



Farmácia Popular do Brasil em Ijuí: perfil dos usuários e redução de preços dos produtos

Brazil's Popular Pharmacy in Ijuí: users profile and reduction of product prices

Recebido em 29/06/2012

Aceito em 10/01/2013

Laís Fanezi Bonotto^{1*} & Christiane de Fátima Colet²

¹ Farmacêutica, graduada em Farmácia pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, UNIJUÍ, RS, Brasil

² Professora Msc do Departamento de Ciências da Vida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, UNIJUÍ, RS, Brasil

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar a diferença nos gastos da população com aquisição de medicamentos a partir da implantação da FPB, analisar o perfil os usuários, os medicamentos adquiridos por estes e analisar os dados relacionados com a prescrição. Trata-se de um estudo transversal, com dados coletados através de entrevistas com os usuários da FPB de Ijuí e análise das prescrições destes. Os dados foram coletados em agosto de 2011. Dos 220 usuários entrevistados, houve prevalência do sexo feminino, idade média de 58,3 anos, e renda mensal de 1-3 salários mínimos. Entre as classes de medicamentos utilizados houve prevalência do sistema cardiovascular. Quanto as prescrições a maioria apresentou-se pela Denominação Comum Brasileira (DCB), tendo como fonte principal a rede privada. O custo mostrou ser o principal motivo pela procura a FPB, e verificou-se uma redução nos gastos com a aquisição de medicamentos neste local de 87,1%, quando comparada ao custo em farmácias comerciais. De acordo com os dados deste estudo, pode-se concluir que a FPB cumpriu seu papel de complementar a assistência farmacêutica brasileira, aumentando o acesso da população aos medicamentos básicos. Além disso, este serviço contribuiu para reduzir o comprometimento da renda mensal com aquisição de medicamentos.

Palavras-chave: gastos em saúde, qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde, uso de medicamentos

ABSTRACT

The aim of this study was to verify the difference in spending with purchase of medicines from the deployment of the FPB, analyze the users profile, the medicines purchased by these and analyze data related to the prescription. This is a cross-sectional study, with data collected through interviews with users of FPB of Ijuí and analysis of these requirements. The data were collected in August 2011. Of 220 users interviewed, there were female prevalence, average age of 58.3 years, and monthly income of 1-3 minimum wages. Among the classes of drugs used there was prevalence of the cardiovascular system. As the requirements most performed by Brazilian common name (DCB), having as main source the private network. The cost proved to be the main reason for seeking the FPB, and there has been a reduction in spending on the purchase of medicines in this place of 87.1%, when compared to the cost in commercial pharmacies. According to the data from this study, it can be concluded that the FPB complementary role fulfilled his pharmaceutical assistance, increasing the population's access to basic medicines. In addition, this service has helped to reduce the monthly rent with purchase of medicines.

Keywords: health expenditures, health care quality, access, and evaluation, drug utilization

INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como nos demais países desenvolvidos e em desenvolvimento, o consumo de medicamentos e de serviços de saúde tem crescido significativamente, em função do envelhecimento da população e do aumento da incidência de doenças crônicas (Rozenfeld *et al.*, 2008).

O aumento no consumo de medicamentos tem dificultado o acesso da população, o qual, segundo Junges (2009), é considerado fundamental na garantia do direito a saúde. Além do aumento da demanda, já citado, outro fator que dificulta o acesso ao medicamento é o custo dos medi-

* Contato: Laís Fanezi Bonotto, Rua 14 de julho, 655 Centro, apto.11, Ijuí RS, Brasil, CEP 98700-000. Telefone: (55) 96539758, e-mail: laisbonotto@unijui.edu.br

camentos dos mesmos, que apresentam-se cada vez mais elevados, o que reflete, tanto no setor privado, como no público de atenção a saúde, neste último representa um grande impacto nos gastos para manutenção dos serviços prestados para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Schenkel *et al.*, 2004).

Mesmo que a cada ano sejam maiores os gastos do Ministério de Saúde (MS) com a saúde em geral, tendo destaque para os medicamentos (Vieira (2007), foi verificado em estudo de Vieira (2009) que o gasto com medicamentos da atenção básica teve aumento de 75% entre os anos de 2002 e 2007, contudo estes recursos são insuficientes para garantir o direito a saúde a toda população. Por sua vez, a escassez de medicamentos na rede pública acarreta um aumento nos gastos familiares na obtenção de medicamentos essenciais (Messeder *et al.*, 2005), pois a única forma de obtenção destes passa ser a compra em estabelecimentos privados, local com custo elevado, e que pode representar grande impacto sobre a distribuição da renda familiar, principalmente no caso de doenças crônicas, que necessitam do uso contínuo de medicamentos (Pinto, 2011).

Muitas vezes, também pela falta do acesso ao medicamento, o paciente interrompe seu tratamento, por não ter condições de comprá-lo. Em se tratando de doenças crônicas, a utilização irregular de medicamentos compromete os resultados esperados com o tratamento, tendo como consequência o agravamento do quadro e o aparecimento de complicações (Brasil, 2005).

Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 (IBGE, 2010) os gastos em assistência à saúde aparecem em quarto lugar, estando atrás apenas dos gastos com habitação, alimentação e transporte. Diante desses dados pode-se observar que a saúde representa um grande impacto sobre a renda das famílias brasileiras, embora o acesso e a atenção à saúde seja direito fundamental, estabelecido no artigo 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

Algumas ações governamentais voltadas a assistência farmacêutica têm sido realizadas para ampliar o acesso aos medicamentos. Uma delas é a Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Portaria nº 3.916/1998 (Brasil, 1998), que tem como um de seus objetivos desenvolver ações que possibilitem ampliar o acesso aos medicamentos, sendo uma das estratégias adotadas para tal a redução nos preços dos mesmos, facilitando, inclusive, o acesso da população que utiliza serviços privados de saúde.

Com a implantação dessa nova política, em 2004, através do Decreto nº 5.090/2004 (Brasil, 2004), o governo federal ampliou o acesso da população aos medicamentos essenciais ao lançar o programa Farmácia Popular do Brasil (FPB), no qual os medicamentos são comercializados a baixo custo, devido a parceria do MS e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), possibilitando que o usuário adquira o medicamento, sem que este comprometa grande porcentagem de sua renda familiar (Brasil, 2005).

Através da Lei nº. 10.858/2004 (Brasil, 2004), a FIOCRUZ ficou com a responsabilidade de ser executora do programa, cabendo a ela distribuir medicamentos a FPB, mediante o ressarcimento de seus custos, com vistas

a assegurar a população o acesso a produtos básicos e essenciais a baixo custo.

O programa apresenta três modelos de unidades, no modelo 1 as unidades são gerenciadas pela FIOCRUZ, no modelo 2 são estabelecidas através de parcerias da FIOCRUZ com estados, municípios, órgãos, instituições e entidades sem fins lucrativos, e no modelo 3, estabelecido através de farmácias privadas credenciadas sob gestão direta do MS, sem participação da FIOCRUZ. Este último modelo permitiu a expansão do programa e possui algumas distinções dos demais, como lista de medicamentos diferenciada e custos que podem variar entre diferentes marcas de um mesmo medicamento (Pinto, 2011).

O elenco de medicamentos disponibilizados pela FPB foi estabelecido com base em evidências científicas e epidemiológicas que indicam as doenças com maior prevalência na população brasileira e cujos tratamentos geram grandes gastos na renda familiar. Foram selecionados medicamentos seguros e eficazes indicados para tratar tais doenças (Brasil, 2005).

Na implantação do programa FPB faziam parte desse elenco 85 apresentações farmacêuticas e no decorrer do desenvolvimento do programa foram feitas inclusões de medicamentos, sendo este atualmente composto por 101 medicamentos, totalizando 111 apresentações farmacêuticas, mais o preservativo masculino (Pinto, 2008). Tratam-se de medicamentos de diferentes classes terapêuticas, tais como: analgésicos, anti-inflamatórios, anti-infectantes, medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central e periférico, anti-hipertensivos, anti-diabéticos, entre outros (Junges, 2009).

Atualmente todos os medicamentos destinados ao tratamento da hipertensão e diabetes, que fazem parte do elenco de medicamentos da FPB, estão sendo distribuídos gratuitamente, essa medida foi implantada pelo atual governo através da Portaria nº 184/2011, com a finalidade de diminuir o impacto dos gastos com medicamentos na renda familiar, ampliando assim o seu acesso (Brasil, 2011).

O presente estudo tem como objetivo primário verificar se houve diferença nos gastos da população com aquisição de medicamentos a partir da implantação do programa FPB, em relação a aquisição em farmácias comerciais e como objetivos secundários analisar o perfil dos usuários da FPB, verificar os medicamentos adquiridos por estes e analisar os dados relacionados com a prescrição destes usuários.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, cujos dados foram coletados por meio de um questionário estruturado.

A pesquisa foi realizada através de entrevistas com os usuários, aliada com análise da prescrição. As entrevistas foram realizadas após a retirada dos medicamentos na Farmácia Popular do Brasil do município de Ijuí. Este estabelecimento se enquadra no modelo 2 do programa, no qual esta unidade é estabelecida através de parcerias da FIOCRUZ com o município de Ijuí, não ligada a farmácia comercial, sendo este o único estabelecimento no município com esse modelo assistência à saúde.

Os usuários que consentiam com a participação no estudo

eram levados a uma sala, na qual era aplicado o instrumento de coleta de dados. Além disso, haviam quatro questões, preenchidas pelo pesquisador, a partir da avaliação da prescrição.

Para cálculo de amostragem foi considerado os dados de dispensação da FPB dos primeiros meses de 2011 que mostraram um valor médio de 2.000 prescrições atendidas/mês. A amostragem foi do tipo intencional por meio da entrevista de 10% dessa média, o que correspondeu a 200 prescrições, ou seja, 200 usuários, além de 20 usuários como margem de segurança. Esta amostra foi alcançada entre os dias 01 a 15 de agosto de 2011.

Foram excluídos do estudo aqueles usuários que não responderam todos os questionamentos previstos para a pesquisa e aqueles que não se dispuseram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além disso, não foram entrevistados aqueles que estavam retirando medicamentos para terceiros. Foram incluídos usuários, sem restrição de idade, sexo, raça e classe social, que estavam adquirindo medicamentos para uso próprio e que adquiriam anteriormente os medicamentos em uma farmácia comercial. Foram anotados todos os medicamentos que os usuários faziam uso, inclusive os que não são fornecidos pela FPB. Contudo, para fins de cálculo de custo, inclui-se apenas os adquiridos na FPB.

Para atribuir critérios de aleatoriedade, foi realizada entrevista com o décimo usuário atendido, posteriormente foram eliminados os próximos nove e entrevistado o 20º e assim sucessivamente. As entrevistas foram realizadas nos dois turnos e em distintos dias da semana.

Os medicamentos foram classificados pelo primeiro nível da classificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*) do *Nordic Council on Medicines*, que corresponde em ordem crescente aos níveis anatômico, terapêutico/farmacológico e químico, respectivamente. Esta metodologia é adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003).

Para cálculo dos medicamentos considerou-se a diferença do valor pago anteriormente para aquisição dos medicamentos (1) e o valor pago na FPB (2). Para o 1 foi considerado o custo dos medicamentos a partir do preço máximo ao consumidor com ICMS 17% retirado do Brasíndice (Brasíndice, 2011), aqueles não encontrados nesta primeira fonte foram consultados no site Consulta Remédios (Consulta Remédios, 2011). Ainda aqueles que não encontrou-se nas duas fontes anteriormente citadas foi realizado o custo social que segundo Piola & Vianna (1995) consiste em verificar o custo de um mesmo medicamento de três laboratórios diferentes, dando preferência para similares e genéricos, sendo realizada essa pesquisa no Brasíndice. Considerando que os pacientes geralmente não têm conhecimento sobre o laboratório que utilizavam antes que adquiri-los na FPB, utilizou para cálculo do custo 1 o mesmo laboratório que é dispensado na FPB. Para o 2, o custo dos medicamentos adquiridos na Farmácia Popular, foram calculados a partir da lista de preço dos medicamentos na instituição (Ministério da Saúde, 2011). O cálculo do custo com medicamentos foi realizado por prescrição atendida na FPB.

Os dados foram digitados em um banco de dados criado no Excel, sendo realizada estatística descritiva, com média

e desvio padrão. Foi realizado também teste de qui-quadrado para amostras independentes para verificar a relação dos custos com medicamentos em farmácias comerciais e na FPB.

Como fonte de pesquisa foi utilizada informações oriundas dos pacientes, sendo resguardados os dados pessoais presentes nas mesmas, sendo assegurada a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo dos indivíduos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unijuí, através do Parecer Consubstanciado N°. 151/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características socioeconômicas estão demonstradas na Tabela 1. Dos 220 usuários entrevistados, 56,8% eram do sexo feminino. Dado semelhante também foi evidenciada no estudo de Bertoldi *et al* (2004) no qual se analisou a prevalência e determinantes individuais relacionados com a utilização de medicamentos em adultos no município de Pelotas/RS, em que 56,8% dos entrevistados eram do sexo feminino. Assim como em estudo realizado por Ruppenthal & Petrovick (2010) que comparou o perfil dos usuários e dos medicamentos dispensados na FPB e em drogarias privadas de Porto Alegre/RS, no qual 51,4% dos entrevistados na FPB eram do sexo feminino. Já nas drogarias privadas esse percentual mostrou-se ainda maior, correspondendo a 74,3% dos entrevistados.

Tabela 1. Características socioeconômicas dos usuários da FPB. Ijuí, RS, 2011.

Variável Socioeconômica	Nº (entrevistados)	%
Sexo		
Femino	125	56,8
Masculino	95	43,2
Faixa etária (anos)		
18-29	11	5,0
30-49	40	18,2
50-69	125	56,8
70-89	44	20,0
Renda Familiar (SM*)		
Até 1	61	27,7
1 - 3	100	45,5
Acima de 3	46	20,9
Não quis responder	13	5,9

* corresponde ao salário mínimo (SM) federal que é R\$ 545,00

Este índice superior de mulheres que utilizam medicamentos pode ser explicado pelo fato dessas possuírem uma expectativa de vida superior aos homens. Além disso, as mulheres representam a maior proporção da população brasileira, como é o caso de Ijuí, no qual estas correspondem a 51,7% da população (IBGE, 2012). Isso é resultado de muitos fatores, como a saúde preventiva, cuidado e atenção com a saúde e também por estas apresentarem maior incidência de doenças crônicas, quando comparado aos homens (Barros *et al.*, 2006; Flores & Mengue, 2005). O que faz com que aumente sua probabilidade das mulheres de consumir medicamentos (Loyola *et al.*, 2005).

Em relação a faixa etária, 76,8% apresentaram idade superior a 50 anos, tendo uma média de idade de 58,3 anos ($\pm 14,2$), os entrevistados com 60 anos ou mais correspondem 45,4% da amostra, os quais são considerados idosos segundo a Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei 8.842/1994 (Brasil, 1994). Estudo feito por Ruppenthal & Petrovick (2010) evidenciou a prevalência de 58,6% dos usuários com faixa etária acima de 60 anos. Isso se deve ao envelhecimento da população que ocasiona o aumento da incidência de doenças crônicas, que traz como consequência o consumo de múltiplos medicamentos para atender as necessidades de suas doenças (Rozenfeld *et al.*, 2008).

Outro fator que ocasiona essa maior proporção de idosos na FPB é o fato do elenco de medicamentos deste estabelecimento contemplar um número maior de medicamentos para tratar doenças crônicas, como é o caso dos hipertensivos e anti-diabéticos (Brasil, 2005), os quais são amplamente utilizados por esta população (Lima *et al.*, 2007; Rozenfeld *et al.*, 2008).

O baixo percentual de jovens entre 18-29 anos na FPB (5%) se deve ao fato destes utilizarem na maioria das vezes medicamentos de uso esporádico, conforme relatado por Ruppenthal & Petrovick (2010) que também citam como exemplo os analgésicos e anti-inflamatórios, entre outros. Estes medicamentos não necessitam de prescrição no momento da compra, fato que impossibilita a aquisição na FPB, uma vez que nesse estabelecimento é necessária a apresentação de prescrição médica ou odontológica na compra de qualquer medicamento, com o intuito de promover o uso racional dos mesmos (Brasil, 2005).

A maioria dos usuários entrevistados (45,5%) se caracterizam por uma renda mensal de 1-3 salários mínimos, resultado semelhante ao encontrado por Lima *et al.* (2007) em estudo sobre a composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas maiores de 60 anos em Belo Horizonte/MG no qual 72,0% recebiam até dois salários mínimos. A renda familiar mais frequente neste estudo vai de encontro a um dos objetivos propostos pelo programa, o qual seria segundo Pinto (2011), atender usuários com renda familiar mensal de 4 a 10 salários mínimos, e que utilizam o sistema privado de saúde.

Como podemos verificar na Tabela 2 os medicamentos com ação sobre o sistema cardiovascular, no qual estão presentes os anti-hipertensivos e hipolipemiantes, correspondem a 51,8% dos medicamentos dispensados na FPB do município de Ijuí, seguido dos que apresentam ação sobre o aparelho digestivo e metabolismo (anti-diabéticos entre outros) com 17,6%, e dos que atuam sobre o sangue e órgãos hematopoiéticos (anti-trombóticos entre outros) com 7,9%.

Essa maior proporção na dispensação dessas classes de medicamentos na FPB pode ser explicada em partes, pelo fato de se tratar, geralmente de medicamentos de uso contínuo, amplamente prescritos, em sua maioria para idosos (Ruppenthal & Petrovick, 2010) os quais, como já explicitado anteriormente, representam a maior parcela dos usuários deste estabelecimento (Brasil, 2005). E também por fazer parte dessas classes, os medicamentos utilizados no tratamento da hipertensão e diabetes que são

distribuídos gratuitamente pelo programa FPB a partir da implantação da Portaria nº 184/2011 (Brasil, 2011).

Tabela 2. Distribuição de classes terapêuticas pelo 1º nível de classificação da ATC¹ dos medicamentos consumidos pelos usuários da FPB. Ijuí, RS, 2011

Classes de Medicamentos	Nº (medicamentos)	%
Sistema cardiovascular	353	51,8
Aparelho digestivo e metabolismo	120	17,6
Sangue e órgãos hematopoiéticos	54	7,9
Sistema nervoso central	52	7,6
Antiinfeciosos gerais para uso sistêmico	41	6,0
Sistema músculo-esquelético	33	4,8
Hormônios sistêmicos	8	1,2
Dermatológicos	7	1,0
Sistema respiratório	5	0,7
Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	3	0,4
Antiparasitários	3	0,4
Sistema Geniturinário e hormônios sexuais	2	0,3
Total	681	100

¹ATC = Anatomical Therapeutic Chemical

Em estudo realizado por Pinto (2011) que analisou quem acessa a FPB, o qual foi realizado através de entrevistas com os envolvidos na criação do programa, análise documental e registros de atendimentos, verificou-se que em todas as regiões do país os medicamentos mais dispensados pelo programa são os que apresentam ação sobre o sistema cardiovascular.

Podemos evidenciar que as duas classes de medicamentos obtidas nesse estudo como as mais dispensadas estão entre as três classes mais vendidas mundialmente segundo dados do IMS – HEALTH (IMS, 2006). Estando em acordo também com estudo realizado por Costa *et al.* (2007) que analisou o uso de medicamentos das famílias atendidas por um centro de saúde no Distrito Federal (DF) e verificou-se que os medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular são os mais utilizados por essas famílias.

Em estudo realizado por Guimarães *et al.* (2012), que analisou o perfil farmacoterapêutico de um grupo de idosos assistidos por um programa de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil de Aracaju/SE, observou que entre os medicamentos mais consumidos estão os que atuam sobre o sistema cardiovascular, seguidos pelos que atuam sobre o sistema nervoso central (SNC). Estes últimos, em nosso estudo, apresentaram-se em quarto lugar entre os mais dispensados, com 7,6%, o que pode ser explicado, em partes, pelo fato da nossa população entrevistada não se tratar somente de idosos, visto que os problemas relacionados ao SNC são mais prevalentes em idosos do que na população adulta (Marina *et al.*, 2007).

Além destes, o presente estudo obteve resultado semelhante ao estudo realizado por Ruppenthal & Petrovick (2010), já mencionado anteriormente, no qual se verificou como medicamentos mais dispensados os que atuam no sistema cardiovascular, seguidos dos com ação no trato alimentar e metabolismo, como apresentado em nosso estudo. Contudo, estes diferem no terceiro lugar com os medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central, e em nossos resultados os que atuam sobre o

sangue e órgãos hematopoiéticos obtiveram essa colocação.

Diante disso, podemos afirmar que os medicamentos que atuam no sistema cardiovascular são os mais utilizados, devido ao fato da hipertensão arterial e sua associação com a maioria das doenças cardiovasculares serem um dos mais importantes componentes para a elevação de morbidades e mortalidade, presentes em indivíduos de países desenvolvidos e também em desenvolvimento. Diversos fatores de risco encontram-se associados ao acometimento de indivíduos jovens. Porém, em função da maior vulnerabilidade os indivíduos idosos apresentam maiores índices de hipertensão (Zaitune *et al.*, 2006). Estima-se hoje a prevalência de hipertensão no Brasil seja de 35% da população acima de 40 anos (Brasil, 2011).

A tabela 3 apresenta os dados referentes a prescrição. Observou-se que quanto a forma de prescrição 78,2% destas estavam prescritas pela Denominação Comum Brasileira (DCB). Resultado inferior foi evidenciado em estudo realizado por Mastroianni (2009) que avaliou as prescrições aviadas nas farmácias e drogarias do município de Araraquara/SP, onde 56,7% estavam prescritas pela DCB.

Tabela 3. Informações sobre as prescrições dos usuários da FPB. Ijuí, RS, 2011.

Informações sobre prescrições	Nº (prescrições)	%
Descrição do medicamento pela:		
DCB	172	78,2
Nome Comercial	13	5,9
DCB e Nome Comercial	35	15,9
Prescritor		
Especialista	90	40,9
Clin.Geral	130	59,1
Fonte		
Rede Pública	100	45,5
Rede Privada	109	49,5
Hospitalar	11	5,0

Diante deste estudo podemos perceber uma melhora na adesão dos prescritores a DCB, fato esse que contribui na diminuição de confusões ocasionadas por erros na hora da dispensação, considerando a existência de um maior conhecimento sobre o princípio ativo do medicamento. Uma vez prescrito na forma comercial, podem surgir dúvidas devido a ampla presença de nomes comerciais diferentes de um mesmo princípio ativo (Carvalho *et al.*, 1999; Mastroianni, 2009).

Quanto a fonte da prescrição 49,5% eram provenientes da rede privada, resultado semelhante ao encontrado por Pinto (2011) em estudo que analisou quem acessa a FPB, o qual demonstrou que em todas as regiões do país as prescrições providas da rede privada apresentam-se em maior número se comparada com as de rede pública. Diante disso podemos perceber que o programa atingiu seu objetivo de atender as necessidades da população que utiliza serviços privados de saúde e que têm dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em farmácias comerciais (Brasil, 2005). Contudo não foi avaliado nesse estudo se os atendimentos hospitalares eram provenientes do sistema privado ou do sistema público.

Já em estudo realizado por Ferreira *et al* (2006) que analisou a implantação do programa FPB no Rio de Janeiro (RJ) e no DF, 63,7% das prescrições da FPB do RJ eram providas da rede pública e no DF essa porcentagem foi de 57,9%. Sendo que em nosso estudo a porcentagem de atendimentos públicos correspondeu a 45,5%.

Alguns fatores podem colaborar para essa incidência de usuários da rede pública, estando entre eles a distância até a unidade de saúde, o tempo de espera pelo medicamento ou atendimento ou até mesmo a falta do medicamento. Entretanto, todos esses fatores estão relacionados ao acesso e, e caso algum deles esteja comprometido, todo o acesso a rede pública estará também (Pinto, 2008). Desta forma, a grande parcela de usuários provenientes do sistema público reflete problemas nesse setor o que faz com que seus usuários recorram as unidades da FPB em busca do medicamento que deveria ter obtido na unidade de saúde (Pinto, 2011).

Em relação ao prescritor a maioria das prescrições, 59,1%, eram prescritas por clínico geral. Entre os especialistas, os quais corresponderam a 40,9% das prescrições, houve um predomínio de 72% de cardiologista, estando esta porcentagem de acordo com a classe farmacológica mais prevalente encontrada neste estudo.

Dentre os motivos que contribuem para o paciente buscar seus medicamentos na FPB, cita-se o custo com 77,7%. Em estudo realizado por Ferreira *et al* (2006) verificou-se que o motivo que levaria os usuários a retornar a FPB seria o custo com 90,7% no RJ e 80,6% no DF. Também foi citado pelos usuários do presente estudo juntamente com o custo o atendimento como um fator que contribui para a ida ao local os quais corresponderam a 13,6%. Os que citaram como motivo somente o atendimento corresponderam a 0,9%. Na categoria outros, que correspondeu a 7,8%, foram citados: indicação de pessoas conhecidas, indicação médica e localização.

A tabela 4 mostra os gastos dos usuários ao adquirirem seus medicamentos em farmácias comerciais comparativamente com a FPB. Pode-se verificar que a custo médio mensal com aquisição de medicamentos adquiridos em farmácias comerciais, era de R\$ 78,87/usuário e hoje na FPB é de R\$ 10,15, obtendo-se uma redução média de 87,1% nos gastos com medicamentos. Estatisticamente houve uma redução significativa de gasto com aquisição de medicamentos ($p < 0,005$). Em estudo realizado por Ferreira *et al* (2006) verificou-se uma redução média de 73,0%, ao comparar-se o custo dos medicamentos da FPB com medicamentos genéricos vendidos em farmácias comerciais.

Tabela 4. Gastos dos pacientes com medicamentos quando adquiriam em farmácias comerciais e atualmente na FPB e diferença destes. Ijuí, RS, 2011.

Custos (R\$)	Média (R\$)	Desvio Padrão
Custo pago anterior	78,87	54,03
Custo pago FPB	10,15	10,57
Diferença de custo/paciente	69,53	-

Diante disso podemos verificar que pacientes que antes comprometiam grande parcela de sua renda familiar na compra de medicamentos, como é caso dos idosos, que

gastavam até 51,0% do salário mínimo com medicamentos (Lima *et al.*, 2007), hoje com a FPB obtiveram uma grande redução nestes gastos, sendo que alguns ficaram isentos desse custo, uma vez que, como citado anteriormente, hoje medicamentos para tratamento da diabetes e hipertensão arterial, que fazem parte da FPB, estão sendo distribuídos gratuitamente nesta local (Brasil, 2005; Pinto *et al.*, 2010).

Observou-se que entre os cinco medicamentos adquiridos com maior frequência na FPB de Ijuí foram: enalapril, hidroclorotiazida, sinvastatina, omeprazol e atenolol. Os três anti-hipertensivos fazem parte dos medicamentos distribuídos gratuitamente e os outros dois, estão entre os medicamentos que apresentaram maior variação de custo entre as farmácias comerciais e a FPB.

A diminuição em 87,1% do comprometimento da renda familiar comprova que a FPB esta atingindo suas metas de redução de 50-90% do custo dos medicamentos (Brasil, 2005). Ao proporcionar essa elevada redução nos gastos com medicamentos a população brasileira, a FPB possibilita melhora nas condições de vida não somente para essa parcela da população, mas também a qualquer outra classe que deseje adquirir seus medicamentos na FPB (Pinto *et al.*, 2010).

Diante desses dados podemos verificar o custo médio mensal com medicamentos adquiridos em farmácias comerciais, anteriormente a compra na FPB, correspondia a 14,5% do salário mínimo (SM) vigente em novembro de 2011. Na FPB esses gastos passaram a corresponder 1,9% do SM mensal. Contudo, vale ressaltar que para fins desta análise foram analisados apenas os medicamentos adquiridos na farmácia popular, e alguns destes usuários faziam uso de outros medicamentos adquiridos em farmácia comerciais.

Segundo a POF de 2008-2009 (IBGE, 2010) os gastos com assistência à saúde corresponderam 5,5% da renda mensal para a população que recebe até R\$ 830,00, sendo que 4,2% desse percentual correspondem aos gastos com a aquisição de medicamentos.

Sendo o Brasil um país subdesenvolvido onde 31,0% da população vive com até ½ salário mínimo por mês, e 11,0% destes vivem com até ¼ de salário mínimo (Brasil, 2011), a compra de medicamentos pode comprometer a renda familiar, devido essa imensa desigualdade social, podendo inclusive contribuir para a não adesão ao tratamento medicamentoso (Carvalho *et al.*, 2005; Luiza & Bermudez, 2004). Além de poder influenciar na redução da compra de alimentos, o que deixa a população ainda mais susceptível a problemas de saúde (IBGE, 2010).

Neste contexto, Verdi e Caponi (2005) discutem que são elevados os gastos com assistência à saúde, e que grande parcela destes é utilizada na compra de medicamentos, ou seja, na recuperação da saúde. Com isso, esta se deixando de lado a promoção e a proteção a saúde as quais deveriam ser prioridade tanto para o setor público, quanto para a própria população, podendo ser desenvolvidas por medidas de melhorias em condições de moradia, saneamento básico, alimentação entre outras. Complementarmente, observa-se que medidas voltadas a promoção e proteção da saúde proporcionam menores gastos tanto para o SUS quanto para o próprio paciente, pois além de diminuir a ocorrência de doenças, prolongar a vida, proporcionam

melhores condições que ampliam a qualidade da vida e bem-estar da população (Buss, 2000).

Apesar de tantos avanços alcançados, e da melhora do acesso evidenciada a partir da FPB. Luiza & Bermudez (2004) destacam que ainda existem problemas relacionados ao acesso aos medicamentos, já que este não se trata somente de receber o mesmo e sim de realizar seu uso correto, assim como da qualidade de serviços e produtos oferecidos, e treinamento contínuo dos profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

A partir deste estudo, pode-se observar que a FPB surgiu para complementar e expandir a assistência farmacêutica prestada pelo sistema público para a população brasileira. Pode-se verificar que a FPB vem abrangendo em sua maioria usuários da rede privada que não apresentam condições de adquirir seus medicamentos em estabelecimentos comerciais. Porém os usuários provenientes da rede pública corresponderam também a uma grande parcela dos usuários da FPB, os quais passaram a frequentar este estabelecimento para suprir as necessidades não atendidas na rede pública.

Com relação ao valor pago pelos medicamentos, verificamos uma significativa redução, sendo este o motivo principal evidenciado pelo estudo para a aquisição de medicamentos na FPB. Antes da implantação do programa esses valores representavam grande impacto na renda familiar. Esta redução permite que essa diferença no custo possa ser aplicada em medidas que contribuam na promoção e proteção da saúde, podendo ser feita através de alimentação variada e saudável, atividades que proporcionem bem-estar e melhor qualidade de vida.

No entanto, são necessários estudos adicionais em regiões diferentes do país, a fim de verificar se os resultados encontrados no presente estudo correspondem a realidade das demais regiões do país, quanto ao perfil de usuário e a redução dos custos. Estudos como este são importantes para avaliar a contribuição da FPB para a assistência farmacêutica e para a saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(Supl.4): 911-926.
- Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saude Pública* 2004; 38 (Supl.2): 228-238.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. *Diário Oficial da União* 1988.
- Brasil. Decreto n.º 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei n.º 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 20 mai.
- Brasil. Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do

Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994. *Diário Oficial da União* 1994; 5 jan.

Brasil. Lei n.º 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 13 abr.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. *Pratique Saúde contra a Hipertensão Arterial* 2011. [acessado agost 30]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23616.

Brasil. Portaria n.º 184 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. *Diário Oficial da União* 2011; 4 fev.

Brasil. Portaria n.º 3.916 de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União* 1998; 30 set.

Brasil, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Brasil faz mais pelos mais pobres*. Brasília (DF) 2011 [acessado 2011 nov]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=2805&lay=pde>. Acesso em setembro de 2011.

Brasíndice 2011. [acessado em 2011 jun 19]. Disponível em: <http://www.brasindice.com.br>

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Colet* 2000; 5 (Supl.1): 163-177.

Carvalho MF, Pascom ARP, Souza PRB, Damacena GN, Szwacwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad Saude Publica* 2005; 21(Supl 1): S100-8.

Carvalho VT, Cassiani SHB, Chiericato C. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. *Rev latino-am enfermagem* 1999; 7 (Supl.5): 67-75.

Consulta Remédios 2011. [acessado abr 12]. Disponível em: <http://www.consultaremedios.com.br>

Costa AA, Moura AAC, Mangueira JL, Barbosa-Branco A. O uso de medicamentos pelas famílias atendidas no Centro de Saúde 8 do Gama – DF. *Com Ciências Saúde* 2007; 18 (Supl.2): 117-127.

Ferreira RL, Oliveira MA, Luiza VL. *Análise da Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos*, 2006. [Dissertação] Rio de Janeiro (RS): FIOCRUZ; 2006.

Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39 (6): 924-929.

Guimarães VG, Brito GCB, Barbosa LM, Aguiar PM, Balisa-Rocha BJ, Lyra Júnior DP. Perfil Farmacoterapêutico de um Grupo de Idosos assistidos por

um programa de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil no município de Aracaju – SE. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2012; 33 (2): 307-312.

IMS - Health. *World Pharmaceutical Market Summary: Twelve Months to December 2006*. Retail Drug Monitor. [serial on the Internet] [cited 2011 oct 25]. Available from: <http://www.imshealth.com>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Despesas, Rendimentos e Condições de Vida. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/amostra/>>. Acesso em novembro de 2012.

Junges, F. *Avaliação do Programa Farmácia Popular do Brasil: aspectos referentes a estrutura e processos* [dissertação] Porto Alegre (RS): UFRGS - Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas; 2009.

Lima MG, Ribeiro AQ, Acurcio FA, Rozenfeld S, Klein CH. Composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 (Supl.6): 1423-1430.

Loyola AF, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2005; 21(Supl. 2): 545-553.

Luiza VL, Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: Bermudez JAZ, Oliveira MA, Escher A. *Acesso a medicamentos: derecho fundamental e papel del Estado*. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. pg 45-68.)

Marina GL, Ribeiro AQ, Acurcio FA, Rozenfeld S, Klein CH. Composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 (Supl.6): 1423-1430.

Mastroianni, PC. Análise dos aspectos legais das prescrições de medicamentos. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2009; 30 (Supl.2): 173-176.

Messeder AM, Osório-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(Supl.2):525-534.

Ministério da Saúde. *Elenco oficial dos medicamentos disponibilizados pela rede própria do programa farmácia popular* 2011. [acessado abr 14]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Elenco_Medicamentos_FPB_.pdf

OMS. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification and Defined Daily Doses (DDD)*, 2003.

Pinto CDBS, Miranda ES, Emmerick ICM, Costa NR, Castro CGSO. Preços e disponibilidade de medicamentos

no Programa Farmácia Popular do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2010; 44 (Supl.4): 611-619.

Pinto, CDBS. *O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo, cobertura e utilização frente à Política Nacional de Medicamentos* [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

Pinto, CDBS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Rev Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(Supl.6): 2963-2973.

Piola, SF, Vianna, SM. *Economia da Saúde: Conceito e contribuição para a gestão da saúde*. 3ª ed. Brasília: IPEAB; 1995.

Rozenfeld S, Fonseca MJ, Acurcio FA. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 23(1): 34-43.

Ruppenthal, LR, Petrovick, PR. Comparação do Perfil dos Usuários e dos Medicamentos Dispensados na Farmácia Popular do Brasil e em Drogaria Privada em Porto Alegre, Brasil. *Latin American Journal of Pharmacy* 2010; 29 (Supl.1): 22-29.

Schenkel, EP, Rech N, Farias MR, Santos RI, Simões CMO. Assistência Farmacêutica. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*. Brasília: 2004. p. 199-217.

Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enferm* 2005; 14 (Supl.1): 82-88.

Vieira, FS, Mendes, ACR. *Evolução dos Gastos do Ministério da Saúde com Medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Vieira, FS. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl.4): 674-681.

Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 (Supl.2): 285-294.