

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas

LUCAS TERRA CIACCIO

**A ALOCAÇÃO GEOGRÁFICA DOS POSTOS DA FARMÁCIA  
POPULAR NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO:  
DIMINUINDO DISTÂNCIAS SOCIAIS?**

**São Paulo**

**2018**

**Lucas Terra Ciaccio**

**A ALOCAÇÃO GEOGRÁFICA DOS POSTOS DA FARMÁCIA  
POPULAR NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO:  
DIMINUINDO DISTÂNCIAS SOCIAIS?**

Trabalho de Graduação Individual, apresentado  
à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências  
Humanas da Universidade de São Paulo como  
requisito para obtenção do título de Bacharel  
em Geografia.

Orientador: Professor André Roberto Martin

**São Paulo**

**2018**

**Lucas Terra Ciaccio**

**A ALOCAÇÃO GEOGRÁFICA DOS POSTOS DA FARMÁCIA  
POPULAR NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO:  
DIMINUINDO DISTÂNCIAS SOCIAIS?**

Trabalho de Graduação Individual, apresentado  
à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências  
Humanas da Universidade de São Paulo como  
requisito para obtenção do título de Bacharel  
em Geografia.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Banca Examinadora

---

Banca Examinadora

---

Professor Orientador André Roberto Martin

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de deixar registrado o meu agradecimento às seguintes pessoas:

Ao meu orientador André Roberto Martin, pelo imenso apoio no auxílio na elaboração desse trabalho;

Aos meus pais André e Rosa, e minha irmã Thaís, que nunca deixaram de acreditar;

À Rebeca, que sempre esteve ao meu lado e nunca me deixou desistir;

E à Mariana, que foi fundamental na conclusão desse trabalho.

## **RESUMO**

A presente monografia tem por objetivo abordar sucintamente a distribuição dos postos do Programa Farmácia Popular do Brasil no município de São Paulo. Para alcançar a este proposito, será apresentado um breve histórico do programa do governo federal, bem como uma exposição sobre a abrangência, doenças atendidas e medicamentos distribuídos, seguidos da apresentação da distribuição espacial dos postos no município de São Paulo, analisando com base na distribuição da renda, e por fim possíveis soluções e melhorias de processos.

Palavras Chave: Farmácia Popular. Distribuição de Renda. Medicamentos. Município de São Paulo. Governo Federal.

## ABSTRACT

This paper aims to succinctly address the distribution posts of the social health care program Farmácia Popular do Brasil in the city of São Paulo. To achieve this proposition, a brief history of the federal government program will be presented, as well as an exposition about the coverage, diseases and medications distributed, followed by the presentation of the spatial distribution of the posts through the city of São Paulo, analyzing based on the distribution of income, and finally possible solutions and improvements of processes.

Key Words: Fármacia Popular. Income Distribution. Medications. City of São Paulo. Federal Government.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

- Figura 01 Gráfico contendo o total de unidades do programa “Aqui tem Farmácia Popular”.
- Figura 02 Gráfico contendo a evolução do número de farmácias próprias do governo.
- Figura 03 Pontos de Distribuição do PFPB no Município de São Paulo/SP.
- Figura 04 Concentração de Distribuição do PFPB no Município de São Paulo/SP.
- Figura 05 Mapa do Município de São Paulo/SP, demonstrando a densidade demográfica.
- Figura 06 Mapa do Município de São Paulo/SP, demonstrando a distribuição de renda.
- Figura 07 Gráfico da distribuição (%) de pessoas com 10 anos ou mais de idade, com renda mensal, por intervalos de salários mínimo.

**LISTA DE TABELAS**

- Tabela 01 Medicamentos distribuídos para o tratamento de Hipertensão Arterial.
- Tabela 02 Medicamentos distribuídos para o tratamento de Diabetes Mellitus.
- Tabela 03 Medicamentos distribuídos para o tratamento de Asma.
- Tabela 04 Medicamentos distribuídos para o tratamento de Contracepção.
- Tabela 05 Medicamentos distribuídos para o tratamento de Dislipidemia.
- Tabela 06 Medicamentos distribuídos para o tratamento de Rinite.
- Tabela 07 Medicamentos distribuídos para o tratamento de Doença de Parkinson.
- Tabela 08 Medicamentos distribuídos para o tratamento de Osteoporose.
- Tabela 09 Medicamentos distribuídos para o tratamento de Glaucoma.
- Tabela 10 Medicamentos distribuídos para o tratamento de Incontinência.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AF	Assistência Farmacêutica.
AVC	Acidente Vascular Cerebral.
CPF	Cadastro de Pessoa Física.
CRM	Conselho Regional de Medicina.
DCV	Doenças Cardiovasculares.
DM 1	Diabetes Mellitus Tipo 1.
DM 2	Diabetes Mellitus Tipo 2.
GAD	Glutamic Acid Decarboxilase.
H1N1	Hemaglutinina Tipo 1 Neuraminidase Tipo 1.
IAA	Anti-Insulin Auto-Antibody.
IA-2	Tyrosine Phosphatase-Related Islet Antigen 2.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
ICA	Islet-Cell Antibody.
ICMS	Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços.
ISAAC	International Study on Asthma and Allergies in Childhood.
MS	Ministério da Saúde.
OMS	Organização Mundial de Saúde.
ONU	Organização das Nações Unidas.
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil.
PIO	Pressão Intraocular.

POF	Pesquisa de Orçamento Familiar.
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
SNTP	Saúde Não Tem Preço.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TG	Triglicerídeos.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	1
<b>1. O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR.....</b>	3
<b>2. HISTÓRIA DO PROGRAMA .....</b>	5
<b>3. ALCANCE DO PROGRAMA .....</b>	11
3.1. Hipertensão Arterial .....	12
3.2. Diabetes Mellitus.....	12
3.3. Asma.....	14
3.4. Contracepção.....	15
3.5. Dislipidemia.....	16
3.6. Rinite.....	17
3.7. Doença de Parkinson.....	18
3.8. Osteoporose.....	19
3.9. Glaucoma.....	19
3.10. Incontinência.....	20
<b>4. EXPOSIÇÃO EMPÍRICA DAS DISTORÇÕES .....</b>	21
<b>5. POTENCIAIS SOLUÇÕES PRAGMÁTICAS.....</b>	26
<b>CONCLUSÃO.....</b>	29
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	30

## INTRODUÇÃO

O tema deste presente estudo são as questões geográficas relacionadas ao funcionamento do já bem estabelecido *Programa Farmácia Popular do Brasil*<sup>1</sup>, com a lente sobre o município de São Paulo, especificamente. Isto é, pretende-se investigar como a distribuição de postos de entrega de medicamentos alteram a efetividade do programa – se pessoas de baixa renda, sem acesso aos medicamentos de alto custo no mercado, estão sendo excluídas por conta da dificuldade deslocamento.

Intuitivamente, é natural imaginar que o governo daria prioridade à instalação de postos de entrega em bairros com maior necessidade. Haveria, portanto, a necessidade de investigar se esta distribuição de postos está sendo realizada de modo competente por parte das autoridades públicas. Esta questão geográfica em si é reconhecidamente algo que merece um diagnóstico técnico, que pretende-se aqui realizar. Entretanto, a realidade não é tão simples assim. Existem incentivos fortes, relacionados principalmente à imagem do governo, que muitas vezes levam a esforços mal direcionados, com a instalação de postos em bairros de classe média e alta. Há, portanto, uma problemática não apenas social e geográfica, mas também política.

Para realizar esta tarefa, utilizou-se o município de São Paulo como um caso particular, apesar do programa ser de abrangência nacional. Após uma revisão dos pontos essenciais do PFPB, sua história e funcionamento atual (Capítulo 2), serão apresentados os argumentos teóricos relacionados à questão da problemática geográfica e distribuição regional da renda (Capítulo 3). Para tal, serão utilizadas tanto fontes bibliográficas específicas sobre o programa, como estudos de caráter mais abstrato, que tratam de problemas similares no âmbito de distorções e otimização geográfica e logística de recursos públicos. Os estudos empíricos que sustentam as hipóteses teóricas serão apresentados logo a seguir, com tabelas de dados e mapas que permitem o leitor tanto uma visão detalhada dos problemas levantados como perspectiva geral (Capítulo 4). Tal análise é complementada pela apresentação de particularidades específicas de bairros, em especial o efeito dos transportes públicos sobre a distribuição destes medicamentos (Capítulo 5) –

---

<sup>1</sup> Doravante “PFPB”.

enquanto é verdade que certos postos são localizados em bairros mais “nobres”, também é verdade que o acesso facilitado por via do metrô ou linhas de ônibus amenizam as distorções encontradas. Por fim, são apresentadas algumas propostas de soluções pragmáticas aos problemas levantados (Capítulo 6), que levam em conta principalmente melhorias técnicas do programa dentro do município de São Paulo, além de explorar algumas soluções que levam em conta as limitações orçamentárias e políticas do governo.

Como será percebido pelo leitor, o texto procura tratar do problema sem se prender a uma disciplina social qualquer, isto é, serão utilizados elementos da Geografia, da Economia, e até mesmo da Ciência Política para tratar de questões que são bastante amplas, ainda que relacionadas a um contexto específico da saúde no município de São Paulo. É bastante provável que as conclusões obtidas neste estudo sirvam de referência para estudos em outros municípios ou estados, ou ainda, que outros programas com características geográficas relevantes possam ser analisados de modo similar.

## 1. O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR.

O PFPB pode ser compreendido como um programa do governo federal que tem como objetivo a distribuição de medicamentos comuns através de postos, com a propriedade essencial de que os produtos disponibilizados são subsidiados (SILVA e CAETANO, 2015, p. 2943). É muito relevante destacar a essencialidade deste programa para as camadas mais pobres da população brasileira, na medida em que o acesso aos medicamentos subsidiados estão geograficamente disponíveis, pois uma parcela muito significante da renda familiar tende a ser gasta *em média* nestes bens indispensáveis para a qualidade de vida:

Na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008-2009, considerando famílias que tiveram registro de gastos com medicamentos, aquelas pertencentes ao extrato mais pobre comprometeram 8,5% de sua renda na compra desses produtos, em contraposição a menos de 2% naquelas que fazem parte do último décimo de renda (SILVA e CAETANO, 2015, p. 2944).

Como qualquer outra política pública na área da saúde, o PFPB não pode ser compreendido isoladamente, mas sim como uma peça de um sistema maior de oferta de bens e serviços neste setor tão influenciando tanto pela iniciativa privada como pelo poder do Estado. No Brasil, o PFPB é parte de um conjunto mais amplos de estratégias adotadas pelo Governo Federal para facilitar o acesso à saúde, que incluem: a Estratégia Saúde da Família; o Brasil Sorridente e o SAMU, além do próprio PFPB (MACHADO *et al*, 2011, p. 521-522; INOCENCIO e VITO, 2011, p. 523). Este conjunto amplo de políticas públicas na área de saúde, inclusos no SUS (Sistema Único de Saúde) que capitaneia o atendimento gratuito, justifica-se na medida em que leva-se em conta as diversas necessidades de populações distintas socioeconomicamente no Brasil inteiro, e com demandas sobre o poder público muitas vezes diversas. Com uma população de quase 200 milhões de pessoas, distribuída em um vasto território geográfico, o Brasil apresenta a inescapável característica de necessitar de programas “gigantes” no campo da saúde para que exista o potencial de satisfação plena destas necessidades se o âmbito escolhido para tais políticas seja o âmbito federal.

No caso do PFPB, discute-se um programa que gera gastos anuais de 1,82 bilhões de reais<sup>2</sup> no ano de 2013 (MTCGU, 2013), dentro de um universo maior de 14,7 bilhões de gastos em aperfeiçoamentos do SUS, que incluem gastos com Publicidade de Utilidade Pública; Programas de Assistência Farmacêuticas do SUS (dentro do próprio SUS); Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais (o maior gasto entre os programas de aperfeiçoamento, chegando a 2,79 bilhões de reais, mais que o dobro do PFPB), entre outros. Nota-se ainda, que o SUS, como um todo, utiliza um montante expressivo de 1,46 *trilhões* de reais, contabilizados em 2013 (MTCGU, 2013). Assim, apesar do PFPB ser um programa reconhecido pela população e gozar de uma publicidade efetiva, sua popularidade não se dá por conta de enormes esforços fiscais realizados pelo governo – pelo contrário, o PFPB é *relativamente* pequeno em comparação com o todo gasto na área de saúde por parte do Governo Federal, representando menos que 0,2% da totalidade de recursos da saúde. Recentemente, houve um aumento dos gastos totais do PFPB, alcançando um total de 3,06 bilhões de reais em 2015 (CONASS, 2017) – um aumento percentual expressivo em relação a 2013 (68%), mas que em comparação com o total de gastos na saúde ainda é bastante modesto. Nota-se ainda que, se levados em conta os gastos totais em saúde de vários países do mundo comparados com o Brasil, percebe-se que o total aqui gasto é de apenas 7,5% do PIB *versus* 9,7% que é a média mundial (INOCENCIO e VIVO, 2011, p. 202). Ou seja, haveria ainda, justificativa de expansão do SUS como um todo.

Como será argumentado mais adiante, estes números abrem a possibilidade de que não só para uma melhor organização regional do PFPB possa ser realizada, mas que um aumento de recursos dedicados à oferta destes medicamentos, através da instalação de mais postos de entrega, possa ser implementada, principalmente em áreas com alta densidade urbana e baixa renda. Sem dúvida, muitos bairros da cidade de São Paulo, mesmo dentro do município da capital, satisfazem estes dois critérios que serão chave para a avaliação da efetividade da distribuição de medicamentos subsidiados.

Antes de analisar a questão geográfica e socioeconômica propriamente dita na cidade de São Paulo especificamente, contudo, vale a pena realizar uma revisão

---

<sup>2</sup> Sendo 0,46 bilhões no sistema de copagamentos e 1,36 bilhões no sistema de gratuidade.

histórica do PFPB, para compreendermos quais eram os objetivos do governo, e qual foi o processo de implementação do programa com o passar dos anos, e em que medida este processo gerou as características atuais que serão analisadas nas seções posteriores.

## **2. O HISTÓRIA E FUNCIONAMENTO DO PFPB.**

A partir de 2004, o PFPB foi implantado como um “sistema de copagamento” dos medicamentos oferecidos (SILVA e CAETANO, 2015, p. 2944). A escassez destes bens no mercado privado é tão aguda, dada a baixa renda média brasileira, que subsídios do governo federal possuem impacto importante, ainda que não chegassesem inicialmente a cobrir o valor completo dos medicamentos. As origens políticas do PFPB, contudo, remontam a campanha eleitoral de 2002, tendo sido lançado como promessa política na campanha para a Presidência da República, já se beneficiando portanto de imensa publicidade inicial por conta interesses eleitorais<sup>3</sup> (SILVA e CAETANO, 2015, p. 2945).

O programa que precedia o PFPB, antes de 2004, era o denominado “Assistência Farmacêutica” (AF), iniciado em 1996, cuja principal característica que o distingua do PFPB era sua descentralização de responsabilidades as esferas estaduais e municipais – isto é, embora o programa fosse pago com recursos federais, estes recursos eram redirecionados aos estados e municípios, em quantias distintas, afim de combater através da oferta de recursos na saúde as fortes desigualdades intra e inter-regionais do país (SANTOS-PINTO et al, 2011, p. 2964). Esta característica de descentralização do AF é reconhecida por alguns estudiosos do tema como um dos motivos pelo qual o programa não teria sido muito bem sucedido, abrindo-se espaço para oportunidades políticas que preenchessem este hiato no funcionamento adequado desta prerrogativa do Estado. A criação de uma série de regulações distintas em municípios e estados diferentes, bem como a dificuldade de avaliação estratégica teriam sido muito prejudiciais a esta tentativa precedente ao PFPB. Como explicam alguns dos comentadores sobre o tema, há

---

<sup>3</sup> Como será argumentado, no caso do PFPB, bem como em muitos outros programas de saúde pública, a informação da população é essencial para o bom funcionamento do programa. Isto é, se faz necessário que o público esteja bastante ciente da existência e dos benefícios oferecidos para que possam aproveitar ao máximo das possibilidades de subsídio por parte do governo.

uma incapacidade por parte das esferas públicas abaixo do Governo Federal de lidar com demandas por parte da população que geram maiores custos:

Especula-se, assim, que a descentralização pode não ter sido resolutiva para a questão do acesso aos medicamentos. A descentralização trouxe para os gestores a responsabilidade do ciclo da AF, tarefa esta que envolve atividades de planejamento, organização, coordenação, acompanhamento e avaliação. Mas, aparentemente, não são todos os estados e municípios que vêm logrando executar essas atividades de forma satisfatória. Um fato que viria corroborar esta hipótese seria o crescente número de processos judiciais impetrados pela população contra o Estado, na tentativa de obter medicamentos. Estes se relacionam principalmente aos medicamentos de alto custo, entretanto, entre os processos podem ser encontrados também pedidos de medicamentos essenciais da atenção básica que, teoricamente, deveriam estar sempre disponíveis nas unidades públicas de dispensação (SANTOS-PINTO *et al*, 2011, p. 2964).

Como já foi indicado, este é um dos problemas que o Governo Federal viria absorver e propor uma solução mais efetiva, através da separação da distribuição de medicamentos básicos, através do PFPB, e de medicamentos especiais, através de um programa distinto. Assim, nota-se que uma característica essencial histórica do PFPB é seu nascimento por uma conjunção de fatores políticos e econômicos – isto é, a eleição de 2002, bem como a necessidade de rever o mecanismo de distribuição subsidiada de medicamentos através de uma centralização do programa.

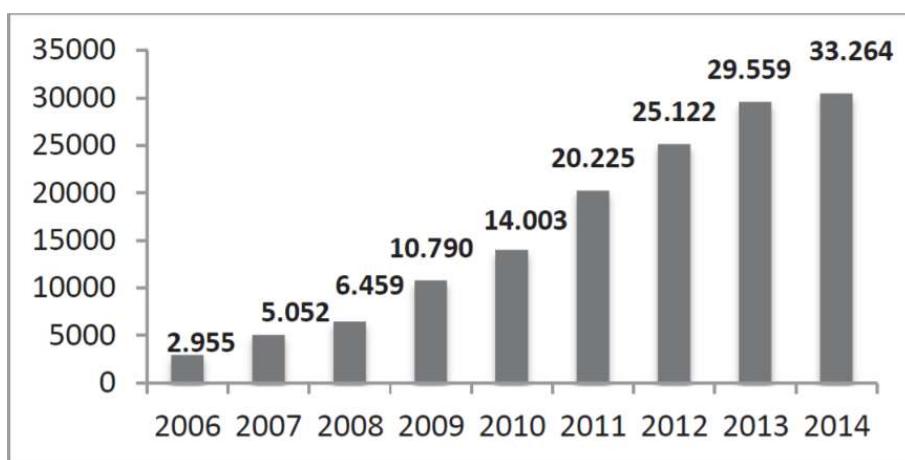
Uma vez estabelecido juridicamente o PFPB a partir do Decreto 5.090/2004, se dava necessária sua implementação prática. Entre as ações práticas que teriam viabilizado o programa destacam-se: parcerias com governos estaduais e municipais para estudos e questões logísticas; convênios e com instituições na área de saúde como a Fundação Oswaldo Cruz; e a isenção de ICMS sobre os produtos disponibilizados através do convênio ICMS 56/05 (RUPPENTHAL e PETROVICK, 2009, p. 23). Outro canal de implementação seria o convênio com drogarias privadas. Os dois modelos de gestão podem ser resumidos da seguinte maneira:

O programa FPB foi iniciado com dois modelos distintos de gestão: o primeiro de gestão pública, firmando convênios com governos estaduais, municipais, entidades filantrópicas e universidades; e o segundo um convênio entre Fiocruz e farmácias/drogarias privadas. Os dois modos de

gestão diferem entre si no que tange à lista de medicamentos oferecidos e na forma de custeio. No convênio público a Fiocruz destina verba mensal para custeio de pessoal e demais despesas, além de disponibilizar os medicamentos a título de consignação. No convênio privado o governo ressarcce ao empresário o valor referente à diferença entre o valor pago pelo usuário e o valor real cobrado por este pelo referido medicamento. Ambas as formas de gestão proporcionam ao usuário final preços mais acessíveis para seu tratamento medicamentoso (RUPPENTHAL e PETROVICK, 2009, p. 23).

Nestes modelos de gestão, destaca-se a capilaridade do programa permitido pelo credenciamento de farmácias privadas por parte do Ministério da Saúde, havendo a expectativa de que *metade* das farmácias privadas do país se tornassem credenciadas (SANTOS-PINTO *et al*, 2011). Em 2009, o programa já contava com 530 unidades de distribuição do próprio poder público em todos os estados da federação, conforme dados do Ministério da Saúde, chegando a um total de 10.790 farmácias, se incluída a rede privada conveniada (INOCENCIO e VITO, 2011, p. 208).

Figura 01 – Gráfico contendo o total de unidades do programa “Aqui tem Farmácia Popular”



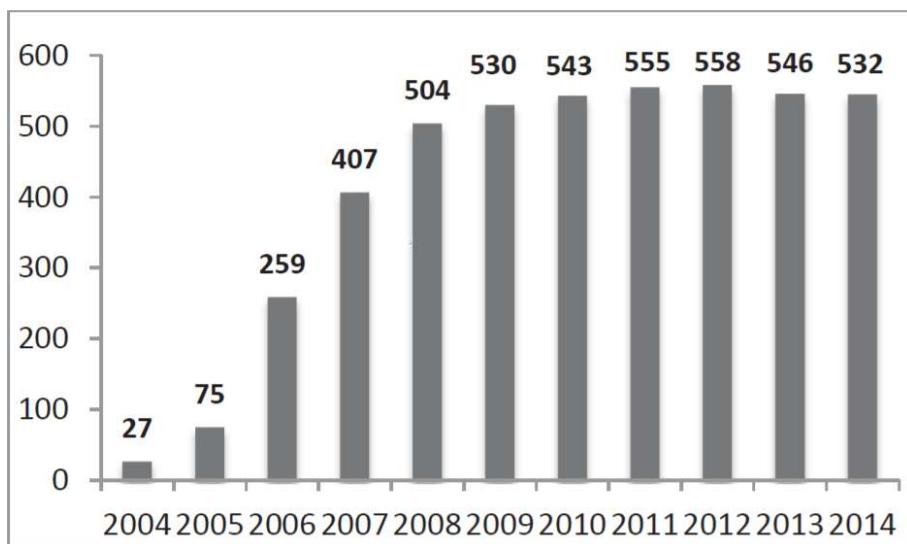
Fonte: DAF/SCTIE/MS – Ministério da Saúde (2015).

Já em 2010 o programa contava com impressionantes 1.536 pontos de distribuição, ou 14.005 farmácias, tendo realizado quase 2 milhões de vendas no ano inteiro, movimentando um total próximo de 52 milhões de reais. Neste ano, o subsídio efetivo do programa foi de 71,4% dos custos totais com as compras

realizadas (INOCENCIO e VITO, 2011, p. 207-208). É relevante destacar a velocidade de implementação impressionante do programa. Esta rapidez sugere que há sim possibilidade e flexibilidade para redistribuição e estabelecimento de novos postos em um período limitado de tempo, permitindo que interesses políticos possam ser efetivamente cumpridos em um ou dois mandatos de uma gestão pública particular.

Quanto a esses dados, além da velocidade de crescimento, chamam a atenção dois outros tópicos relevantes: primeiro, a participação maciça das drogarias privadas em convênio com o programa, que contabilizavam em 2009-2010 ao menos 90% do total de pontos de distribuição do programa – dados estes que se sustentam no trabalho de Machado *et al* (2011, p. 527) que demonstra o crescimento expressivamente maior da rede privada na distribuição dos medicamentos subsidiados do PFPB.

Figura 02 – Gráfico contendo a evolução do número de farmácias próprias do governo



Fonte: DAF/SCTIE/MS – Ministério da Saúde (2015).

Nota-se, que, uma vez percebidos os ganhos com o aproveitamento das farmácias privadas já estabelecidas, o estabelecimento de *novos* pontos de distribuição *públicos* praticamente se paralisou a partir de 2010, entre este ano e 2012, o número de postos públicos subiu de 543 para apenas 558 (SILVA e

CAETANO, 2015, p. 2948) – esta é uma observação importante, visto que uma maior efetividade regional da distribuição dos medicamentos não dependeria apenas das pressões mercadológicas às quais as farmácias privadas respondem, mas também de demandas sociais muitas vezes opostas aquilo que seria mais lucrativo geograficamente. Além disso, o subsídio, ainda que não cubra o total dos custos, já representava uma proporção significativa dos custos reais dos medicamentos.

Em 2011, uma mudança significativa ocorreu no PFPB: uma série de medicamentos passou a ser distribuída de forma *gratuita*, mantendo-se outros ainda no sistema de copagamentos (SILVA e CAETANO, 2015, p. 2944). Esta mudança, que viria a receber o rótulo publicitário de “Saúde Não Tem Preço”, SNTP (PORTAL DA SAÚDE, 2015), se justificaria não só de um ponto de vista social, mas também de um ponto de vista de finanças públicas. Embora a primeira vista possa se imaginar que os gastos do Estado se elevariam substancialmente, é levantada a hipótese de que um acesso ainda mais facilitado a estes medicamentos possa ter prevenido gastos ainda maiores de atendimento no SUS, isto é, o PFPB pode ser compreendido não só como um programa direto na melhoria da saúde pública ao tratar de doenças e necessidades sanitárias específicas, mas também como um programa de prevenção de agravamento do estado clínico de potenciais usuários do SUS, ainda que seja difícil de se confirmar quantitativamente devido às diversas variáveis envolvidas.

Outro fator importante é que o Programa Farmácia Popular pode contribuir para a diminuição dos gastos gerados pela compra de medicamentos e, também minimizar as despesas do Sistema Único de Saúde com internações que são provocadas pelo abandono do tratamento (INOCENCIO e VIVO, 2011, p. 207).

Entre os medicamentos distribuídos destacam-se várias condições que, se não tratadas preventivamente, tendem a deterioração grave da saúde do indivíduo, como indicado o argumento realizado. Entre estas condições destacam-se: hipertensão, diabetes, Influenza H1N1, dislipidemia, asma, osteoporose, glaucomas e mal de Parkinson (SILVA e CAETANO, 2015, p. 2947). O próprio site do Governo

Federal destaca este elenco de tratamentos, adicionando à lista contraceptivos, que também possuem um efeito de redução de custos de atendimento no SUS:

Em junho de 2007, o elenco de medicamentos do “Aqui Tem Farmácia Popular” foi ampliado, sendo incluídos os contraceptivos. Em fevereiro de 2010, um conjunto de medidas de combate à Gripe A (H1N1) foi adotado pelo Ministério da Saúde, entre eles, a inclusão do Fosfato de Oseltamivir no elenco do Programa. Em abril do mesmo ano, houve a inclusão da Insulina Regular, ampliando o elenco de medicamentos indicados para o diabetes, bem como o atendimento da dislipidemia, com a incorporação da Sinvastatina. Em outubro de 2010, o Programa ampliou o elenco de medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão e passou a atender novas doenças, tendo sido incluídos medicamentos para o tratamento da osteoporose, rinite, asma, Parkinson e glaucoma. A incontinência urinária para idosos passou a ser atendida com a inclusão das fraldas geriátricas (PORTAL DA SAÚDE, 2015).

Uma vez compreendida a dinâmica econômica e política básica do programa em nível nacional, é possível partir para a compreensão regional do problema. Como foi já mencionado, o presente trabalho pretende realizar uma análise da efetividade geográfica do PFPB na cidade de São Paulo. Existe já precedente na literatura sobre o tema para esta análise concentrada geograficamente. Destaca-se, em especial o trabalho de Rogério Luiz Ferreira de 2007 na Fiocruz, que teve como foco o estado do Rio de Janeiro e o Distrito Federal (FERREIRA, 2007). É bem verdade que o PFPB cresceu muito desde então. Atualmente, utilizando dados de 2016, o programa oferece 110 medicamentos (18 gratuitos) na rede própria que conta com 517 unidades e 42 medicamentos (26 gratuitos) na rede expandida através de farmácias credenciadas que são 34.627 em milhares de municípios no país, sendo que o total de pacientes atendidos alcançou 9,898 milhões de pessoas em setembro de 2016, um aumento de 686,5% em relação a janeiro de 2011 – muito em conta ao início da gratuidade nos medicamentos de diabetes, hipertensão e asma (CONASS, 2017). Ainda assim, utilizando o referencial de Ferreira (2007) e os dados atualizados deste programa já bem estabelecido, será possível chegar a conclusões relevantes sob um ponto de vista geográfico com ramificações econômicas, políticas e sociais relevantes na cidade de São Paulo. Antes de apresentar os dados e mapas, faz-se necessária uma discussão do problema específico que será abordado: como a distribuição geográfica dos postos de distribuição – levando em conta a rede privada de farmácias conveniadas, se articula com a distribuição regional da renda, visto que a preocupação central do programa é: “atingir aquela

parcela da população que [...] tem dificuldade para manter tratamento medicamentoso devido ao alto preço dos medicamentos" (PORTAL DA SAÚDE, 2015).

A integração da rede privada no PFPB, aumentou a capilaridade do programa com a previsão de que metade das farmácias privadas do país se tornassem credenciadas.

Além disso, observou-se uma mudança estrutural do novo modelo de distribuição; isso porque, na rede publica, existem altos custos fixos e operacionais além daqueles propriamente do subsidio dos medicamentos, entretanto com a inclusão das farmácias particulares tais custos são absorvidos pela operação regular com utilização de instalações, pessoal, tecnologia, gestão de estoques e logística empresarial pela rede própria. (ALMEIDA, 2017, pg. 284).

Nesse novo molde, os medicamentos do Programa Farmácia Popular são apenas alguns daqueles adicionais entre os normalmente ali comercializados. A gestão logística eficiente das farmácias particulares confere outra vantagem a essa forma de distribuição de medicamentos à população, pois garante sua disponibilidade na quantidade e momento necessários para adesão aos tratamentos prescritos. (ALMEIDA, 2017, pg 284).

Desta forma é possível concluir que com a ausência deste custo operacional maiores repasses poderão ser deslocados para aquisição de medicamentos, suprindo melhor a necessidade da população atendida.

### **3. ALCANCE DO PROGRAMA.**

No presente capítulo, serão elencadas as doenças abrangidas pelo programa, suas principais causas e quais medicamentos são disponibilizados pelo Governo Federal, através do PFPB.

### 3.1 Hipertensão Arterial.

De acordo com a 7<sup>a</sup> Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016), esta doença trata-se de condição clínica multifatorial, caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos maior ou igual a 140 e/ou 90 milímetros de mercúrio.

Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito.

No Brasil, atinge cerca de 36 milhões de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. Junto com a diabetes mellitus, suas complicações têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015.

Tabela 01 – Medicamentos distribuídos para o tratamento de Hipertensão Arterial

PRÍNCIPIO ATIVO E CONCENTRAÇÃO	UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR DE REFERÊNCIA POR UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR MÁXIMO PARA PAGAMENTO PELO MS
Captopril 25 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,19	0,19
Maleato de enalapril 10 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,26	0,26
Cloridrato de propranolol 40 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,07	0,07
Atenolol 25 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,11	0,11
Hidroclorotiazida 25 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,06	0,06
Losartana Potássica 50 mg	1 (um) comprimido	0,30	0,30

Fonte: Portal da Saúde (2014).

### 3.2 Diabetes Mellitus

De acordo com definição fornecida pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, diabetes mellitus é uma doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia), podendo ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, cuja função principal é promover a

entrada de glicose para as células do organismo de forma que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares.

**A Diabetes Tipo 1 (DM 1) –** Essa forma de diabetes é resultado da destruição das células beta pancreáticas por um processo imunológico, ou seja, pela formação de anticorpos pelo próprio organismo contra as células, beta levando a deficiência de insulina. Nesse caso podemos detectar em exames de sangue a presença desses anticorpos que são: ICA, IAAs, GAD e IA-2. Eles estão presentes em cerca de 85 a 90% dos casos de DM 1 no momento do diagnóstico. Em geral costuma acometer crianças e adultos jovens, mas pode ser desencadeado em qualquer faixa etária. O quadro clínico mais característico é de um início relativamente rápido (alguns dias até poucos meses) de sintomas como: sede, diurese e fome excessivas, emagrecimento importante, cansaço e fraqueza. Se o tratamento não for realizado rapidamente, os sintomas podem evoluir para desidratação severa, sonolência, vômitos, dificuldades respiratórias e coma. Esse quadro mais grave é conhecido como Cetoacidose Diabética e necessita de internação para tratamento.

**Diabetes Tipo 2 (DM 2) –** Nesta forma de diabetes está incluída a grande maioria dos casos (cerca de 90% dos pacientes diabéticos). Nesses pacientes, a insulina é produzida pelas células beta pancreáticas, porém, sua ação está dificultada, caracterizando um quadro de resistência insulínica. Isso vai levar a um aumento da produção de insulina para tentar manter a glicose em níveis normais. Quando isso não é mais possível, surge o diabetes. A instalação do quadro é mais lenta e os sintomas - sede, aumento da diurese, dores nas pernas, alterações visuais e outros - podem demorar vários anos até se apresentarem. Se não reconhecido e tratado a tempo, também pode evoluir para um quadro grave de desidratação e coma. Ao contrário do Diabetes Tipo 1, há geralmente associação com aumento de peso e obesidade, acometendo principalmente adultos a partir dos 50 anos. Contudo, observa-se, cada vez mais, o desenvolvimento do quadro em adultos jovens e até crianças. Isso se deve, principalmente, pelo aumento do consumo de gorduras e carboidratos aliados à falta de atividade física. Assim, o endocrinologista tem, mais do que qualquer outro especialista, a chance de diagnosticar o diabetes em sua fase inicial, haja visto a grande quantidade de pacientes que procuram este profissional por problemas de obesidade<sup>4</sup>.

Em Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE no ano de 2015, constatou-se que o diabetes atinge 9 milhões de brasileiros – o que corresponde a 6,2% da população adulta<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Disponível em [www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes](http://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes) (acesso em 12 nov. 2017)

<sup>5</sup> Disponível em [www.brasil.gov.br](http://www.brasil.gov.br) (acesso em 12 nov. 2017).

Tabela 02 – Medicamentos distribuídos para o tratamento de Diabetes Mellitus

PRÍNCIPIO ATIVO E CONCENTRAÇÃO	UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR DE REFERÊNCIA POR UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR MÁXIMO PARA PAGAMENTO PELO MS
Glibenclamida 5 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,09	0,09
Cloridrato de metformina 500 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,12	0,12
Cloridrato de metformina 850 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,16	0,16
Insulina Humana NPH 100 UI/ml, suspensão injetável, frasco-ampola 10 ml	1 (um) frasco/ampola 10ml	26,55	26,55
Insulina Humana NPH 100 UI/ml, suspensão injetável, frasco-ampola 5 ml	1 (um) frasco/ampola 5ml	13,27	13,27
Insulina Humana NPH 100 UI/ml, suspensão injetável, refil 3ml (carpule)	1 (um) refil 3ml	7,96	7,96
Insulina Humana NPH 100 UI/ml, suspensão injetável, refil 1,5ml (carpule)	1 (um) refil 1,5ml	3,99	3,99
Insulina Humana Regular 100 UI/ml, solução injetável, frasco-ampola 10 ml	1 (um) frasco/ampola 10ml	26,55	26,55
Insulina Humana Regular 100 UI/ml, solução injetável, frasco-ampola 5 ml	1 (um) frasco/ampola 5ml	13,27	13,27
Insulina Humana Regular 100UI/ml, solução injetável, refil 3ml (carpules)	1 (um) refil 3ml	7,96	7,96
Insulina Humana Regular 100UI/ml, solução injetável, refil 1,5ml (carpules)	1 (um) refil 1,5ml	3,99	3,99
Cloridrato de metformina 500 mg, comprimido de ação prolongada de ação prolongada	1 (um) comprimido	0,18	0,18

Fonte: Portal da Saúde (2014).

### 3.3 Asma

Conforme definição fornecida pelas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma (2012), esta patologia trata-se de doença inflamatória crônica das vias aéreas, na qual muitas células e elementos celulares têm participação.

A inflamação crônica está associada à hiperresponsividade das vias aéreas, que leva a episódios recorrentes de sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse, particularmente à noite ou no início da manhã. Esses episódios são uma consequência da obstrução ao fluxo aéreo intrapulmonar generalizada e variável, reversível espontaneamente ou com tratamento<sup>6</sup>.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e IBGE realizada em 2015, a asma atinge 6,4 milhões de brasileiros adultos. As mulheres

<sup>6</sup> Disponível em [www.jornaldepneumologia.com.br](http://www.jornaldepneumologia.com.br) (acesso em 12 nov. 2017).

são as mais acometidas pela doença: cerca de 3,9 milhões delas afirmaram ter diagnóstico da enfermidade contra 2,4 milhões de homens<sup>7</sup>.

Tabela 03 – Medicamentos distribuídos para o tratamento de Asma

PRÍNCIPIO ATIVO E CONCENTRAÇÃO	UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR DE REFERÊNCIA POR UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR MÁXIMO PARA PAGAMENTO PELO MS
Sulfato de Salbutamol 5 mg/ml - Solução Inalação	1 (um) mililitro	0,88	0,88
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose, Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	0,10	0,10
Brometo de Ipratropio 0,25 mg/ml. Administração pulmonar, solução para inalação	1 (um) mililitro	0,27	0,27
Brometo de Ipratropio 0,02 mg/dose, Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	0,06	0,06
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose, Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	0,13	0,13
Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/cápsula, Administração pulmonar, cápsulas inhalantes	1 (uma) cápsula	0,25	0,25
Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/dose, Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	0,25	0,25
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose, Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	0,15	0,15

Fonte: Portal da Saúde (2014).

### 3.4 Contracepção

Conforme determinado pelo Manual de Anticoncepção da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2015), anticoncepção corresponde ao uso de métodos e técnicas com a finalidade de impedir que o relacionamento sexual resulte em gravidez, sendo recurso de Planejamento Familiar<sup>8</sup>.

Em reportagem publicada pelo jornal eletrônico Globo News em 2014<sup>9</sup>, a Organização Mundial de Saúde e a ONU lançaram um relatório sobre gravidez na adolescência em 2013, constatando que, ao todo, são 7,3 milhões de adolescentes grávidas, sendo dois milhões têm menos de 15 anos de idade. A previsão é de que, se nenhuma medida for tomada, esse número deve saltar para três milhões em 2030.

Ainda na mesma reportagem, foi constatado que, apenas no Brasil em 2011, 25 mil meninas entre 10 e 14 anos de idade deram à luz, e 440 mil jovens entre 15 e

<sup>7</sup> Disponível em [www.brasil.gov.br](http://www.brasil.gov.br) (acesso em 12 nov. 2017).

<sup>8</sup> Disponível em [armazemdaciencia.files.wordpress.com](http://armazemdaciencia.files.wordpress.com) (acesso em 12 nov. 2017).

<sup>9</sup> "Número de adolescentes grávidas chega a 7,3 milhões, aponta ONU", atualizado em 30/09/2014, disponível [glo.bo/YOQbbn](http://glo.bo/YOQbbn) (acesso em 12 nov. 2017).

19 anos tiveram gestações não planejadas. Além disso, 21,5% dos partos no país são feitos em mulheres com menos de 20 anos.

Em que pese não tratar-se de patologia, a contracepção utilizada no Planejamento Familiar é assegurada pela Constituição Federal<sup>10</sup> e também pela Lei nº 9.263/1996, bem como se trata de fator que pode contribuir para a queda nos índices de abortos inseguros e, consequentemente, na mortalidade materna, conforme estudo do Ministério da Saúde.

Ainda, a ampliação do acesso aos métodos contraceptivos na rede pública e nas drogarias conveniadas do programa “Aqui Tem Farmácia Popular” diminuiu incidência de gravidez na adolescência (de 10 a 19 anos de idade) em 20% entre os anos de 2003 e 2009<sup>11</sup>.

Tabela 04 – Medicamentos distribuídos para o tratamento de Contracepção

PRÍNCIPIO ATIVO E CONCENTRAÇÃO	UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR DE REFERÊNCIA POR UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR MÁXIMO PARA PAGAMENTO PELO MS
Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg, ampola	1 (uma) ampola	11,31	10,17
Norestisterona 0,35 mg, comprimido - cartela com 35 comprimidos	1 (uma) cartela	4,96	4,46
Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg, comprimido - cartela com 21	1 (uma) cartela	4,19	3,77
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg, ampola	1 (uma) ampola	12,36	11,12

Fonte: Portal da Saúde (2014).

### 3.5 Dislipidemia

A dislipidemia é definida pela Anvisa como distúrbio que altera os níveis séricos dos lipídeos (gorduras), nos seguintes termos:

Assim como a hipertensão, também é um dos fatores de risco para ocorrência de doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares. Na dislipidemia há alteração dos níveis séricos dos lipídeos. As alterações do perfil lipídico podem incluir colesterol total alto, triglicerídeos (TG) alto, colesterol de lipoproteína de alta densidade baixo (HDL-c) e níveis elevados

<sup>10</sup> Artigo 226, §7º da CF/88: "A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. [...] § 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas".

<sup>11</sup> Disponível [www.brasil.gov.br](http://www.brasil.gov.br) (acesso em 12 nov. 2017).

de colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-c). Em consequência, a dislipidemia é considerada como um dos principais determinantes da ocorrência de doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares, dentre elas aterosclerose (espessamento e perda da elasticidade das paredes das artérias), infarto agudo do miocárdio, doença isquêmica do coração (diminuição da irrigação sanguínea no coração) e AVC (derrame)<sup>12</sup>.

Em reportagem publicada pelo jornal eletrônico UOL, a Pesquisa Nacional de Saúde de 2014 identificou 18,4 milhões de brasileiros com colesterol considerado alto (12,5% da população)<sup>13</sup>.

Tabela 05 – Medicamentos distribuídos para o tratamento de Dislipidemia

PRÍNCIPIO ATIVO E CONCENTRAÇÃO	UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR DE REFERÊNCIA POR UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR MÁXIMO PARA PAGAMENTO PELO MS
Sinvastatina 10 mg comprimido	1 (um) comprimido	0,13	0,12
Sinvastatina 20 mg comprimido	1 (um) comprimido	0,26	0,23
Sinvastatina 40 mg comprimido	1 (um) comprimido	0,50	0,45

Fonte: Portal da Saúde (2014).

### 3.6 Rinite

O Consenso Brasileiro sobre Rinites<sup>14</sup> (2012) define esta doença como sendo a inflamação da mucosa de revestimento nasal, caracterizada pela presença de um ou mais dos seguintes sintomas: obstrução nasal, rinorreia, espirros, prurido e hiposmia.

A realização do ISAAC no Brasil mostrou que a prevalência média de sintomas relacionados à rinite alérgica foi 29,6% entre adolescentes e 25,7% entre escolares. Quanto aos sintomas relacionados à asma ativa, a prevalência média foi de 19,0 e 24,3% entre adolescentes e escolares, respectivamente. O Brasil está no grupo de países que apresentam as maiores taxas de prevalência de asma e de rinite alérgica no mundo<sup>15</sup>.

<sup>12</sup> Disponível portal.anvisa.gov.br (acesso em 12 nov. 2017).

<sup>13</sup> "18,4 milhões têm problema de colesterol alto no Brasil", atualizado em 12/08/2017, disponível noticias.uol.com.br (acesso em 12 nov. 2017).

<sup>14</sup> Disponível www.aborlccf.org.br (acesso em 12 nov. 2017).

<sup>15</sup> IBIAPINA, Cássio da Cunha et al . Rinite alérgica: aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos. J. bras. pneumol., São Paulo , v. 34, n. 4, p. 230-240, Apr. 2008.

Tabela 06 – Medicamentos distribuídos para o tratamento de Rinite

PRÍNCIPIO ATIVO E CONCENTRAÇÃO	UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR DE REFERÊNCIA POR UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR MÁXIMO PARA PAGAMENTO PELO MS
Budesonida 50 mcg/dose Administração tópica nasal doseada	1 (uma) dose	0,07	0,06
Budesonida 32 mcg/dose Administração tópica nasal doseada	1 (uma) dose	0,05	0,04
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose - Administração tópica nasal doseada	1 (uma) dose	0,07	0,06

Fonte: Portal da Saúde (2014).

### 3.7 Doença de Parkinson

A Academia Brasileira de Neurologia define a Doença de Parkinson como sendo uma doença degenerativa do sistema nervoso central, crônica e progressiva.

É causada por uma diminuição intensa da produção de dopamina, que é um neurotransmissor (substância química que ajuda na transmissão de mensagens entre as células nervosas). A dopamina ajuda na realização dos movimentos voluntários do corpo de forma automática, ou seja, não precisamos pensar em cada movimento que nossos músculos realizam, graças à presença dessa substância em nossos cérebros. Na falta dela, particularmente numa pequena região encefálica chamada substância negra, o controle motor do indivíduo é perdido, ocasionando sinais e sintomas característicos, que veremos adiante<sup>16</sup>.

A Doença de Parkinson possui distribuição universal e atinge todos os grupos étnicos e classes socioeconômicas, com estimativa de 100 a 200 casos por 100 mil habitantes. Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 1% da população mundial acima dos 65 sofre com esta mazela, sendo que no Brasil, a estimativa é de que pelo menos 200 mil pessoas tenham essa doença. Usualmente, a Doença de Parkinson não atinge um grupo específico, mas os sintomas costumam surgir a partir dos 50 anos de idade<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> Disponível [www.cadastro.abneuro.org](http://www.cadastro.abneuro.org) (acesso em 12 nov. 2017).

<sup>17</sup> Disponível [www.canal.fiocruz.br](http://www.canal.fiocruz.br) (acesso em 12 nov. 2017).

Tabela 07 – Medicamentos distribuídos para o tratamento de Doença de Parkinson

PRÍNCIPIO ATIVO E CONCENTRAÇÃO	UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR DE REFERÊNCIA POR UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR MÁXIMO PARA PAGAMENTO PELO MS
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg	1 (um) comprimido	0,64	0,58
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg	1 (um) comprimido	1,17	1,05

Fonte: Portal da Saúde (2014).

### 3.8 Osteoporose

A patogênese da osteoporose, segundo Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, trata-se de uma fragilidade óssea que inclui tanto a perda de massa óssea, quanto a alteração da microarquitetura trabecular, com o consequente aumento no risco de fraturas, mesmo aos mínimos traumas<sup>18</sup>. A doença atinge dez milhões de brasileiros, de acordo com a Organização Mundial da Saúde<sup>19</sup>.

Tabela 08 – Medicamentos distribuídos para o tratamento de Osteoporose

PRÍNCIPIO ATIVO E CONCENTRAÇÃO	UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR DE REFERÊNCIA POR UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR MÁXIMO PARA PAGAMENTO PELO MS
Alendronato de Sódio 70 mg	1 (um) comprimido	1,87	1,68

Fonte: Portal da Saúde (2014).

### 3.9 Glaucoma

De acordo com definição fornecida pelo II Consenso de Glaucoma Primário de Ângulo Fechado, é o “mecanismo pelo qual existe um fechamento parcial ou completo do ângulo da câmara anterior, decorrente de condições anatômicas que propiciam aposição ou adesão da periferia da íris à sua parede externa (goniosinéquias), com frequente elevação da pressão intraocular (PIO) de forma aguda, intermitente ou crônica”<sup>20</sup>, que pode levar, eventualmente, ao

<sup>18</sup> Disponível [www.canal.fiocruz.br](http://www.canal.fiocruz.br) (acesso em 12 nov. 2017).

<sup>19</sup> Disponível [domtotal.com](http://domtotal.com) (acesso em 12 nov. 2017).

<sup>20</sup> Disponível [www.sbglaucoma.com.br](http://www.sbglaucoma.com.br) (acesso em 12 nov. 2017).

desenvolvimento da neuropatia óptica glaucomatosa. A doença não tem cura e, quando não é tratada, pode levar à cegueira<sup>21</sup>.

Cerca de 65 milhões de pessoas já foram diagnosticadas com glaucoma em todo o mundo, e desta parcela, 900 mil são brasileiros, conforme indica estudo da Organização Mundial da Saúde.

Tabela 09 – Medicamentos distribuídos para o tratamento de Glaucoma

PRÍNCIPIO ATIVO E CONCENTRAÇÃO	UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR DE REFERÊNCIA POR UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR MÁXIMO PARA PAGAMENTO PELO MS
Maleato de Timolol 0,25% – Solução Oftalmológica	1 (um) mililitro	0,20	0,18
Maleato de Timolol 0,50% – Solução Oftalmológica	1 (um) mililitro	0,48	0,43

Fonte: Portal da Saúde (2014).

### 3.10 Incontinência

Segundo portal "Tua Saúde"<sup>22</sup>, produzido e revisado por profissionais de saúde, a incontinência urinária é a perda involuntária de urina que pode afetar homens e mulheres, e embora possa atingir qualquer faixa etária, é mais frequentemente na gravidez e na menopausa. Pode ter diversas causas, mas a mais comum é o enfraquecimento dos músculos que controlam a bexiga. Trata-se de condição médica que afeta 10 milhões de brasileiros, conforme matéria publicada no jornal eletrônico G1<sup>23</sup>.

Tabela 10 – Medicamentos distribuídos para o tratamento de Incontinência

PRÍNCIPIO ATIVO E CONCENTRAÇÃO	UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR DE REFERÊNCIA POR UNIDADE FARMACOTÉCNICA	VALOR MÁXIMO PARA PAGAMENTO PELO MS
Fralda geriátrica	1 (uma) tira	0,71	0,64

Fonte: Portal da Saúde (2014).

<sup>21</sup> Disponível [www.brasil.gov.br](http://www.brasil.gov.br) (acesso em 12 nov. 2017).

<sup>22</sup> Disponível [www.tuasaude.com](http://www.tuasaude.com) (acesso em 12 nov. 2017).

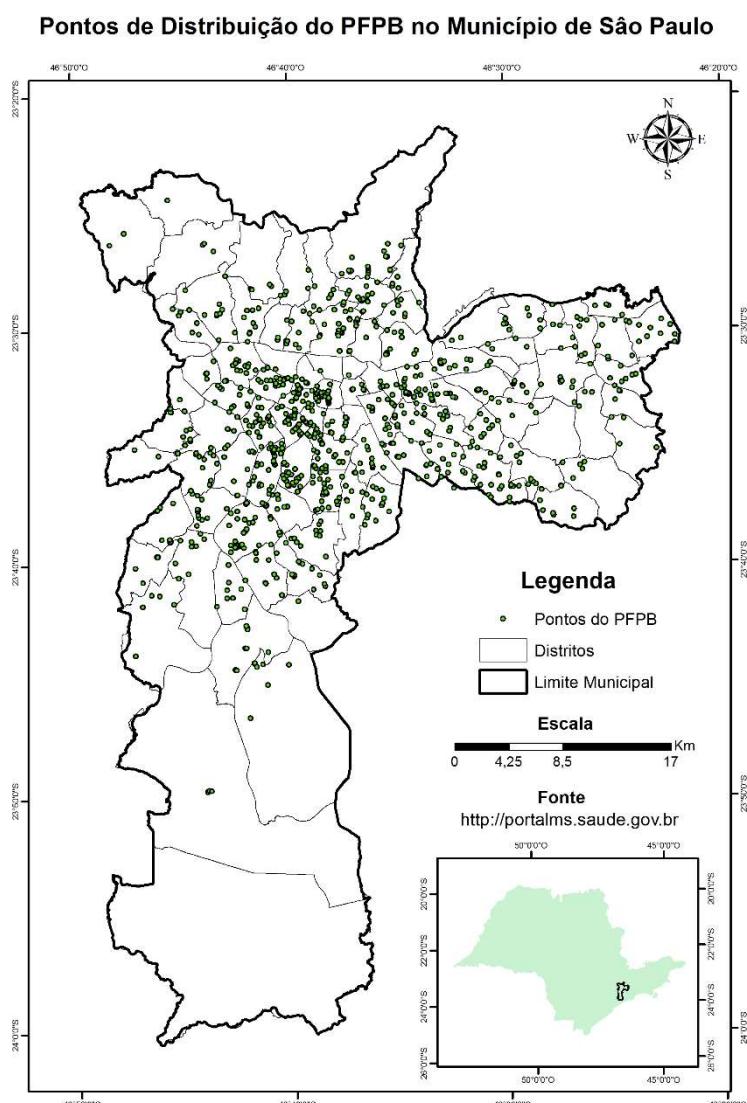
<sup>23</sup> Disponível [g1.globo.com](http://g1.globo.com) (acesso em 12 nov. 2017).

#### 4. EXPOSIÇÃO EMPÍRICA DAS DISTORÇÕES

Este capítulo dedica-se a analisar a distribuição dos postos do Programa Farmácia Popular do Brasil, comparando com a distribuição da renda pelo Município de São Paulo.

Para tanto, foi feito um mapeamento de todos os postos de distribuição do Programa (total de 952 unidades), tanto os de forma gratuita quanto os de copagamento, através de dados obtidos pelo Ministério da Saúde em janeiro de 2016:

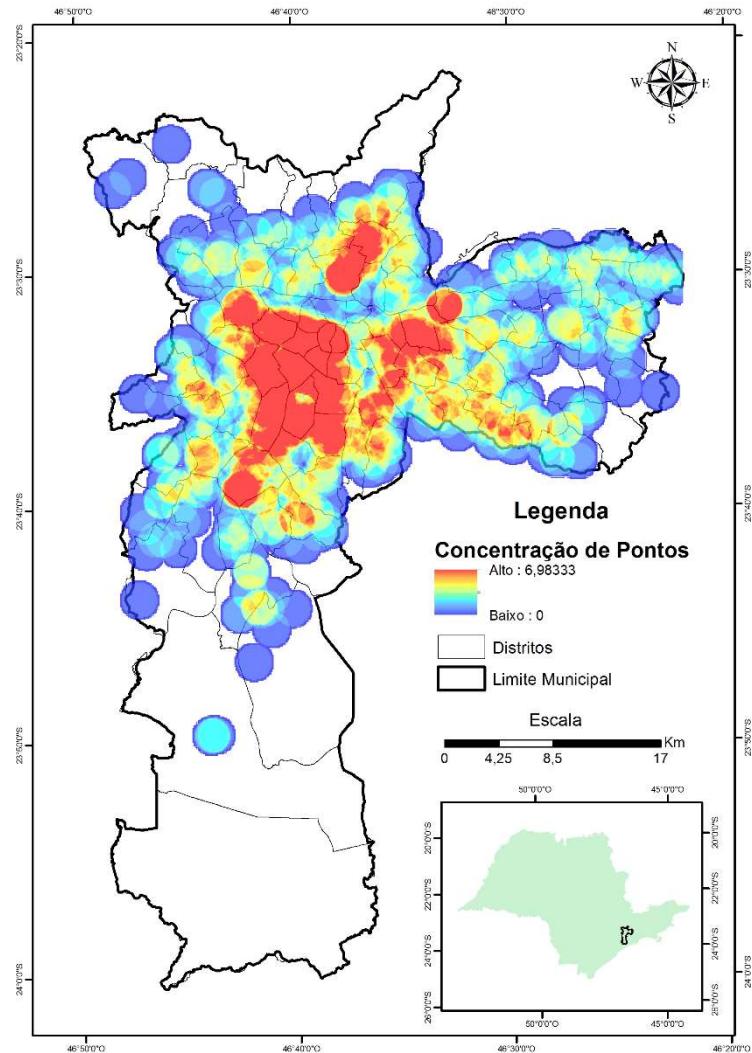
Figura 03



Fonte: Autoria própria (2018).

Figura 04

### Concentração da Distribuição do PFPB no Município de São Paulo



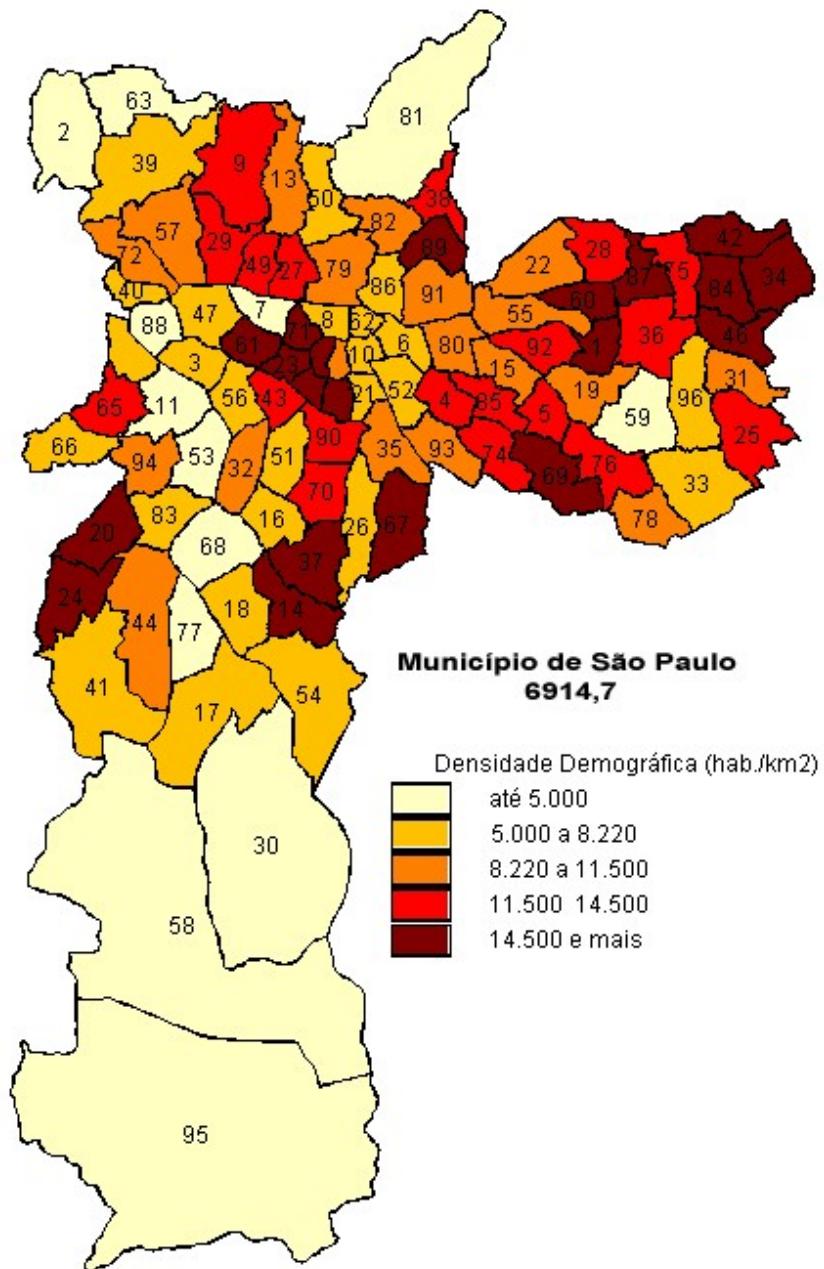
Fonte: Autoria própria (2018).

Nesse sentido, é possível observar que a maior concentração dos postos e farmácias conveniadas se encontra na região Centro-Oeste e Sudeste, enquanto que a menor incidência ocorre nas regiões Norte, Sul e Leste do município.

Vale esclarecer que, em que pese praticamente não existirem postos localizados na região de extremo Sul da cidade, tal fato se dá pois a mencionada região trata de áreas de mananciais (região da Guarapiranga e Billins), a qual também possui uma densidade populacional muito baixa.

Note que o mapa elaborado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000) corrobora com esta informação:

Figura 05 – Mapa do Município de São Paulo/SP, demonstrando a densidade demográfica

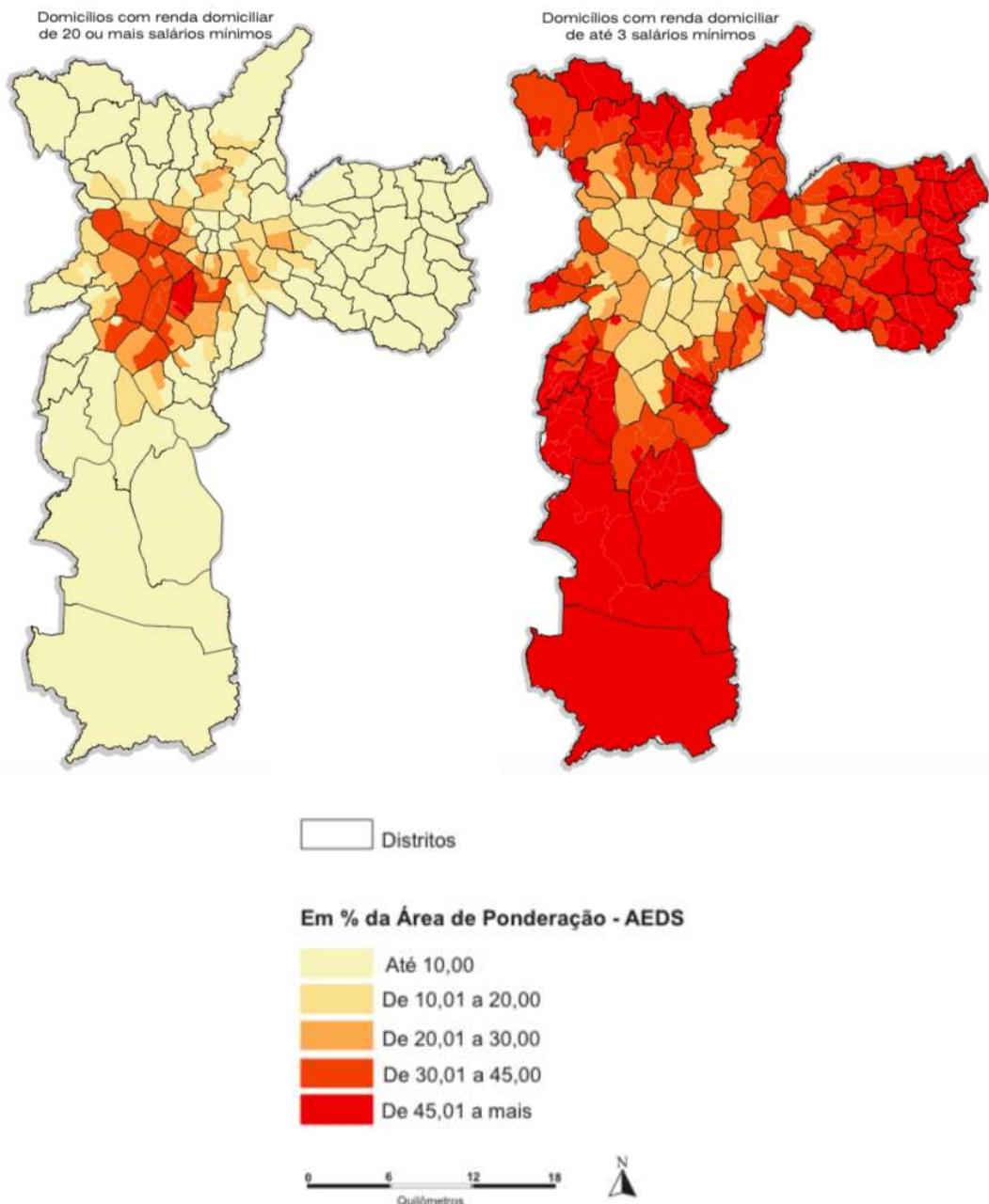


Fonte: [produtos.seade.gov.br](http://produtos.seade.gov.br) (2000).

Analisando agora sob a perspectiva da distribuição de renda, foi obtido no sítio eletrônico da Prefeitura um mapa que demonstra a distribuição de domicílios,

segundo faixa de renda, pelo município de São Paulo, de acordo com estudo realizado em 2010:

Figura 06 – Mapa do Município de São Paulo/SP, demonstrando a distribuição de renda



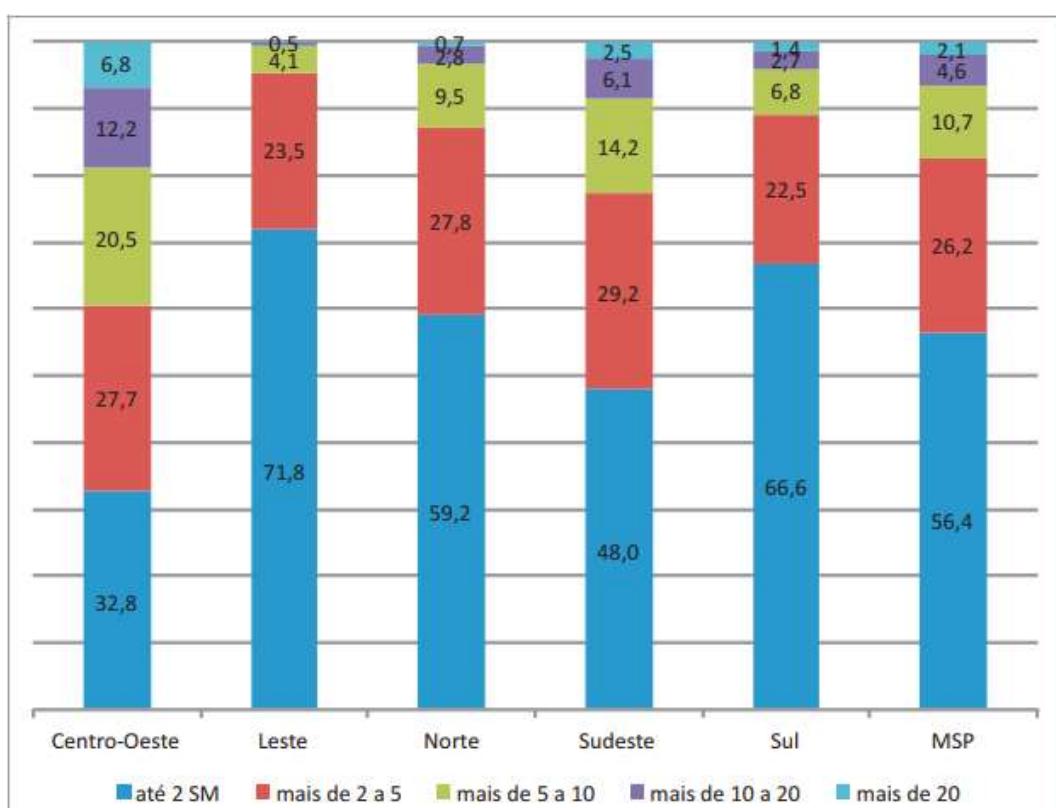
Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010. Projeção Estatística da Amostra.  
 Elaboração: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano – SMDU / Departamento de Produção e Análise de Informação – DEINFO.  
 Nota: 1 - As porcentagens indicam a relação entre domicílios de determinada faixa de renda e o número total de domicílios permanentes, referentes a cada uma das 310 Áreas de Ponderação da Amostra do Censo 2010.  
 2- A distribuição domiciliar com até 3 s.m. inclui os domicílios sem rendimento.

Fonte: [infocidade.prefeitura.sp.gov.br](http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br) (2010).

De acordo com o mapa acima, nota-se que a maior concentração da renda se encontra justamente na região Centro-Oeste da cidade, que possui o maior número de postos e farmácias conveniadas, sendo que os distritos com menor concentração da renda se encontram nas regiões periféricas, em especial a Norte, Sul e Leste.

Da mesma forma, o Censo Demográfico de 2010 para o Município de São Paulo, confirma que há uma maior concentração da renda por faixa de salário mínimo na região Centro-Oeste da cidade, quando comparada com a região Leste, área com a maior proporção da população com uma renda de até dois salários mínimos e também com a menor proporção da maior renda aferida (até vinte salários mínimos):

Figura 07 – Gráfico da distribuição (%) de pessoas com 10 anos ou mais de idade, com renda mensal, por intervalos de salários mínimo



**NOTA:** proporção excluídas as pessoas sem rendimentos e que não quiseram declarar

Fonte: Coordenadoria Regional de Saúde do Município de São Paulo/SP (2010).

Nesse sentido, chega-se a questionar a eficácia do programa, tendo em vista que a maior parte da população de baixa renda possui o menor número de postos na proximidade de sua residência.

Acerca do assunto, relevante mencionar que em estudo elaborado por Silvia Rebouças Pereira de Almeida e Maura Pardini Bicudo Véras, a maior parte da venda dos medicamentos abrangidos pelo Programa é justamente direcionada a pacientes do sistema de saúde particular:

De acordo com a Fiocruz (2014), gestora das farmácias do governo e em parceria com os estados e municípios, em São Paulo, capital, a proporção das receitas oriundas do sistema de saúde particular soma aproximadamente 59,7% do total, enquanto os 40,3% restantes são provenientes do SUS e de entidades filantrópicas, como a Santa Casa de Misericórdia (ALMEIDA, 2017, pg. 285).

Conclui-se que essa porcentagem representa uma distorção na proposta inicial do programa, que seria o atendimento às camadas mais pobres da população brasileira, tornando a parcela beneficiária aquela que possui uma maior renda.

## 5. POTENCIAIS SOLUÇÕES PRAGMÁTICAS

Conforme debatido em tópicos anteriores deste trabalho, nota-se que o Programa Farmácia Popular do Brasil possui diversas vantagens para seus usuários, sendo que em estudo feito pela Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos (2014) informa que o programa chegou a atender 21.951.668 pacientes usuários em âmbito nacional.

Entretanto, nota-se que existe espaço para melhorias no que diz respeito à distribuição geográfica dentro de centros urbanos como o Município de São Paulo; isso porque, conforme tratado em tópico anterior, a percentagem da população que é justamente o foco do PFPB, por ser de baixa renda, é aquela que precisa se deslocar maiores distâncias para buscar uma unidade de distribuição da Farmácia Popular.

Esse problema é potencialmente agravado pelo fato de que o Governo Temer, em maio de 2017, fechou 393 postos da rede própria em território nacional<sup>24</sup>, sob o argumento de que o dinheiro utilizado para manter tais unidades seria repassado para compra de medicamentos.

Com isso, mostra-se necessária a concessão de novas licenças, somente para farmácias das regiões com população de baixa renda, a fim de diminuir a distância percorrida para aquisição dos medicamentos.

Também no que diz respeito às burocracias internas, é possível verificar boa margem para melhorias no programa, senão vejamos.

Primeiramente, acerca dos medicamentos já disponibilizados pelo programa, nota-se que existem opções mais modernas e de melhor qualidade disponíveis no mercado, incluindo mais princípios ativos para as patologias atendidas, bem como a necessidade de inclusão de outras classes de remédios para atender outras mazelas que têm atingido grandes parcelas da população, como fornecimento de antibióticos, analgésicos, anti-inflamatórios, medicamentos de alto custo e para o tratamento de doenças tropicais e endêmicas, mal de Alzheimer, depressão e outras doenças do sistema nervoso central.

Observou-se também que, em artigo publicado por Silvia Rebouças Pereira de Almeida, os *softwares* utilizados pelas lojas para preenchimento dos dados dos pacientes a serem enviados ao Ministério da Saúde – Cadastro de Pessoa Física (CPF), documento com fotografia, e receita médica com validade de 120 dias contendo o número do CRM do médico –, possui falhas na comunicação, trazendo impacto negativo nas retiradas dos remédios, tornando o processo mais moroso do que o necessário.

Ainda acerca dos *softwares* utilizados, importante que seja providenciada a criação de mecanismos para ampliação da segurança, a fim de evitar fraudes, devendo ser realizada uma verificação mais minuciosa das informações para autorização e fornecimento dos medicamentos nas farmácias, inclusive comparando com as retiradas feitas nas unidades do SUS (Ministério da Saúde, 2013).

---

<sup>24</sup> "Governo deixará de custear quase 400 unidades do Farmácia Popular", matéria publicada na Folha de São Paulo. Disponível [www1.folha.uol.com.br](http://www1.folha.uol.com.br) (acesso em 22 abr. 2018).

Almeida também aponta que o programa poderia ser mais efetivo mediante a simplificação do processo de aprovação do benefício pelo Ministério da Saúde, apontado como muito burocrático, além de indicar a necessidade de o governo ampliar o período de credenciamento dos estabelecimentos, o qual ocorre apenas uma vez ao ano.

Por fim, tratando do custo que o programa gera para o Governo Federal, estima-se que a integração com a iniciativa privada trouxe uma despesa que gira em torno de 150% a mais que os serviços de assistência farmacêutica nas unidades básicas do SUS (Almeida citando Carraro, 2014); nesse sentido, Almeida faz as seguintes considerações:

Vale lembrar, ainda, que o programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, na modalidade de parceria com a iniciativa privada, por ser mais caro aos cofres públicos que o modelo de distribuição de fármacos convencional nas unidades básicas do SUS, esbarra numa premissa constitucional em que o Estado deve atentar para a questão da economicidade na alocação dos recursos públicos entre os programas de governo, e, até o momento, não foi comprovada efetividade superior na integração com a iniciativa privada que justifique essa prioridade, em detrimento da provisão pública de medicamentos à população pelo SUS. (ALMEIDA, 2017, pg. 292).

Por todo o exposto, fica claro que o programa possui muitos aspectos positivos, beneficiando um grande número de brasileiros, facilitando o acesso aos medicamentos para tratamento de doenças crônicas, desonerando o orçamento familiar; porém, é necessária a constante reavaliação da estrutura e dos processos envolvidos, e constante fiscalização evitar fraudes e otimizar o investimento providenciado pelo Governo Federal.

## CONCLUSÃO

Nesta monografia foi abordada a má alocação dos postos de distribuição do Programa Farmácia Popular, com foco no município de São Paulo, e como isso acaba prejudicando os público alvo (beneficiários de baixa renda) no acesso a esses medicamentos. Nota-se que este é um problema de saúde pública, e que a compra de remédios compromete em média 8,5% da renda do extrato mais pobre da população.

O Programa Farmácia Popular expandiu exponencialmente os postos de rede própria entre 2004 e 2008, porém praticamente não teve novos postos mantidos pelo governo abertos após 2008. Com a entrada da modalidade de co-pagamento da rede privada em 2006, o programa aumentou a capilaridade, chegando a 33.264 postos distribuídos pelo Brasil.

Analisou-se quais os medicamentos listados no programa (42 opções de fármacos), e para quais patologias crônicas eles se destinam (hipertensão arterial, diabetes, asma, doença de Parkinson, dentre outras), as quais acometem milhares de brasileiros, dando validade à iniciativa do governo federal.

Em São Paulo, analisou-se que não há uma espacialidade homogênea entre os postos, bem como que estes estão concentrados principalmente na região Centro Oeste da cidade, justamente onde há uma concentração maior da população com maior renda, sendo que no extremo da região Leste, onde há uma concentração maior das camadas populares com menor renda, os postos estão mais dispersos e em menor quantidade.

Por fim levantou-se potenciais soluções para o melhor funcionamento do programa e destraves burocráticos que beneficiaria mais a população, como por exemplo, a inclusão de novos medicamentos mais modernos, outras classes ainda não atendidas, melhoria da segurança de sistema de liberação de medicamentos nos postos de distribuição para evitar fraudes e maior agilidade e simplificação no processo de aprovação do benefício pelo Ministério da Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DE ALMEIDA, Silvia Rebouças Pereira; VÉRAS, Maura Pardini Bicudo. O programa farmácia popular: alcance e limites como alternativa de acesso a medicamentos essenciais. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, [S.I.], v. 22, n. 72, ago. 2017. ISSN 2236-5710. Acesso em 22 Nov. 2017. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/64639>>.

CANCIAN, Natália. Governo deixará de custear quase 400 unidades do Farmácia Popular. *Folha de S. Paulo*. Brasília, publicado em 31 Mar. 2017. Acesso em 22 Abr. 2018. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/03/1871706-governo-deixara-de-custear-quase-400-unidades-do-farmacia-popular.shtml>>.

COSTA, Karen Sarmento; FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Conocimiento y utilización del Programa Farmacia Popular de Brasil: estudio de base poblacional en el municipio de Campinas-SP. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 23, n. 3, p. 397-408, set. 2014. Acesso em 13 Nov. 2017. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742014000300003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000300003&lng=pt&nrm=iso)>.

FERREIRA, Rogério Luiz. Análise de implantação do programa farmácia popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro s.n 2006 xviii, 122p. Acesso em 30 Out. 2017. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4934>>.

INOCENCIO, Marcos; DE VIVO, Bruna. Acesso a Medicamentos: Análise das Estratégias do Estado para o Desenvolvimento do Programa Farmácia Popular. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, [S.I.], v. 16, n. 59, jul. 2011. ISSN 2236-5710. Acesso em: 11 Nov. 2017. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/3700>>.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a

agenda federal de prioridades. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 27, n. 3, p. 521-532, Mar. 2011. Acesso em 12 Nov. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300012>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Farmácia Popular do Brasil. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2016. Acesso em 12 Nov. 2017. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/01/2-b.pdf>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Farmácias e drogarias são credenciadas no "Programa Aqui Tem Farmácia Popular". Acesso em 12 Nov. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41867-veja-tambem-os-enderecos-das-farmacias-e-drogarias-que-integram-o-programa-aqui-tem-farmacia-popular>>.

MINISTÉRIO DA TRANSPARÊNCIA E CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO (MTCGU). Gastos do Programa Farmácia Popular e dos SUS. Acesso em 20 Nov. 2017. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/PortalTransparenciaGDPesquisaFavorecido.asp?ano=2013&codigoPrograma=2015&nomePrograma=Aperfei%C3oamento&textoPesquisaPrograma=2015&textoPesquisaAcao=&codigoAcao=20YR&codigoFuncao=10&codigoSubfuncao=303&nomeAcao=Manuten%E7%E3o%20e%20Funcionamento%20do%20Programa%20Farm%E1cia%20Popular%20do%20Brasil%20Pelo%20Sistema%20de%20Gratuidade&Pagina=7>>.

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. Tese (Mestrado na Modalidade Profissional em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2013. Acesso em 02 Nov. 2017. Disponível em: <[http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/pereiramam\\_0.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/pereiramam_0.pdf)>.

PORTAL DE ESTATÍSTICAS DO ESTADO DE SÃO PAULO. Densidade Demográfica Distritos do Município de São Paulo, 2000. Acesso em 02 Nov. 2017. Disponível em: <<http://produtos.seade.gov.br/produtos/ivj/index.php?tip=map&mapa=2>>.

RUPPENTHAL, Lísias R.; PETROVICK, Pedro R. 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* (formerly *Acta Farmacéutica Bonaerense*), 2010. Acesso em 12 Nov. 2017. Disponível em: <[http://www.latamjpharm.org/trabajos/29/1/LAJOP\\_29\\_1\\_1\\_3\\_K29YGTVE8G.pdf](http://www.latamjpharm.org/trabajos/29/1/LAJOP_29_1_1_3_K29YGTVE8G.pdf)>.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage; MIRANDA, Elaine Silva; REIS, André Luis de Almeida dos; EMMERICK, Isabel Cristina Martins; CAMPOS, Mônica Rodrigues; LUIZA, Vera Lucia; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Disponibilidade no setor público e preços no setor privado: um perfil de medicamentos genéricos em diferentes regiões do Brasil. *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, 2009. Acesso em 02 Nov. 2017. Disponível em <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102010005000021&script=sci\\_abstract&tlang=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102010005000021&script=sci_abstract&tlang=es)>.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage; COSTA, Nilson do Rosário; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, Acesso em 12 Nov. 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019110034>>.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage; MIRANDA, Elaine Silva; EMMERICK, Isabel Cristina Martins; COSTA, Nilson do Rosário; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 611-619, 2010. Acesso em 02 Nov. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000400004&tlang=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400004&tlang=en&nrm=iso)>.

SILVA, Rondineli Mendes da; CAETANO, Rosangela. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 20, núm. 10, octubre, 2015, pp. 2943-2956. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil. Acesso em 12 Nov. 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63042187003.pdf>>.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 73-84, mar. 2013. ISSN 1984-0470. Acesso em 12 Nov. 2017. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76411>>.