

UNIVERSIDADE TIRADENTES

**GARDÊNIA CORREIA LIMA
NATHÁLIA ANDRADE MOTA**

**ACESSO À MEDICAMENTOS POR PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS PELO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR: UMA
REVISÃO**

Aracaju/SE

2021

**GARDÊNIA CORREIA LIMA
NATHÁLIA ANDRADE MOTA**

**ACESSO À MEDICAMENTOS POR PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS PELO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR: UMA
REVISÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao curso de Farmácia da
Universidade Tiradentes – UNIT, como
pré-requisito para obtenção do grau de
Bacharel em Farmácia.

ORIENTADORA: Prof^a. Me. Ingrid
Borges Siqueira

Aracaju/SE

2021

Acesso à medicamentos por portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis pelo Programa Farmácia Popular: uma revisão

Gardênia Correia Lima¹

Nathália Andrade Mota²

Ingrid Borges Siqueira³

RESUMO

A complexidade das Doenças Crônicas não Transmissíveis e seus impactos sobre as internações e mortalidade, instigam a verificação da efetividade das ações que melhoram o acesso a medicamentos, um destes instrumentos de ampliação é o Programa Farmácia Popular do Brasil. Desta forma, o objetivo deste trabalho é apresentar através de uma revisão da literatura as relações entre o Programa Farmácia Popular e o tratamento de pacientes com Doenças Crônicas não Transmissíveis, determinando os medicamentos essenciais de acesso à população, para promoção e proteção da saúde. Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo e documental, a partir das bases de dados Scielo, Science Direct, PubMed, teses e dissertações incluindo as publicações em português e inglês que abordavam o tema, sendo utilizados os descritores disponíveis no DeCs: Acesso aos Medicamentos Essenciais, Política Nacional de Medicamentos, Doenças Crônicas não Transmissíveis, Farmacoterapia, Assistência Farmacêutica. A literatura descreve que com a implementação do PFPB, e a consequente ampliação do acesso à medicamentos, foi possível reduzir as taxas de internações e óbitos decorrentes de complicações das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente relacionadas à diabetes e hipertensão. É de suma importância estudos que comprovem resultados da implementação do PFPB, uma vez que ele é capaz de reduzir taxas de óbitos e hospitalizações atreladas a DCNT.

Palavras-chave: Acesso a medicamentos; Doenças Crônicas não Transmissíveis, Programa Farmácia Popular; Política Nacional de medicamentos.

ABSTRACT

The complexity of Chronic non-Communicable Diseases and their impacts on hospitalizations and mortality, instigates the verification of the effectiveness of actions that improve access to medicines, one of these instruments of expansion is the Programa Farmácia Popular do Brasil. Thus, the objective of this work is to present, through a literature review, the relationship between the Popular Pharmacy Program and the treatment of patients with non-communicable Chronic Diseases, determining the essential medicines for access to the population, for the promotion and protection of health. This is a descriptive and documentary bibliographic review, based on the Scielo, Science Direct, PubMed databases, theses and dissertations including publications in Portuguese and English that addressed the topic, using the descriptors available in DeCs: Access to Essential Drugs, National Drug Policy, Chronic Noncommunicable Diseases, Pharmacotherapy, Pharmaceutical Assistance. The literature requires that with the implementation of the PFPB, and consequent expansion of access to medicines, it was possible to reduce the rates of hospitalizations and deaths resulting from complications of chronic non-communicable diseases, mainly related to diabetes and hypertension. Studies that prove the results of the implementation of the PFPB are extremely important, since it is capable of reducing death rates and hospitalizations linked to NCDs.

Keywords: Access to medicines; Chronic Non-Communicable Diseases, Popular Pharmacy Program; National Medicines Policy.

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são patologias de origem não infecciosa, prolongadas, podendo desencadear incapacidades funcionais, além disso são determinadas por fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, má alimentação, alcoolismo, fatores genéticos e desigualdades sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; MALTA *et al.*, 2017).

As doenças cardiovasculares, respiratórias, metabólicas e as neoplasias malignas compreendem as principais DCNT. Anualmente são responsáveis pela morte de 41 milhões de pessoas, correspondendo a 71% de todos os óbitos no mundo (WHO, 2018). No Brasil, essas patologias estiveram envolvidas em cerca de 56,9% das mortes no ano de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, em 2019 no país 52% das pessoas tiveram diagnóstico de no mínimo uma doença crônica, com proeminência para câncer (2,6%), hipertensão (23,9%), diabetes (7,7%), doenças cardiovasculares e asma com o mesmo percentual (5,3%) (IBGE, 2020).

Diante desse cenário, levando em consideração os índices brasileiros, as DCNT tornam-se prioridades do governo, visto que acometem mais pessoas de baixa renda e baixa escolaridade. Os medicamentos são o cerne do sistema de saúde, e garantir o acesso a eles é um direito humano fundamental; são indispensáveis para o controle, prevenção e cura das doenças, e melhoram a qualidade de vida à medida que reduzem a morbimortalidade atrelada aos distúrbios agudos e crônicos. (BERMUDEZ, 2014; TAVARES *et al.*, 2016).

O direito universal a medicamentos fomentou o desenvolvimento de políticas públicas, assim, após a desativação da Central de Medicamentos em 1997, o Ministério da Saúde (MS) de forma abundantemente participativa, em 30 de Outubro de 1998, através da portaria nº 3.916, teve como marco a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998).

Os brasileiros obtêm seus medicamentos principalmente de três maneiras: compra direta no mercado privado, gratuitamente através do atendimento pela rede pública de serviços de saúde (SUS) e pelo Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) (OLIVEIRA, 2016).

O Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado por meio da Lei 10.858, de 13 de abril de 2004 (BRASIL, 2004) e pelo Decreto n.º 5.090, de 20 de maio de 2004

(BRASIL, 2004), os quais instituem o programa até então. Trata-se de uma política pública brasileira de copagamento de medicamentos sobre os indicadores de saúde, sendo uma estratégia que objetiva a ampliação do acesso da população aos medicamentos básicos e essenciais, proporcionando diminuição do impacto dos gastos com medicamentos no orçamento familiar (SANTOS-PINTO; COSTA & OSÓRIO-DE-CASTRO, 2011).

Levando em conta a complexidade das doenças crônicas não transmissíveis, seus impactos nas estatísticas de mortalidade, o peso dos gastos atrelados a essas doenças, seja pela população ou pelo poder público, é significativo verificar a efetividade das ações que melhorem o acesso a medicamentos.

Os reflexos do programa na sociedade são os mais positivos, dados divulgados no portal oficial da presidência, apontam que o PFPB já distribuiu medicamentos para o tratamento de mais de 7,8 milhões de pessoas hipertensas e diabéticas gratuitamente (SOUSA, 2012).

Desta forma, o objetivo deste trabalho é apresentar através de uma revisão da literatura as relações entre o Programa Farmácia Popular e o tratamento de pacientes com Doenças Crônicas não Transmissíveis, determinando os medicamentos essenciais de acesso à população, para promoção e proteção da saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter descritivo e documental, na qual, ilustra os pensamentos obtidos por meio da análise dos resultados dos artigos averiguados, seguindo as etapas da elaboração da pergunta norteadora; busca na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos; discussão dos resultados e apresentação da revisão (GALVÃO & PEREIRA, 2014).

Para a investigação bibliográfica foram utilizados 42 artigos científicos, pesquisados nas bases de dados SciELO (Scientific Eletronic Library Online), PubMed (US National Library of Medicine National Institutes of Health) e Science Direct. A alternativa em usar como suporte os dados NCBI – PubMed e o Science Direct, ocorreu devido à facilidade em realizar uma pesquisa mais eficaz, atualizada, fundamentada e segura.

Na pesquisa, foram incluídos artigos em português e inglês que abordassem o tema em questão e publicados entre os anos de 2010 a 2021 em periódicos

indexados nos bancos de dados eletrônicos, utilizando os seguintes descritores definidos através do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) em português: Acesso aos Medicamentos Essenciais, Política Nacional de Medicamentos, Doenças Crônicas não Transmissíveis, Farmacoterapia, Assistência Farmacêutica em inglês: Access to Essential Medicines, National Drug Policy, Noncommunicable Diseases, Drug Therapy, Pharmaceutical Services.

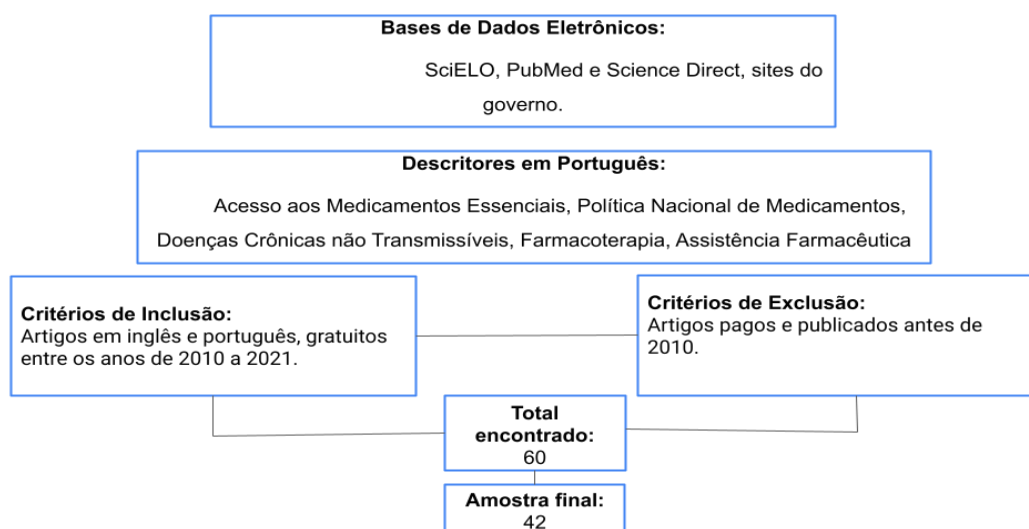
Foram utilizadas também monografias, dissertações e teses incluídas nos bancos de pesquisa de instituições renomadas, relacionados à temática desenvolvida no Trabalho de Conclusão de Curso.

As perguntas norteadoras deste estudo foram:

- De que forma o programa Farmácia Popular impacta socioeconomicamente na vida do paciente?
- Como o Programa Farmácia Popular do Brasil colabora com o Uso Racional de Medicamentos?
- Como funciona a distribuição do Programa Farmácia Popular do Brasil e como diminui despesas ao Estado.
- Qual o impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil frente aos números de hospitalizações e índice de mortalidade?

Como critérios de inclusão foram utilizados artigos que respeitavam as características a saber: artigos completos, em língua inglesa e portuguesa, publicados no período de 2010 a 2021 e citações relevantes de períodos anteriores e como critérios de exclusão, artigos pagos e publicados antes de 2010. (Esquema 1).

Esquema 1: Seleção de material de pesquisa de literatura



3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são patologias de progressão lenta, caracterizadas por diferentes etiologias, que duram três meses ou mais, onde os pacientes experimentam ciclos repetidos de melhora e/ou agravamentos, sendo de origem não infecciosa (KIM, *et al.*, 2018).

As quatro principais doenças crônicas não transmissíveis são hipertensão arterial, diabetes, cânceres e doenças do trato respiratório e a probabilidade de desenvolver uma dessas DCNT está atrelada a fatores não modificáveis (idade, genética e sexo) e modificáveis (tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, obesidade) intensificados por fatores socioeconômicos, culturais e ambientais (SATO, *et al.*, 2017).

Atingem principalmente os grupos vulneráveis, como os idosos, os de baixa renda e escolaridade, onde o tratamento compromete ainda mais essa renda, uma vez que diminui recursos destinados às necessidades básicas como moradia, alimentação e educação, além de causar uma sobrecarga no sistema de saúde (BRASIL, 2011). Em 2017 a mortalidade envolvendo essas doenças equivaleu a 56,9% e tem-se como propósito diminuir em 25% os óbitos por doenças crônicas não transmissíveis até 2025 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020; OPAS, 2015).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, que abrange o período de 2011-2022, definiu e priorizou as ações e o investimento a ser destinado ao enfrentamento dessas condições clínicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Neste plano a primazia está no cuidado integral aos pacientes, e para alcançar tal objetivo um conjunto de diversas ações que visem a ampliação do acesso a medicamentos para as DCNT deve ser incluído (MENGUE *et al.*, 2015).

3.2. Epidemiologia das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis

3.2.1. Câncer

O termo câncer se refere a um conjunto de doenças que são caracterizadas pelo crescimento anormal de células que apresentam algum tipo de mutação genética. Essas células transformadas são caracterizadas pela proliferação

descontrolada, ausência de diferenciação, capacidade de invasão a tecidos adjacentes e capacidade de metástase (INCA, 2011).

Esta doença representa um grande problema de saúde pública, onde mundialmente, 7,6 milhões de pessoas por ano vêm a óbito em virtude dessa patologia, sendo que 4 milhões dessas têm idade de 30 a 69 anos. Estima-se que até 2025 ocorra 6 milhões de mortes prematuras por ano e que 1,5 milhões dessas mortes poderiam ser prevenidas (INCA, 2020; OPAS, 2015).

As estatísticas no Brasil mostram que no ano de 2020 ocorreram mais de 600 mil novos casos de câncer, sendo 309.750 casos em homens onde o mais incidente foi o de próstata, com 29,2% correspondente a 65.840 casos, e 316.280 casos em mulheres com incidência do câncer de mama representando 29,7% equivalente a 66.280 casos (INCA, 2021).

A taxa de mortalidade referente aos cinco principais tipos de câncer demonstra que a cada 100.000 habitantes, 12,58% morrem em decorrência de câncer de pulmão e brônquios, 7,77% de câncer de mama, 6,21% de próstata, 6,40% de estômago e 5,34% de cólon (INCA, 2019).

3.2.2. Diabetes

Diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica onde os níveis de açúcar mantêm-se elevados, caracterizando a hiperglicemia que pode ser decorrente da irregularidade da ação e/ou secreção da insulina, resultando em sintomas como perda de peso, poliúria, polidipsia, visão turva e em casos mais graves pode ocasionar a falência de diferentes órgãos (WOJCIECHOWSKA *et al.*, 2016; American Diabetes Association, 2013).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), descreve que o diabetes é dividido em dois grupos, tipo 1 (DM1) e tipo 2 (DM2), no qual o DM1 equivale a cerca de 5% a 10% dos casos sendo de origem autoimune e o DM2 está presente em 90% a 95% dos casos, no qual o organismo não utiliza de forma adequada a insulina ou não a produz suficientemente para manter os níveis de glicemia controlados (SBD, 2019).

O diabetes acometeu 12 milhões de brasileiros em 2015, podendo alcançar projeções de 23,3 milhões de pessoas em 2040, ocupando a 4ª posição no ranking de países com população que são mais acometidas pela patologia, perdendo apenas para China, Índia e EUA (Ministério da defesa, 2021).

3.2.3. Doenças respiratórias Crônicas

As doenças respiratórias são definidas como infecções que trazem como consequência o tamponamento da passagem de ar para as vias respiratórias e estão entre as infecções que maior taxa de morbimortalidade globalmente, isso se dá pela fácil inalação durante exposições ambientais (SUNDEEP, 2018; FILHO, *et al.*, 2017).

Dentre essas patologias, podem-se destacar a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, doenças pulmonares intersticiais, pneumoconiose e sarcoidose pulmonar, sendo as duas primeiras mais frequentes (LABAKI; HAN, 2020).

A DPOC está ocupando a quarta principal causa de morte no Brasil, responsável por 4,83% dos óbitos. Com relação a asma, cerca de 495 mil pessoas morreram em 2017 decorrente da mesma. Além disso, houve um dado em 2018 de 197.568 internações no sistema único de saúde (SUS) com relação a essas duas principais condições patológicas, que retrata 9,5% das internações levando em consideração 10.000 pacientes, equivalente a 2% de todas as internações no país (LEAL, 2019).

3.2.4. Hipertensão

Determinada pelos altos níveis sustentados de pressão arterial (PA), a hipertensão é causada por diversos fatores, como excesso de peso, uso exagerado de sódio, sedentarismo, entre outros, além dos distúrbios metabólicos que são determinantes para o seu desenvolvimento, a exemplo de dislipidemias e diabetes (MENEZES; PORTES; SILVA, 2020; BAZÍLIO *et al.*, 2021).

A hipertensão é o principal fator de risco para o desenvolvimento de problemas cerebrovasculares e cardíacos. Mundialmente, cerca de 31,1% das pessoas, o que equivale a 1,39 bilhão, são hipertensas e 75% (1,04 bilhão) dessas mesmas são de países com baixa e média renda. No Brasil, entre os anos de 2006 a 2019, o índice de hipertensos passou de 22,6 % para 24,5%, onde as pessoas mais acometidas foram as que tinham acima de 65 anos totalizando 59,3% com predominância do sexo feminino (61,6%) seguido do sexo masculino (55,5%) (WYSS *et al.*, 2020; UNASUS, 2020).

3.2.5. Dislipidemia

Apesar de não estar entre as quatro principais DCNT, é importante ressaltar a dislipidemia, uma vez que esta pode facilitar o surgimento de doenças, como é o caso da hipertensão e doença arterial coronariana (DAC). A dislipidemia é um distúrbio metabólico que se dá devido ao aumento da lipoproteína de baixa densidade (LDL) e em contrapartida pela diminuição da lipoproteína de alta densidade (HDL) bem como pelos níveis elevados de colesterol e triglicerídeos, podendo ser ocasionada devido a fatores genéticos ou ambientais (SOUZA *et al.*, 2019; SÁ *et al.*, 2021).

Esse distúrbio metabólico acomete 25% de homens idosos, 42% de mulheres idosas e segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 20,65% das mulheres, seguido de 17,24% dos homens tem diagnóstico de hipercolesterolemia, que consiste no aumento da concentração de colesterol no sangue. Ademais, estudos relacionam a HAS como principal fator de risco para pessoas com alteração no perfil lipídico quando comparado a outras comorbidades (FEIO *et al.*, 2020).

3.3. Políticas Públicas de Saúde

Ao nascer da década de 1990, todos os esforços necessários visavam a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) (VASCONCELOS *et al.*, 2017), orientado pelos princípios da Constituição Federal de 1988 e regido pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990, que ratifica os princípios da universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade que o fundamentam e norteiam a política de saúde do país; ainda assim, assegura entre os campos de atuação que sejam executadas ações de assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica e o desenvolvimento da Política Nacional de medicamentos (PNM) (BRASIL, 1990).

A efetivação das estratégias estabelecidas pela PNM de 1998 assim como, pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) de 2004, está na descentralização da assistência farmacêutica e disponibilidade dos medicamentos para as doenças elencadas, compreendendo um conjunto de diversas ações ordenadas. Ambas as políticas visam garantir o tratamento eficaz das populações mais pobres e facilitar seu acesso aos medicamentos essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As DCNT constituem as principais causas de morbimortalidade no Brasil, são responsáveis pela diminuição da qualidade de vida por invalidez ou incapacidade, e por um elevado número de mortes precoces. Essas doenças carecem acompanhamento por serviços de atenção à saúde de alta complexidade e tratamento farmacológico contínuo, que corroboram um impacto econômico significativo tanto para o poder público quanto para o indivíduo acometido, o que exige políticas de enfrentamento (SILVA; ALMEIDA & ARAÚJO JÚNIOR, 2019).

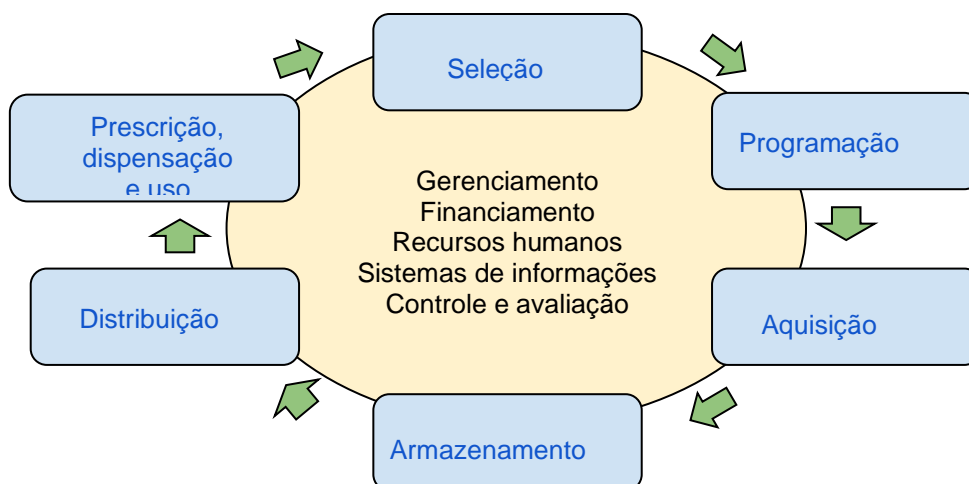
Além destas políticas instituídas e suas articulações, existem fatores que refletem na saúde da população, como os termos de regulação sanitária, uso racional de medicamentos, serviços farmacêuticos clínicos e farmacovigilância. A ampliação do acesso e a disponibilidade dos medicamentos motivaram a criação do PFPB, que passou a funcionar como convênio em farmácias privadas, sendo pioneiro no sistema de copagamento (ALENCAR *et al.*, 2018).

3.3.1. Política Nacional de Medicamentos

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) possui suas diretrizes baseadas nos princípios do SUS, e tem como objetivo a promoção do uso racional de medicamentos, a garantia da segurança, qualidade e eficácia terapêutica, bem como o acesso da população àqueles considerados essenciais, com foco em atender as necessidades e prioridades locais, alcançando esses resultados através da implementação de um novo modelo de Assistência Farmacêutica (AF) e as funções e finalidade desta assistência no SUS (BRASIL, 1998).

Dentro da PNM, as atividades envolvidas com o medicamento se encarregam de reforçar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, estas abrangem o abastecimento de medicamentos, garantido pelas etapas de seleção, programação e aquisição do ciclo da AF. E conduz-se de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (OLIVEIRA; ASSIS & BARBONI, 2010).

Figura 1: Ciclo da Assistência Farmacêutica.



Adaptado: Ministério da Saúde, 2001.

A seleção de medicamentos é considerada o ângulo mestre para as ações de planejamento e organização da AF. Ao ser administrada acertadamente, essa primeira etapa do ciclo da AF, gera ganhos econômicos para o SUS, reflete positivamente no acesso da população a medicamentos eficazes e seguros para se alcançar um tratamento farmacológico adequado, e estabelece um custo-efetivo para os usuários do sistema (KARNIKOWSKI *et al.*, 2017).

Para que aconteça de forma aceitável, a seleção deve respeitar algumas exigências, como a implantação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), que tem como finalidade a condução técnica, política e administrativa do processo. Este processo tem como fruto a lista de medicamentos essenciais (LME), que contempla os medicamentos considerados prioritários para a saúde pública, elencados com base em um panorama epidemiológico (WANNMACHER, 2010).

Há mais de 50 anos atrás o Brasil criou a sua primeira LME, o Ministério da Saúde investiu para que fossem elaboradas e publicadas as Rename sequenciais entre 2002 e 2014, e na reorientação da qualificação da assistência farmacêutica (PORTELA *et al.*, 2010).

A Rename é um documento oficial de referência nacional, serve de parâmetro para os estados e municípios selecionarem seus medicamentos, e norteia os que estão listados no PFPB. Ao longo do tempo atualiza-se, pois as relevantes transformações no perfil epidemiológico no último século, contribuem com o aumento da expectativa de vida e a ocorrência das DCNT. Integram o elenco dos

medicamentos essenciais aqueles considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população (BARRETO, 2015).

Uma das nove metas mundiais para o controle das DCNT é garantir a disponibilidade de 80% das tecnologias básicas e medicamentos essenciais. A oferta desses insumos de saúde para que o tratamento farmacológico seja cumprido, reduz significativamente a morbimortalidade dessas doenças. Neste contexto, a AF efetiva seu papel quando o paciente obtém acesso aos seus medicamentos, nas quantidades ideais e no momento necessário. (NASCIMENTO, 2017).

O Estado deve articular-se para prover os medicamentos essenciais que combatam e/ou controlem as doenças de mais impacto para a saúde pública. Planejar e implementar uma política de medicamentos em um país como o Brasil, para seus mais de 200 milhões de brasileiros, que convivem com grandes disparidades inter e intrarregionais não é uma tarefa simples. A maioria dos atendimentos no serviço público são compostos pela população de baixa renda, e o fornecimento gratuito é, geralmente, a única alternativa de acesso aos medicamentos (SANTOS-PINTO; COSTA & OSÓRIO-DE-CASTRO, 2011).

A falta de acesso gratuito aos medicamentos, principalmente os de uso contínuo, pode levar ao comprometimento do orçamento familiar, bem como favorecer o abandono do tratamento, aumentando o risco de agravamento do estado de saúde e a consequente expansão dos gastos em atendimentos ambulatoriais e internações. (HELFER, *et al.*, 2012).

3.3.2. Programa de Farmácia Popular no Brasil (PFPB)

A partir de 1998, diante da ascensão da política de assistência farmacêutica que tinha como preeminência assegurar a disponibilização de medicamentos a população de maneira gratuita pelo SUS através das Farmácias Básicas, buscava-se cada vez mais ampliar esse acesso, foi então que em 2004 deu-se início ao PFPB instituído pelo Decreto nº 5.090/2004 que além de promover a universalidade do acesso a medicamentos também reflete na diminuição dos gastos no orçamento familiar, uma vez que, segundo o IBGE esses gastos somaram-se a R\$ 103,5 bilhões, equivalente a 30% da renda familiar no ano de 2017 (MATTOS *et al.*, 2019; IBGE, 2019; BRASIL, 2004).

O PFPB distribui medicamentos com copagamento de uma parte do valor desde 2004, e a partir de 2011 de forma gratuita medicamentos para o tratamento de diabetes, hipertensão e asma. A princípio o programa funcionava de duas maneiras, a primeira era como rede própria (RP), a qual era administrada pela Fiocruz e abrangia farmácias públicas que tinham convênio com organizações e governos municipais e estaduais, sendo esta encerrada em 2017 e a segunda como rede conveniada (RC) iniciada em 2006 e que perdura até os dias de hoje onde tem convênio com redes privadas (SILVA & CAETANO, 2015).

Em decorrência da pandemia do COVID-19, a fim de reduzir a frequência dos pacientes na farmácia, o PFPB através da divulgação da Nota Técnica Nº 134/2020 com validade de 6 meses, possibilitou que a dispensação de medicamentos e fraldas pudesse ser feita para suprir as necessidades de 90 dias, ademais foi autorizada a retirada dos mesmo mediante apresentação de uma procuração mais simples sem precisar reconhecer em firma, apresentando os documentos do paciente e responsável legal, visto que a cronicidade das condições de saúde dos usuários do programa já os inclui como grupo de risco (CFF, 2020).

3.4. Acesso aos medicamentos do PFPB por portadores de DCNT

Os cuidados com a saúde devem ultrapassar as etapas da consulta médica, diagnóstico e prescrição. Nada disso se vale, caso não se efetive o acesso aos medicamentos, o insumo central da saúde. Estes devem ter disponibilidade física nas farmácias, aceitabilidade quanto aos serviços que o estabelecimento oferece, acessibilidade geográfica para favorecer os usuários e maneiras de obter medicamentos de acordo com a capacidade aquisitiva do indivíduo ou de seus provedores (BLUM; LUIZA & BERMUDEZ, 2011).

A compra direta ainda é uma das principais formas de obtenção de medicamentos, o que ocasiona uma maior gravidade no tocante às doenças crônicas, por sua demanda pelos medicamentos de uso contínuo, e em grande parte o tratamento perdura por toda a vida do paciente. Em vista dos altos custos dos medicamentos e tratamentos, a inacessibilidade torna-se uma realidade para um grande da população (MATTA *et al.*, 2018).

Tabela 1: Medicamentos disponíveis no Programa Farmácia Popular segundo indicação farmacológica.

Princípio ativo e apresentação	Forma farmacêutica	Indicação
Atenolol (25mg)	Comprimido	Hipertensão Arterial
Captopril (25mg)	Comprimido	
Cloridrato de Propranolol (40mg)	Comprimido	
Hidroclorotiazida (25mg)	Comprimido	
Losartana Potássica (50mg)	Comprimido	
Maleato de Enalapril (10mg)	Comprimido	
Glibenclamida (5mg)	Comprimido	Diabetes Mellitus
Cloridrato de Metformina (500mg)	Comprimido de ação prolongada	
Cloridrato de Metformina (500mg)	Comprimido	
Cloridrato de Metformina (850mg)	Comprimido	
Insulina Humana (100UI/mL)	Suspensão injetável	
Insulina Humana Regular (100UI/mL)	Suspensão injetável	
Sinvastatina (10mg)	Comprimido	Dislipidemia
Sinvastatina (20mg)	Comprimido	
Sinvastatina (40mg)	Comprimido	

Adaptado: Brasil, 2016.

Uma das prioridades no setor de saúde brasileiro tem sido o controle das DCNT, compreendido pela integração de um conjunto de políticas. O acesso e o uso racional de medicamentos são indispensáveis para o controle das patologias crônicas, principalmente diabetes e hipertensão, refletindo em resultados positivos na saúde e qualidade de vida dos pacientes (EMMERICK *et al.*, 2015).

O lançamento do PFPB, uma política pública inovadora no âmbito da AF, permitiu que o acesso aos medicamentos para as condições crônicas de saúde fosse ampliado, visto que aproxima o paciente de um modo de garantir seus medicamentos gratuitamente ou por meio do copagamento (GOMES, 2018).

3.5. Impactos do PFPB por portadores de DCNT

Mais de 70% da população brasileira utiliza exclusivamente os serviços do SUS e não é capaz de adquirir os medicamentos prescritos a partir de recursos próprios (PINTO *et al.*, 2010).

O estudo de Ferreira (2017), realizado a partir de dados coletados entre 2000 a 2012, demonstrou que o acesso ao PFPB diminuiu em 3,5% e 4,1% das internações

oriundas das complicações relacionadas ao DM e H.A.S, respectivamente, quando comparado com suas taxas médias.

Em outro estudo, realizado entre os anos de 2003 a 2016 por Almeida *et al.* (2019), constatou que com o PFPB em 10 anos de existência nos municípios com rede conveniada (RC) foi capaz de reduzir aproximadamente 100 internações e 13 óbitos a cada 100 mil habitantes relacionados ao diabetes e hipertensão. Esta redução também pode ser observada quando estendida aos municípios vizinhos não cobertos pelo programa, diminuindo em média 0,6 óbitos e 7,9 internações/100 mil habitantes com relação às duas comorbidades.

De acordo com dados do Conass (2016) a implementação do PFPB refletiu em redução de 20% das internações em decorrência da hipertensão e 16% das internações por crises asmáticas quando comparados com estatísticas antes da gratuidade dos medicamentos.

Almeida *et al.* (2018) no estudo analisado entre 2004 a 2016 descreve que internações resultantes de hipertensão, asma e diabetes decaiu em 150,5, sendo que no último ano da pesquisa em questão esse número passou para 287,3. Quanto a dados de mortalidade foi exposto que em 2016 19.390 óbitos foram evitados com redução de 6,3% para asma, 34,5% hipertensão e 59,2% para diabetes.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ampliação do acesso a medicamentos seguros e eficazes para as doenças crônicas não transmissíveis, através de políticas públicas como o PFPB, permite a disponibilidade de um arsenal terapêutico para as comorbidades mais prevalentes na população, garantindo ao usuário o seu tratamento, sobretudo contínuo, no momento oportuno e em quantidades necessárias, e ainda diminui as desigualdades no acesso.

De fato, a intenção explicitada pelo programa garantir os medicamentos, promove a redução dos óbitos e internações relacionados às complicações das principais DCNT: hipertensão e diabetes. Promover e ampliar o acesso equânime aos medicamentos é uma ferramenta fundamental para que se alcance um padrão de saúde para todos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, T. O. S. *et al.* Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. **Revista Saúde em Debate**, v. 42, n. 2, p. 159-172, 2018.

ALMEIDA, A. T. C. *et al.* Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. **Rev. Saúde Pública**, v. 53, p. 220-228, 2019.

ALMEIDA, A. T. C. *et al.* Os efeitos do acesso a medicamentos por meio do programa farmácia popular sobre a saúde de portadores de doenças crônicas não transmissíveis. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**, 2018.

American Diabetes Association. Diagnóstico e classificação de diabetes mellitus. **Diabetes care**, v. 36, suppl. 1, p. 67-74, 2013.

BARRETO, M. N. S. C. *et al.* Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v.18, suppl. 2, p. 413-24, 2015.

BAZÍLIO, G. S. *et al.* Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em adultos residentes em Senador Canedo, Goiás: estudo de base populacional, 2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 30, suppl. 1, 2021.

BERMUDEZ, J. A. Z. Acesso a medicamentos: direito ou utopia? Rio de Janeiro (RJ): **E-papers/Faperj**; p.114 ISBN 8576504537, 2014.

BLUM, B., LUIZA, V. L. & BERMUDEZ, J. A. Z. Acesso a medicamentos medido no nível domiciliar: a proposta da OMS e outras iniciativas brasileiras. **Rev. Bras. Farm.**, v. 92, suppl. 3, p. 223-233, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto n. 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei n. 10.858, de 13 de abril de 2004, institui o Programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Ministério da Saúde do Brasil, Governo Federal, Brasília-DF, Brasil, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.

BRASIL. Lei n. 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 14 abr. 2004.

BRASIL. Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

CFF (Conselho Federal De Farmácia). Prescrição eletrônica e mudanças no programa Farmácia Popular do Brasil comprovam evolução do setor farmacêutico durante pandemia. 2020. Disponível em: <https://cff.org.br/noticia.php?id=5935&titulo=Prescri%C3%A7%C3%A3o+eletr%C3%B4nica+e+mudan%C3%A7as+no+programa+Farm%C3%A1cia+Popular+do+Brasil+comprovam+evolu%C3%A7%C3%A3o+do+setor+farmac%C3%AAutico+durante+pandemia> . Acesso em: 17 mai. 2021.

EMMERICK, I. C. M. *et al.* Farmácia Popular Program: changes in geographic accessibility of medicines during ten years of a medicine subsidy policy in Brazil. **Journal of Pharmaceutical Policy and Practice**, v. 8, suppl. 1, 2015.

FEIO, C. M. A. *et al.* Dislipidemia e hipertensão arterial. Uma relação nefasta. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.27, n. 2, p. 64-67, 2020.

FERREIRA, P. A. A. Efeitos do copagamento de medicamentos sobre a saúde no Brasil: evidências do programa Aqui Tem Farmácia Popular. **Revista do BNDES**, p. 67-177, 2017.

FILHO, E. B. S. *et al.* Infecções Respiratórias de Importância Clínica: uma Revisão Sistemática. **Revista FIMCA**, v. 4, n. 1, 2017.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 183-184, 2014.

GOMES, M. R. Uma Análise geográfica do Programa Farmácia Popular do Brasil na cidade de Dourados. 2018. **Dissertação de Mestrado** – Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados - MS, 2018.

HELFER, A. P. *et al.* Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, suppl. 3, p. 225-232, 2012.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas). Despesas com saúde ficam em 9,2% do PIB e somam R\$608,3 bilhões em 2017. Dezembro de 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26444-despesas-com-saude- ficam-em-9-2-do-pib-e-somam-r-608-3-bilhoes-em-2017#:~:text=J%C3%A1%20com%20medicamentos%2C%20as%20fam%C3%ADlias,nos%20lares%20brasileiros%20naquele%20ano> . Acesso em: 05 mai. 2021.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões - IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Rio de Janeiro, 2020.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2011, p. 128.

KARNIKOWSKI, M. G. O. *et al.* Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, p. 2-9, 2017.

KIM, G. M. *et al.* Resiliência de pacientes com doenças crônicas: uma revisão sistemática. *Saúde e Assistência Social na Comunidade. Health Soc. Care Community*, p. 1-11, 2018.

LABAKI, W. W.; HAN, M. K. Chronic respiratory diseases: a global view. **The Lancet: Respiratory Medicine**, v. 8, n. 6, p. 531-533, 2020.

LEAL, L. F. Epidemiologia e uso de medicamentos para doenças respiratórias crônicas no Brasil. **Tese de Doutorado**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre - RS, 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, p.1-4, 2017.

MATTA, S. R. *et al.* Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, suppl. 3, 2018.

MATTOS, L. *et al.* Pharmaceutical services in primary healthcare and the Farmácia Popular Program: the perspective of public administrators from subnational spheres

of the Brazilian National Health System. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 28, n. 1, p. 287-298, 2019.

MENEZES, T. C. M., PORTES, L. A. & SILVA, N. C. O. V. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial com método diferenciado de busca ativa. **Caderno de saúde coletiva**, v. 28, suppl. 3, 2020.

MENGUE, S. S., *et al.* Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, suppl. 2, p. 192–203, 2015.

Ministério da Defesa. Diabetes - O que você precisa saber sobre ele? **Governo Federal**, 29 mar. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/defesa/pt-br/assuntos/desporto-militar/noticias/diabetes-2013-o-que-voce-sabe-sobre-ele> . Acesso em: 06 abr. 2021.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Duas décadas de Dia Mundial do Câncer e “Estimativa 2020” marcam o 4 de Fevereiro no INCA. **INCA**, 30 jan. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/duas-decadas-de-dia-mundial-do-cancer-e-estimativa-2020-marcam-o-4-de-fevereiro-no-inca> . Acesso em: 10 abr. 2021.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estatísticas de câncer. **INCA**, 04 mar. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer> . Acesso em: 4 abr. 2021.

Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Taxas de mortalidade para as 5 localizações primárias mais frequentes, por período selecionado, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000, segundo sexo. **Atlas On-line de Mortalidade**, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo04/consultar.xhtml#panelResultado> . Acesso em: 06 abr. 2021.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Panorama da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2018. Brasília, v. 50, n. 40, dez. 2019.

Ministério da Saúde. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt> . Acesso em: 14 mar. 2021.

NASCIMENTO, R. C. R. M. do, *et al.* Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, 2017.

OLIVEIRA, L. C. F. de, ASSIS, M. M. A. & BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, suppl. 3, p. 3561–3567, 2010.

OLIVEIRA, M. A., *et al.* Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, suppl. 2, 2016.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Doenças crônicas não transmissíveis causam 16 milhões de mortes prematuras todos os anos. Brasília, janeiro de 2015. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839 . Acesso em: 03 de abr. 2021.

PINTO, C. B. S. *et al.* Preço e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. **Revista de saúde pública**, v. 44, suppl. 4, p. 611–619, 2010.

Portaria n. 111/GM, de 28 de Janeiro de 2016, Ministério da Saúde - Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil e dá outras providências.

Portaria n. 3.916/GM, de 30 de Outubro de 1998, Ministério da Saúde – Aprova a Política Nacional de Medicamentos.

PORTELA, A. S., *et al.* Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Rev Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, suppl. 1, p. 9-14, 2010.

SÁ, A. C. M. G. N. *et al.* Fatores associados ao LDL-Colesterol aumentado na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 541-553, 2021.

SANTOS-PINTO, C. D. B., COSTA, N. do R., & OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, suppl. 6, p. 2963–2973, 2011.

SATO, T. O. *et al.* Doenças Crônicas não Transmissíveis em Usuários de Unidades de Saúde da Família - Prevalência, Perfil Demográfico, Utilização de Serviços de Saúde e Necessidades Clínicas. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 35-42, 2017.

SILVA, M. E. D. L., ALMEIDA, A. T. C. & ARAÚJO JÚNIOR, I. T. de. Equity analysis of resource distribution for the Popular Pharmacy Program. **Revista de Saúde Pública**, p. 53-50, 2019.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015.

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Classificação e diagnóstico do diabetes mellitus. **Diretrizes, Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf> . Acesso em: 10 abr. 2021.

SOUSA, Y. Governo doou remédios a 7,8 milhões de diabéticos e hipertensos. Valor econômico. 2012. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2012/02/13/governo-doou-remedio-a-78-milhoes-de-diabeticos-e-hipertensos.ghtml> Acesso em: 10 mai 2021.

SOUZA, N. A. *et al.* Dislipidemia familiar e fatores associados a alterações no perfil lipídico em crianças. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, suppl. 1, Janeiro de 2019.

SUNDEEP, S. *et al.* The burden of chronic respiratory diseases and their heterogeneity across the states of India: the Global Burden of Disease Study 1990-2016. **Lancet Global Health**, v. 6, n. 12, p. 1363-1374, 2018.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol. 50, p. 2-7, 2016.

UNASUS. Diabetes, hipertensão e obesidade avançam entre os brasileiros. **UNASUS**, 27 abr. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/diabetes-hipertensao-e-obesidade-avancam-entre-os-brasileiros#:~:text=O%20mesmo%20perfil%20se%20aplica,55%2C4%25%20em%202019> . Acesso em: 03 abr. 2021.

VASCONCELOS, D. M. M. *et al.* Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, suppl. 8, p. 2609–2614, 2017.

WANNMACHER, L. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 4, suppl. 3, p. 23-29, 2010.

WOJCIECHOWSKA, J. *et al.* Diabetes and Cancer: a Review of Current Knowledge. Experimental and clinical endocrinology & diabetes. **Official journal, German Society of Endocrinology and German Diabetes Association**, v. 124, suppl. 5, p. 263–275, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Non Communicable diseases**; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> . Acesso em: 16 mar. 2021.

WYSS, F. *et al.* Position statement of the Interamerican Society of Cardiology (IASC) on the current guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of arterial hypertension 2017–2020. **International Journal of Cardiology Hypertension** 6, 2020.

1 Acadêmica do 10º período de Farmácia da Universidade Tiradentes – UNIT/SE.

E-mail:gardeniaclima@gmail.com

2 Acadêmica do 10º período de Farmácia da Universidade Tiradentes – UNIT/SE.

E-mail:nathaliamota3@hotmail.com

3 Mestre em Ciências Farmacêuticas pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Sergipe – UFS; Professor Assistente I da Universidade Tiradentes, no curso de Farmácia.

E-mail:isiqueira5@hotmail.com