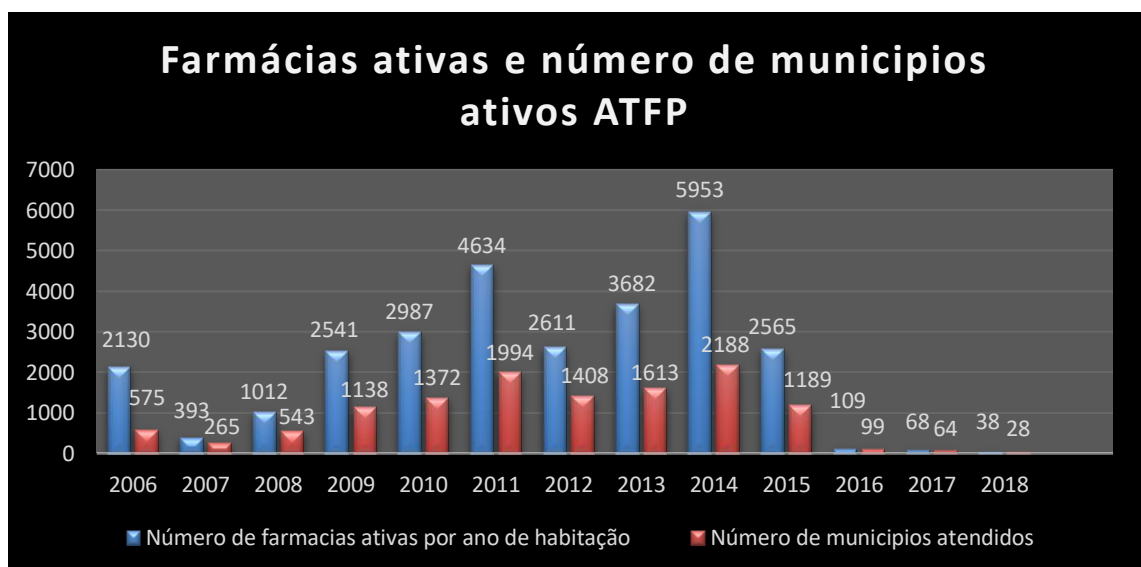
Figura 4 - Logomarca do programa Aqui Tem Farmácia Popular



Fonte: (BRASIL, 2020).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a estimativa da população brasileira em 1º de julho de 2019, era de 210.147.125 habitantes, espalhados pelos 5.570 municípios do país. Desse total de municípios, 4.346 são conveniados no ATFP de acordo com dados da SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica). Veja no gráfico 1 a seguir, a evolução do programa ATFPB.

Gráfico 1 - Número de farmácias ativas e número de municípios ativos com o programa ATFP



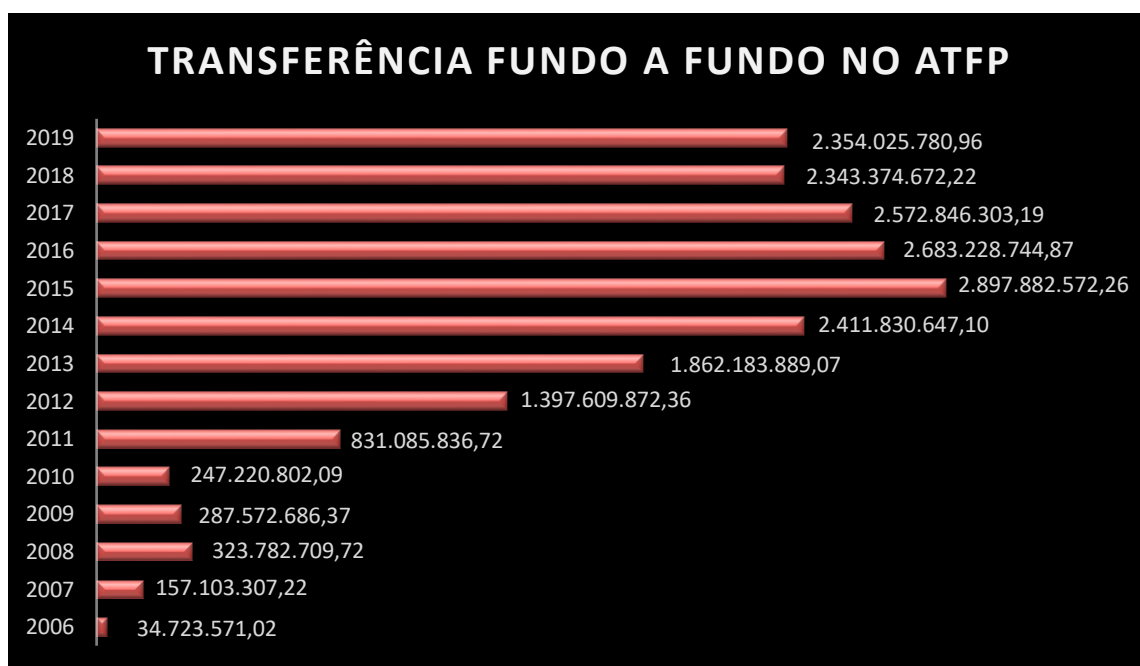
Fonte: Sage (2019).

Anualmente, as farmácias que já são credenciadas ao Programa, isto é, que fizeram o procedimento para integrar o Aqui Tem Farmácia Popular e executá-lo nas drogarias, precisam fazer uma renovação do seu cadastro. Esta renovação é realizada por meio de um sistema da Caixa. No sistema, um responsável legal ou usuário autorizado acessa o sistema e providencia a atualização no portal do SIFAP (FEBRAFAR, 2013). O processo de renovação não é automático e tem que ocorrer até o dia 30 de abril de cada ano.

Caso a farmácia não fizesse a renovação do cadastro por dois anos consecutivos, era descredenciada do programa e, só poderia solicitar adesão após 6 meses a partir da data da publicação no DOU (BRASIL, s/n). Desde 2014 não há novos credenciamentos de farmácias no Programa, o que se deve ao fato deste já ter alcançado a meta prevista.

Outro aspecto importante, é o gasto do governo na parceria público-privado no PFPB. Veja no gráfico 2, os respectivos valores de transferências para as farmácias e drogarias:

Gráfico 2 – Transferência Fundo a Fundo no ATFP



Fonte: Sage (2019).

O gráfico 2, mostra a evolução do programa desde a sua implementação. Fica evidente o aumento do gasto do governo na manutenção do programa, principalmente o aumento do volume dos gastos com pagamentos de medicamentos a partir de 2011, que coincide com o

início da isenção de copagamento de alguns medicamentos estabelecidos através da campanha SNTP com os medicamentos antihipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos citados anteriormente e que seriam disponibilizados gratuitamente.

Inegavelmente nota-se que o programa ATFP possibilitou o aumento do acesso da população aos medicamentos. Além do mais o programa atingiu o seu objetivo que é ampliar o acesso a medicamentos levando-os a mais lugares e possibilitando o acesso de mais pessoas. Tudo isso se deve a grande distribuição da rede privada de farmácias e drogarias levando benefícios a toda população.

Contudo, é de suma importância a função de regular, fiscalizar e controlar, a fim de garantir a manutenção dos programas assistenciais de saúde, mantendo assim, a eficiência e a eficácia nos programas sociais.

Atualmente houve alterações no programa farmácia popular devido à situação de emergência de saúde pública decorrente do novo Coronavírus (COVID-19). Considerando a necessidade de adotar medidas de proteção para o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus (COVID-19), o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (DAF/SCTIE/MS) informou que a Coordenação do Programa Farmácia Popular do Brasil (CPFP), alterou em caráter excepcional e temporário, as regras previstas no Manual de Orientações às Farmácias e Drogarias Credenciadas no Aqui Tem Farmácia Popular. Foram ampliados os prazos e as quantidades autorizadas de todos os medicamentos dispensados nas drogarias e farmácias credenciadas ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” (BRASIL, 2020).

Essas medidas são de extrema importância porque visa reduzir a circulação de pessoas e evitar maior exposição da população ao Coronavírus (BRASIL, 2020). A Coordenação do Programa Farmácia Popular alterou a periodicidade entre as dispensações, antes o programa autorizava a dispensação dos medicamentos em quantitativo suficiente para o tratamento correspondente ao período de 30 dias, conforme as especificidades de cada doença, desse modo o paciente voltava ao estabelecimento mensalmente, agora a CPFP ampliou o prazo para 90 dias, assim o paciente poderá retirar em um único atendimento o quantitativo suficiente para 3 meses, observado o disposto na prescrição, laudo ou atestado médico (BRASIL, 2020).

Outra alteração importante feita pela CPFP foi autorizar o uso de instrumento particular de procuração simples, sem a necessidade do reconhecimento de firma em cartório. A coordenação flexibiliza a comprovação de representação legal para quem é impedido de ir pessoalmente às farmácias, assim àqueles pacientes que ainda não possuem a procuração não

será exigido o reconhecimento de firma basta apresentar uma procuração simples desde que constem todas as informações prevista do outorgante e do outorgado e o mesmo assinado pelo outorgante, mas isso, excepcionalmente enquanto perdurar à situação de emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus (BRASIL, 2020)

Salienta-se que essas medidas adotadas têm a intenção de reforçar os cuidados preventivos e diminuir os riscos de contágio, entendendo que a redução do contato social é medida importante para reduzir a disseminação. Por fim, tais medidas excepcionais e temporárias, poderão ser revogadas a qualquer momento por deliberação da CPFPP (BRASIL, 2020).

4.2 Acesso e controle do Programa Farmácia Popular

A partir do que foi explicitado até o momento, é possível afirmar que o Programa Aqui tem Farmácia Popular, por estar credenciado a mais de 20 mil farmácias e atender milhares de pessoas, é um programa que tem grande significado para o Ministério da Saúde (FEBRAFAR, 2008). E não só, é significativo principalmente para a população que tem acesso ao programa, que conseqüentemente, de certa maneira, permite uma melhor qualidade de vida.

Ao longo dos anos, o programa que beneficia a população brasileira ao que se refere ao acesso à medicamentos, tem ampliado a sua capacidade de atendimento indo ao encontro da demanda da sociedade. Nesse sentido, na tabela 1, pode-se observar como o programa foi crescendo no período de 2004 a 2012.

Tabela 1- Número de farmácias, municípios cobertos e usuários atendidos no “Farmácia Popular do Brasil¹”.

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

¹ Ressalta-se, como foi apresentado neste trabalho, que atualmente o nome do programa é “Aqui tem Farmácia Popular”.

Fonte: Silva; Caetano (2015).

Assim sendo, o programa foi conquistando notoriedade e expandindo o seu acesso. Dessa forma, com mais farmácias aderindo ao programa, conseqüentemente, este estava presente em mais municípios e mais usuários conseguiram os medicamentos que necessitavam. Em números, de 2006 a 2012, o programa aumentou em cerca de 96%, sua capacidade de atendimento, o que é bem expressivo.

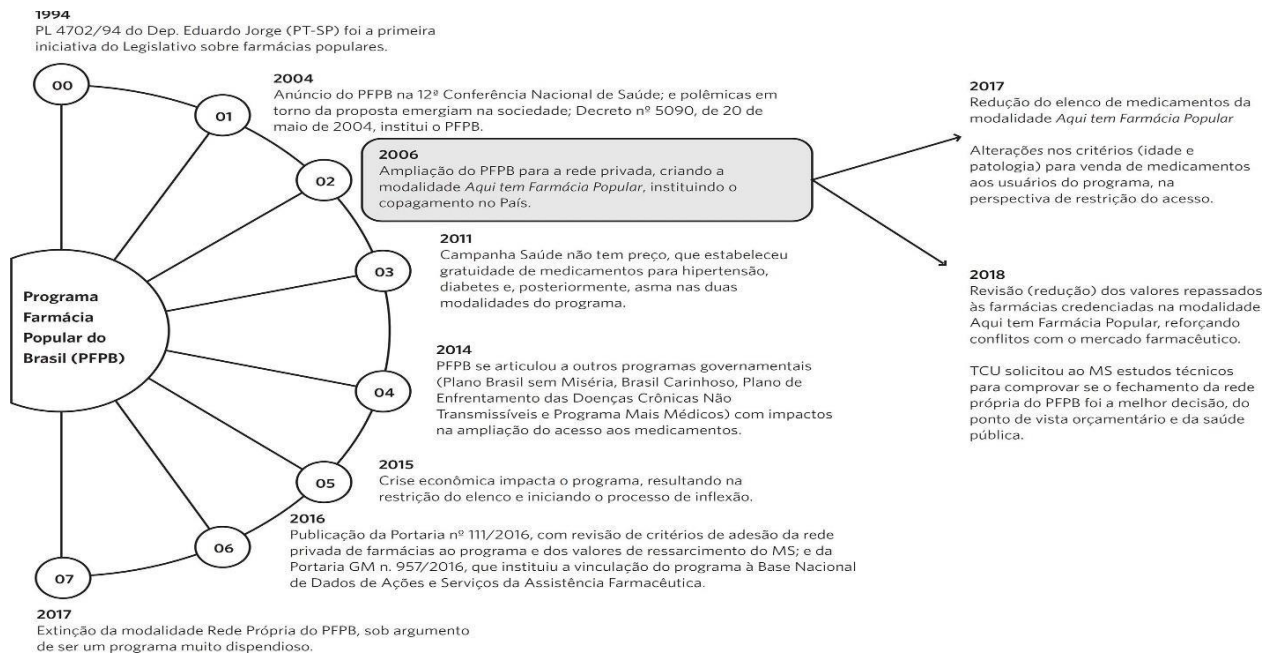
Apesar dos avanços, o programa enfrentou inúmeros problemas, entre eles, foi auditado em 2011, em que foram identificadas várias irregularidades no processo de acreditação das farmácias, inexistência de estratégias que identificassem fraudes, além de questões administrativas (ALENCAR et al. 2018). Tal processo desencadeou mudanças no credenciamento, bem como no controle do programa. Em 2015, devido a uma crise estabelecida ainda no governo da Presidenta Dilma Rousseff, o programa sofreu inflexão, isto é, os cortes orçamentários realizados afetaram o PFPB, o que conseqüentemente, impactaram no acesso da população aos medicamentos.

Em uma matéria publicada na página do Ministério da Saúde em 2016 (s/p), “mais de 38 milhões de pessoas acessaram o programa nos últimos dez anos. Os idosos são os mais beneficiados, pois representavam cerca de 45% do total atendido mensalmente”. Tal número indica que cerca de 20% da população utilizou os benefícios do programa. Ainda nesse ano, o Programa atendia aproximadamente 9 milhões de pessoas mensalmente, sendo a grande maioria idosos acima de 60 anos (BRASIL, 2016).

De acordo com Alencar et al. (2018), as transformações foram ainda mais intensas em 2017, como já foi enunciado neste trabalho, a modalidade rede própria foi tirada do Programa Farmácia Popular do Brasil. Corroborando com tal ideia, no Relatório de Gestão da Fiocruz (BRASIL, 2018, p.80), consta que pelo fim da Programa Farmácia Popular do Brasil em 2017, “as receitas advindas de transferências correntes do Programa sofreram uma queda expressiva”.

Nesse sentido, na figura (4) a seguir está representado as transformações que ocorreram no Programa ao longo dos anos desde 1994 a 2018.

Figura 5- Transformações do Programa



Fonte: Alencar et al (2015, p. 168).

A partir da figura é possível perceber que o PFPPB sofreu diversas alterações desde a sua criação até o ano de 2018. É importante salientar que essas alterações têm impactos significativos no acesso e também no controle dos medicamentos por parte da população e dos órgãos competentes.

Segundo, em 2019, o Farmácia Popular atendeu cerca de 50 milhões de pessoas, de acordo com o diretor da MSD. Ademais, o Programa possibilitou diminuir o fluxo de indivíduos nos postos de saúde, permitindo que os medicamentos fossem retirados em estabelecimentos mais próximos de casa (GUIA DA FARMÁCIA, 2019).

Analisando, considerando os dados da tabela (1), em 2012 o Programa atendeu quase que 12 milhões de usuários, e em 2019 aumentou os atendimentos em um pouco mais de 38 milhões, tendo um crescimento de aproximadamente 316%. Assim sendo, pode-se afirmar que é um Programa essencial que garante por meio do acesso aos medicamentos, a qualidade de vida dos brasileiros.

A partir da ampliação do Programa e a fim de continuar garantindo a efetividade de seu funcionamento, foi estabelecida estratégia de controle, o processo de auditoria. Este visa “fiscalizar” e impedir que irregularidades aconteçam na execução do Programa. As auditorias fiscalizam os estabelecimentos farmacêuticos e se estes estão de acordo com as regras estabelecidas para o funcionamento do Programa.

É um procedimento que se faz necessário, uma vez que devido ao número de Farmácias vinculadas, irregularidades podem acontecer, sendo preciso então, um mecanismo de controle,

monitoração e fiscalização. “A ideia da auditoria e fiscalização é identificar os problemas, controlar os resultados do programa, garantir transparência e manter o programa sustentável para que realmente atenda o seu objetivo, que é facilitar o acesso à medicamentos para a população brasileira” (M2FARMA, 2017, s/p). Neste processo estão envolvidos os respectivos órgão e setores do Ministério da Saúde: Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicas (SCTIE) e o Departamento Nacional de auditoria do SUS (DENASUS).

Assim sendo, as auditorias são necessárias para que o Programa continue acontecendo, atendendo as demandas da população e oportunizando benefícios, como uma vida mais longa e com qualidade. O acesso gratuito ou com desconto de até 90% nos medicamentos contribui para que as pessoas tenham condições de receber ou comprar um medicamento e, conseqüentemente, tenham seus problemas de saúde amenizados e até mesmo sanados.

4.2.1 Passo a passo da dispensa de medicamentos no programa ATFP

Para o cidadão adquirir os medicamentos pelo Programa Farmácia Popular, ele deve comparecer a uma farmácia credenciada, que poderá ser identificada pela logomarca do programa e apresentar os documentos obrigatórios: receita médica válida, documento oficial com foto e número de CPF, e quando necessário, uma declaração ou procuração. A partir daí o balconista fará a venda do medicamento no programa.

Passo 1: o balconista solicita a receita médica e documentos do cidadão, no programa o balconista insere CPF e endereço do cliente e avança.

Figura 6 - Passo 1

Fonte: Da autora (2020).

Passo 2: para o atendente realizar a venda no programa, ele precisa realizar um único cadastro no seu CPF e cadastrar uma senha de 8 caracteres para poder realizar a dispensa do medicamento. Todas as vezes que ele for realizar a venda no programa, ele deverá inserir seu CPF e senha cadastrada. Nesse segundo passo, o atendente de farmácia insere seu CPF e senha de cadastro para realizar a venda no programa e avança.

Figura 7- Passo 2

Fonte: Da autora (2020).

Passo 3: nesta etapa o atendente insere o medicamento e a quantidade correspondente para um mês de tratamento seguindo sua posologia. Depois disso, insere os dados do prescriptor, como o número do Conselho Regional de Medicina, unidade do médico e a data da receita e grava.

Figura 8- Passo 3

Última Atualização de Dados realizada com sucesso em 19/06/2019 08:06:38

Fonte: Da autora (2020).

Passo 4: se na receita possuir mais de um tipo de medicamento pertencente ao programa é só fazer a inclusão destes. Feito isso, é realizado a cotação. Nesta etapa, o governo analisa se o medicamento já está disponível, conforme o dia do cidadão retirar o medicamento no programa.

Figura 9 - Passo 4

Última Atualização de Dados realizada com sucesso em 19/06/2019 08:06:38

Fonte: Da autora (2020).

Passo 5: nesta etapa, o governo analisa o dia do mês anterior que o cidadão retirou medicamentos no programa, se já passou os 30 dias o governo libera os medicamentos para o

cliente através de um número de autorização. Se não estiver no dia de retirar o medicamento o governo não autoriza a venda.

Figura 10 - Passo 5

Pré-Autorização

Produto	Status	% Desc.	Preço Final	Qtde.	Preço Unit	P.M.C
LOSARTANA POTASSICA...	Produto autorizado COM DESCONTO	100,00	R\$ 0,00	1	R\$ 0,00	R\$ 1:
ATENOLOL 25MG 30CPR ...	Produto autorizado COM DESCONTO	100,00	R\$ 0,00	1	R\$ 0,00	R\$ 1:

Forma de Pagamento

À Vista **R\$ 0,00**

Total **R\$ 0,00**

VOCÊ ECONOMIZOU - R\$ 23,93 - VALOR P/ EMISSÃO DA NOTA FISCAL - R\$ 7,80

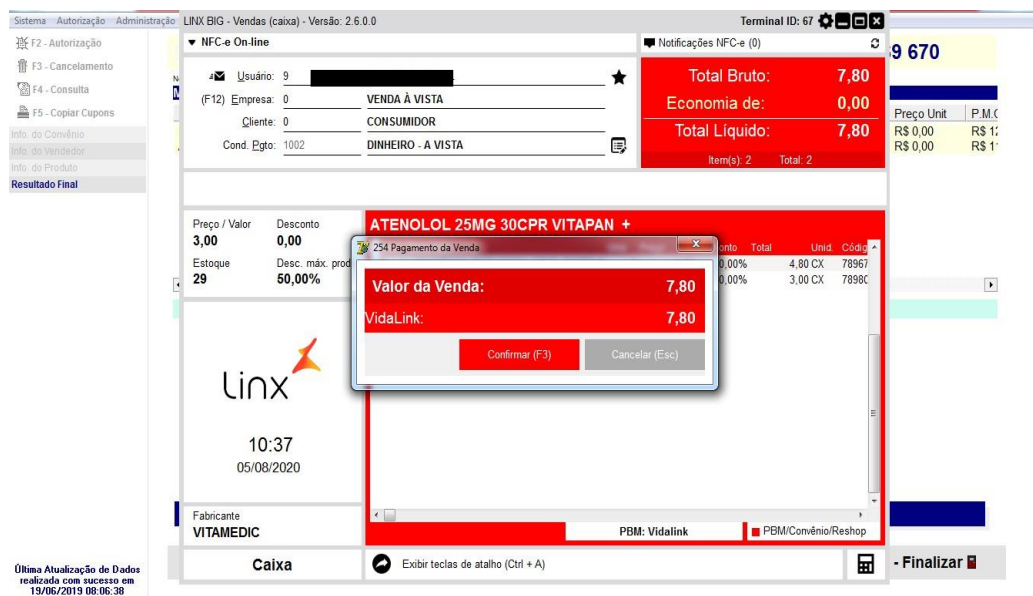
Última Atualização de Dados realizada com sucesso em 19/06/2019 08:06:38

F9 - Sair F11 - Voltar F12 - Finalizar

Fonte: Da autora (2020).

Passo 6: depois de autorizado, o atendente da farmácia irá imprimir o comprovante fiscal para o cidadão assinar e está pronto a dispensa de medicamento no programa. Assim sendo, este mesmo cidadão só poderá retirar esses mesmos medicamentos só depois de 30 dias.

Figura 11 - Passo 6



Fonte: Da autora (2020).

Seguindo esses passos, o atendente realizará a venda conseqüentemente, o cliente terá acesso a esse medicamento pelo do medicamento e, programa “Aqui TemFarmácia Popular”. Ressalta-se que esse Programa possibilita que pessoas tenham acesso à remédios com melhores preços, o que por outro lado oportuniza uma vida com mais qualidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada vez mais a saúde vem ocupando o centro das atenções, seja da população como um todo ou de políticas públicas que visam melhorar o sistema. Pensando nisso, o governo criou o Programa Farmácia Popular do Brasil, atualmente denominado de “Aqui tem Farmácia Popular”, que oportuniza que as pessoas tenham acesso à alguns medicamentos gratuitos e/ou compre um medicamento com até 90% de desconto.

O Programa objetiva proporcionar um maior acesso da população a medicamentos e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida. Apesar das intensas mudanças ao longo dos anos, este, desde sua criação, já possibilitou que milhares de usuários tivessem suas demandas atendidas. Por essa razão, se configura como sendo uma política importante, não só para o Ministério da Saúde, bem como para os brasileiros.

A partir da elaboração deste trabalho, foi possível perceber como o programa Farmácia Popular chega até os usuários, que é a partir do momento que um estabelecimento farmacêutico, seguindo todas as regras de credenciamento, se vincule ao Programa e ofereça às pessoas a oportunidade de adquirir um medicamento gratuitamente ou com desconto. Ademais, é

necessário que os usuários se encaixem nos pré-requisitos estabelecidos pelas Portarias para que tenham acesso aos medicamentos.

Por meio da vinculação das instituições farmacêuticas ao programa, o governo consegue acompanhar a venda dos medicamentos com até 90% de desconto, o que oportuniza que a população consiga adquirir os medicamentos que necessitam, tendo portanto, uma saúde melhor. Por essa razão, suscitar produção de conhecimento que tenha como tema central a saúde e a assistência farmacêutica no país é de suma importância.

Nesse sentido, percebo que os objetivos que o presente estudo se propôs a fazer foram alcançados, uma vez que avaliou no decorrer do trabalho os fatores que determinam o acesso do usuário aos medicamentos essenciais por meio do "Aqui tem Farmácia Popular" e o controle exercido pelo Ministério da Saúde sobre a efetividade do programa. Além disso, os objetivos de fazer considerações sobre o Sistema Único de Saúde; explicitar as Políticas de Assistência Farmacêutica; abordar e explicar o Programa Farmácia Popular; evidenciar o funcionamento, acesso e controle do "Aqui tem Farmácia Popular" também foram alcançados por meio da intensa pesquisa nos referenciais teóricos que subsidiaram as discussões realizadas nesta pesquisa.

Nesse sentido, levando em consideração a importância do programa e de controle deste, foi possível, explicitar dados que evidenciam o percurso histórico; o impacto das mudanças, tanto no programa como para a população; as medidas que regulamentam e controlam o Farmácia Popular; apresentar dados que mostram o investimento por parte do governo e o acesso da população ao Programa.

O "Aqui Tem Farmácia Popular é uma maneira do governo proporcionar à população o cuidado com a saúde a um custo que o brasileiro possa pagar, isto é, é levar em conta que a grande maioria da população possui doenças que sobrecarregam o sistema de saúde, além de ponderar sobre a condição socioeconômica. Ademais, propicia o cuidado da saúde e oportuniza que a população vivencie uma vida com mais qualidade.

A partir dos pressupostos, a presente pesquisa é de suma importância justamente pelas questões abordadas, falar do sistema de saúde, em especial das medidas de assistência farmacêutica como o programa Aqui Tem Farmácia Popular, é ainda mais relevante em tempos como os atuais, em que a saúde está no centro das discussões. As condições de saúde da população é uma preocupação constante, conseqüentemente, medidas que contribuem para a qualidade da saúde, isto é, da vida tem representação significativa.

Assim sendo, considerando o contexto atual, em tempos de pandemia, a saúde está no centro de questões sociais e políticas e, esta pesquisa deixa margem para outros trabalhos, isto é, para aprofundamentos em assuntos, que por questão de tempo e do foco deste trabalho, não puderam ser explorados. É possível realizar estudos que abordem o acesso no programa Aqui Tem

Farmácia Popular em tempos de pandemia; a importância do programa “Aqui Tem Farmácia Popular” para a população, utilizando da entrevista como recurso metodológico. São possibilidades que explicitam que este estudo representa uma parte de muitas discussões que ainda podem ser feitas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva. ARAUJO, Patrícia Sodré. COSTA, Ediná Alves. Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v.42, número especial 2, p. 159-172, outubro 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S211.
- AQUINO, Daniela Silva. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade. **Ciência e saúde coletiva** vol.13 suppl.0 Rio de Janeiro Apr. 2008.
- ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado. BRITO, Luciara Leite. BARRETO, Maurício Lima. COELHO, Helena Lutécia L. Coelho. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(6):1737-1746, nov-dez, 2005.
- BARBOSA, Jeferson Ferreira. **Direito à Saúde e Solidariedade na Constituição Brasileira**. Livraria do Advogado Editora. 13 de mar. de 2018 - 124 pg.
- BERMUDEZ, Jorge Antônio Zepeda, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciênc. saúde colet.** 23 (6) Jun 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>. Acesso em: 05 de ago. de 2020.
- BERTOLOZZI, Mari a Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectiva s atuais. **Rev.Esc.Enf. USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Alterações no Programa Farmácia Popular devido à situação de emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus (COVID19)**. Disponível em: https://www.saude.gov.br/noticias/farmacia-popular/46566?&utm_source=Facebook&utm_medium=FaceInsta_cpm&utm_campaign=Covid19_AbrMai&utm_content=1_farma_popular_post_e_stories_212kb_1%3A1_9%3A16_farmacia_popular_post1&fbclid=IwAR17kWNFUeLB3t_uF8tKsL2XjfpRx1MBqv7kphz0NeoSCaSgr--GIIyqsmk. Acesso em: 18 de jul. de 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Um em cada cinco brasileiros buscou medicamentos no Aqui Tem Farmácia Popular. **Página da Web**. Publicado em: 14 de mar. de 2016. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/22609-um-em-cada-cinco-brasileiros-buscou-medicamentos-no-aqui-tem-farmacia-popular>. Acesso em: 27 de jul. de 2020.
- BRASIL. Agência Senado. **Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos**. 2019. Disponível em:<
- BRASIL. Centro Cultural Ministério da Saúde. **Conferencias Nacionais de saúde: contribuições para a construção do SUS**. Disponível em:<<http://www.ccs.saude.gov.br/cns/>>. Acesso 20 de Mar. 2020.
- BRASIL. Conselho de Saúde. **16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: Democracia e saúde**. 2019. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/16cns/>>. Acesso em: 10 mar. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/sistema-unico-de-saude-2/>. Acesso em 10 de mar. de 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília; CONASS, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília. CONASS, 2006. 164 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.**

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, 2016.
Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 08 de mar. de 2020.

BRASIL. **Decreto Nº 5090**, de 29 de maio de 2004. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm. Acesso em 15 de mar. de 2020.

BRASIL. **Decreto Nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso: 13 de mar. 2020.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública.** 2017.
Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em 10 de mar. 2020.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde.**
Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>.
Acesso em: 10 de mar de 2020.

BRASIL. **Lei Nº 10858**, de 1 de abril de 2004. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.858.htm. Acesso em: 15 de mar de 2020.

BRASIL. **Lei Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 23 de mar. de 2020.

BRASIL. Lei Nº 8080, de 19 setembro de 1990. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 15 de mar. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 15 de Mar de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica:** instruções técnicas para sua organização. 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde. 100p. 2006 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **1º 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. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Renovação**. S/N. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular/adesao-e-credenciamento/renovacao>. Acesso em: 10 de ago. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 111, DE 28 DE JANEIRO DE 2016. **Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB)**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0111_28_01_2016.html. Acesso em: 19 de jul. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 184, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2011. **Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0184_03_02_2011.html. Acesso em: 03 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção à Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 05 de jun. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica**: o que é e como funciona. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica; elaborada por Geraldo Luchesi... [et al]. -- Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40p. - (Série A. normas e Manuais Técnicos, nº 112) ISBN: 85-334-0349-6.

BRASIL. **Portaria Nº 3916**, de 30 de outubro de 1998. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 15 de mar de 2020.

BRASIL. **Portaria Nº 491**, de março de 2006. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/26/portaria-491.pdf>. Acesso em: 15 de mar de 2020.

BRASIL. **Resolução Nº 338**, de 6 de maio de 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em 15 de mar de 2020.

BRASIL. **Resolução Nº 585**, de 29 de agosto de 2013. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 15 de mar. de 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 13 de mar. de 2020.

BRASIL. **Lei Nº 8.880, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 13 de Mar de 2020.

BRASIL, Senado Federal. **Primeira lei da Previdência de 1923 permitia aposentadoria aos 50 anos**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL, Conselho da Saúde. **16º Conferência Nacional de Saúde – Democracia e Saúde**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/16cns/>. Acesso em: 16 de ago. de 2020.

CEBES. Palestra de Sergio Arouca na 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Página da Web**. Disponível em: <http://cebes.org.br/2013/09/palestra-de-sergio-arouca-na-8a-conferencia-nacional-de-saude/>. Acesso em 11 de mar 20.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados** vol.27 (78). São Paulo. 2013. Print version ISSN 0103-4014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002. Acesso em: 03 de mar. de 2020.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro, 1993. Tese (mestrado), ENSP/Fiocruz.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

FEBRAFAR, Ministério da Saúde. Governo reforça fiscalização do “Aqui Tem Farmácia Popular”. **Página da Web**. Atualizado em 05 de junho de 2008. Disponível em: <https://www.febrafar.com.br/governo-reforca-fiscalizacao-do-aqui-tem-farmacia-popular/>. Acesso em: 27 de jul. de 2020.

FEBRAFAR, Ministério da Saúde. **Renovação Cadastral 2013 do “Aqui tem Farmácia Popular” poderá ser feita até dia 14 de julho**. Postado em: 14 de maio de 2013. Disponível em: <https://www.febrafar.com.br/renovacao-cadastral-2013-do-aqui-tem-farmacia-popular-podera-ser-feita-ate-14-de-junho/>. Acesso em: 10 de ago. de 2020.

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. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4934/2/960.pdf>. Acesso em: 15 de mar.de 2020.

FIOCRUZ. **Linha do tempo Conferências Nacionais de Saúde**. 2015. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>. Acesso em: 11 de mar. de 2020.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (organizadoras). **Métodos de Pesquisa**. 1ª Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**, São Paulo, Editora Atlas S.A., 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Modos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo. Editora: Atlas. 2008.

GUIA DA FARMÁCIA. Farmácia Popular atende cerca de 50 milhões de pessoas. **Página da Web**. Postado em 21 de mar. de 2019. Disponível em: <https://guiadafarmacia.com.br/farmacia-popular-atende-cerca-de-50-milhoes-de-pessoas/>. Acesso em: 27 de jul. de 2020.

INOCENCIO, Marcos. VIVO, Bruna de. Acesso a Medicamentos: Análise Das Estratégias do Estado para o Desenvolvimento do Programa Farmácia Popular. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 16, n. 59, jul./dez. 2011.

JUNGES, Fernanda. Avaliação do Programa Farmácia Popular do Brasil: Aspectos referentes a Estrutura e a Processos. Porto Alegre, UFRGS, 2009-xii, 140p,;il (dissertação).

LOPES, Myriam Bahia. **O Rio em Movimento**: quadros médicos em história 1890-1920. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MATTOS, Leonardo Vidal. Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise crítica das políticas públicas de provisão de medicamentos no Brasil. 218p. **Dissertação** (Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- ENSP, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14059>. Acesso em: 23 de abr. de 2020.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marlucy Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 15 (Supl. 3): 3561-3567. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a31.pdf>. Acesso em: 05 de set. de 2020.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora. BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda, OSORIO- DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. **Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos (online)**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2007, 112p. ISBN:9788575413890.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **OMS lança esforço global para reduzir pela metade os erros relacionados à medicação em cinco anos**. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5384:oms-lanca-esforco-global-para-reduzir-pela-metade-os-erros-relacionados-a-medicacao-em-cinco-anos&Itemid=455. Acesso 22 de mar. 2020.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. **Psicol. clin.** vol.20 no.2 Rio de Janeiro 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652008000200015.

Acesso em: 13 mar. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes.** *Physis* [online]. 2008, vol.18, n.4, pp.625-644. ISSN 1809-4481. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003>. Acesso em: 20 de jun. de 2020.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The lancet**. Publicado online. 9 de maio de 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Acesso em: 21 de mai. de 2020.

PEREIRA, Marco Aurélio. Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- ENSP. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

PORTO, Mayla Yara. Uma revolta popular contra a vacinação. **Ciência e Cultura**, vol.55 no.1 São Paulo Jan./Mar 2003. On-line version ISSN 2317-6660. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252003000100032. Acesso em: 21 de mai. de 2020.

PROJETO DE LEI nº 4702 DE 1994. Dispõe sobre a criação da Farmácia Popular e dá outras providências. **Câmara dos Deputados**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=C8D29F4B78368AFD776627F1E24F6F26.proposicoesWeb2?codteor=1136683&filename=Dossie+-PL+4702/1994. Acesso em: 13 de abr. 2020.

SAGE. Rede conveniada- **Aqui Tem Farmácia Popular**. Disponível em: https://sage.saude.gov.br/paineis/aqt/lista_municipio.php?output=html&ufs=&ibges=&cg=&tc=&re_giao=&rm=&qs=&ufcidade=Brasil&qt=5570%20munic%C3%ADpios&pop=210147125&cor=005984&nonono=html&title=&codPainel=37&codPainel=37. Acesso em: 04 de mai. de 2020.

SANTOS PINTO, Cláudia Du Bocage. O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo, cobertura e utilização frente à Política Nacional de Medicamentos. 153p. **Dissertação** (Mestrado Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- Fiocruz.

SARTOR, Vanessa de Bona. FREITAS, Sergio Fernando Torres. Modelo para avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica de saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 48, n. 5. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005135>. Acesso em: 23 de jun. de 2020.

SEVCENKO, Nicolau. A Revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Editora Unesp Digital, 2018, 136p. **Formato digital**: ISBN:978-85-9546-248-9. Disponível em: <http://editoraunesp.com.br/catalogo/9788539307203,a-revolta-da-vacina>. Acesso em: 21 de jun. de 2020.

SILVA, Rondineli Mendes da. CAETANO, Rosângela. Gastos com pagamentos no Programa Aqui Tem Farmácia Popular: evolução entre 2006-2014. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(1), e280105, 2018. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312018000100402&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 de jun. de 2020.

SILVA, Rondineli Mendes da. CAETANO, Rosângela. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10):2943-2956, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.17352014>. Acesso em: 25 de jul. de 2020.

TAVARES, Noemia; PINHEIRO, Rafael. Assistência Farmacêutica no SUS: avanços e Desafios para a efetivação da assistência terapêutica integral. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 8(1), 49-56, mar, 2014, ISSN 1982-8829. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/304967919_Assistencia_Farmacutica_no_SUS_avancos_e_desafios_para_a_efetivacao_da_assistencia_terapeutica_integral. Acesso em: 20 de abr. de 2020.

TRINDADE, Josélia Souza. O fim da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil e o Princípio da Proibição do Retrocesso Social. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.*, Brasília, 7(2):61-81, abr./jun, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v7i2.480>. Acesso em: 21 de jun. de 2020.

TRONCO, Giordano Benites. RAMOS, Marília Patta. Linhas da pobreza no plano Brasil Sem Miséria: análise crítica e proposta de alternativas para a medicação da pobreza conforme metodologia de Sonia Rocha. **Revista de Administração Pública (RAP)**. Rio de Janeiro 51(2):294-311, mar. - abr. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612162786>. Acesso em: 15 de mai. de 2020.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2010;27(2): 149–56. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2010.v27n2/149-156/>. Acesso em: 20 de jun. de 2020.

YIN, R. K. (2005). **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre, RS: Bookman.