

Conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: estudo de base populacional no município de Campinas-SP*

doi: 10.5123/S1679-49742014000300003

Knowledge and use of the Brazilian Popular Pharmacy Program: a population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil

Karen Sarmento Costa

Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brasil
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil

Priscila Maria Stolses Bergamo Franciso

Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brasil

Marilisa Berti de Azevedo Barros

Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brasil

Resumo

Objetivo: investigar a prevalência e os fatores associados ao conhecimento e à utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) em Campinas-SP, Brasil, em 2008. **Métodos:** estudo transversal de base populacional, com amostra probabilística de indivíduos com 20 ou mais anos de idade. **Resultados:** foram entrevistados 2.461 indivíduos, 32,8% (IC_{95%}: 27,5-38,1) conheciam o PFPB e 11,0% (IC_{95%}: 8,2-14,7) haviam utilizado medicamentos do Programa; o conhecimento do PFPB foi significativamente maior entre mulheres (43,2%), indivíduos com 30 ou mais anos de idade, renda familiar superior a 4 salários mínimos, 5 ou mais anos de estudo, que utilizavam 4 ou mais medicamentos (47,6%); a utilização foi maior entre mulheres (37,4%), indivíduos acima de 70 anos de idade (53,4%) e sem plano de saúde (38,5%). **Conclusão:** o conhecimento sobre o PFPB revelou-se restrito, porém superior nos segmentos de maior escolaridade, e sua utilização foi maior no segmento sem plano de saúde.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Inquéritos Epidemiológicos; Política de Saúde, Estudos Transversais.

Abstract

Objective: to analyze the prevalence of knowledge and use of the Brazilian Popular Pharmacy Program (PFPB) in Campinas/SP, 2008. **Methods:** cross-sectional population-based study using probability sampling of individuals aged 20 or over. **Results:** of the 2,461 respondents, 32.8% (95%CI: 27.5; 38.1) had knowledge of PFPB, and 11.0% (95%CI: 8.2; 14.7) of these had used Program medication. Knowledge of PFPB was significantly higher in women (43.2%), persons aged 60-69 years (47.6%), those with family income above 4 minimum wages, having 5 or more years of schooling, and taking 4 or more kinds of medication (47.6%). PFPB use was greater among women (37.4%), individuals over 70 (53.4%), and among those who did not have health insurance (38.5%). **Conclusion:** similar studies can be used to monitor Pharmaceutical and PFPB policies, aiming to promote better management of local actions.

Key words: Pharmaceutical Services; Health Surveys; Health Policy; Cross-Sectional Studies.

*Esse artigo integra a tese de Doutorado de Karen Sarmento Costa, intitulada 'Acesso e uso de medicamentos: inquéritos de saúde como estratégia para avaliação', defendida junto à Faculdade de Ciências Médicas do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas em fevereiro de 2014. O projeto do estudo foi financiado com recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq): Processo nº 409747/2006-8.

Endereço para correspondência:

Karen Sarmento Costa – Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Saúde Coletiva, Cidade Universitária, Barão Geraldo, Campinas-SP, Brasil. CEP: 13083-970. Caixa Postal: 6111
E-mail: karen.costa@gmail.com

Introdução

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabelece o acesso à saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no contexto institucional por meio da Lei Orgânica da Saúde (1990), tem como objetivo assegurar o acesso da população aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O advento do sistema oficial de saúde no país deflagrou o processo de elaboração de um conjunto de políticas públicas relativas à saúde. Inserem-se nesse conjunto a Política Nacional de Medicamentos (PNM), de 1998,¹ e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), de 2004,² promulgadas com o propósito de garantir o acesso a medicamentos aliado à promoção de seu uso racional.

Um dos programas de saúde que busca atender às diretrizes das políticas públicas de medicamentos do país é o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB). Promulgado em 2004 e regulamentado por decreto presidencial, o PFPPB foi criado com a perspectiva de enfrentar agravos de alto impacto na Saúde Pública e reduzir os gastos com medicamentos no orçamento familiar. O Programa preconiza a ampliação de ações voltadas à universalização do acesso da população aos medicamentos, por meio do atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não de serviços públicos de saúde.³

As estratégias e modalidades de atendimento previstas no Programa Farmácia Popular do Brasil foram sucessivamente modificadas, desde seu advento, mediante a adoção de diferentes iniciativas. Em sua primeira etapa, ainda em 2004, o Programa baseou-se na abertura de farmácias estatais, gerenciadas na esfera federal pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com gestores estaduais de saúde e, principalmente, gestores municipais.^{4,5} A lista de medicamentos oferecida nessa rede – ‘Programa Farmácia Popular – Rede Própria’ – priorizava (i) fármacos que atuassem sobre o sistema cardiovascular, renal, sistema nervoso central e periférico, além de (ii) anti-infectantes.⁴

Em 2006, mediante parceria com o comércio varejista farmacêutico em âmbito nacional, a expansão do Programa ocorreu pela modalidade conhecida como ‘Aqui tem Farmácia Popular’. Nessa modalidade, as farmácias da rede privada, uma vez credenciadas ao Programa, passaram a vender medicamentos a um

custo menor, graças ao subsídio do governo federal.⁶ Essa etapa iniciou-se pela oferta de medicamentos para atender portadores de hipertensão e diabetes e, posteriormente, abrangeu a oferta de anticoncepcionais.

A introdução de ações, projetos e programas no escopo das políticas públicas de saúde requer que tais iniciativas sejam concebidas com base no perfil epidemiológico dos grupos populacionais atingidos pelo problema de saúde detectado, conforme preconiza a Lei Orgânica da Saúde. Torna-se necessário, também, que o alcance dos programas implantados seja mensurado por instrumentos de aferição referendados cientificamente, a fim de verificar se os benefícios propostos à sociedade estão sendo alcançados e se estão sendo atingidos os segmentos populacionais para os quais as propostas foram formuladas. No campo da Saúde, uma ferramenta científica internacionalmente utilizada para a identificação – com precisão – de segmentos populacionais demandatários, como também das necessidades de saúde mais expressivas da população, consiste nos inquéritos populacionais de saúde.

O presente estudo, desenvolvido a partir de dados de um inquérito de saúde de base populacional realizado em 2008, teve por objetivo investigar as prevalências e os fatores associados ao conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil segundo o perfil socioeconômico e de saúde de adultos e idosos residentes no município de Campinas, estado de São Paulo, Brasil.

Um dos programas de saúde que busca atender às diretrizes das políticas públicas de medicamentos do país é o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB).

Métodos

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, desenvolvido em amostra probabilística de indivíduos com 20 ou mais anos de idade, não institucionalizados, residentes em área urbana no município de Campinas, estado de São Paulo. Os dados são provenientes do inquérito de saúde do município de Campinas-SP (ISACamp), realizado pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de

Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) no ano de 2008.

Campinas-SP está localizada a noroeste da capital do estado e ocupa uma área de 794,433 quilômetros quadrados: 238,323 km² estão em perímetro urbano e os 556,111 km² restantes constituem a zona rural do município. Em 2013, a população de Campinas-SP foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1.144 862 habitantes, 541.414 de 20 a 59 anos e 91.271 com 60 e mais anos de idade. Naquele ano, o município era o terceiro mais populoso de São Paulo e o 14º do país.

Os indivíduos abordados pelo inquérito foram selecionados mediante amostragem probabilística, por conglomerados e em dois estágios, considerando-se os setores censitários como unidade primária. No primeiro estágio, 50 setores censitários foram sorteados com probabilidade proporcional ao tamanho, referente ao número de domicílios do setor, utilizando-se a malha territorial do censo demográfico de 2000. Os setores foram ordenados de acordo com a escolaridade do responsável pelo domicílio (percentual de responsáveis com nível universitário). No segundo estágio, os domicílios foram selecionados por sorteio sistemático, aplicado às relações de domicílios com endereços atualizados que haviam sido elaboradas para cada um dos setores sorteados.

O número de pessoas para compor a amostra foi obtido considerando-se a situação correspondente à máxima variabilidade para a frequência dos eventos estudados ($P = 0,50$), nível de confiança de 95% na determinação dos intervalos de confiança ($z = 1,96$), erro de amostragem entre 4 e 5 pontos percentuais e efeito de delineamento igual a 2, totalizando 1.000 indivíduos em cada domínio de idade, a saber: adolescentes (10 a 19 anos); adultos (20 a 59 anos); e idosos (60 e mais anos). Esperando-se uma proporção de 80% de resposta, o tamanho da amostra foi corrigido para 1.250 indivíduos por domínio. Para alcançar esse tamanho de amostra em cada domínio de idade, foram selecionados, de forma independente, 2.150, 700 e 3.900 domicílios para, respectivamente, adolescentes, adultos e idosos. Em cada domicílio foram entrevistados todos os moradores da faixa etária selecionada para aquele domicílio.⁷ No presente estudo, apenas os domínios de adultos e idosos foram analisados.

As informações foram obtidas por meio de entrevistas domiciliares, realizadas por entrevistadores

treinados e supervisionados, e respondidas diretamente pelos moradores dos domicílios sorteados. O questionário foi estruturado e organizado em blocos temáticos: condições de vida; estilo de vida; percepção e qualidade de saúde; morbidade crônica referida; uso de serviços de saúde; e consumo de medicamentos.

As variáveis dependentes analisadas foram o conhecimento e a utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil (sim ou não), obtidas a partir das seguintes perguntas: (i) 'Você conhece o Programa Farmácia Popular?'; e para os indivíduos que referiram conhecer, (ii) 'Você utiliza os medicamentos desse Programa?'

Em relação às pessoas que referiram utilizar o PFPB, investigou-se a opinião do entrevistado sobre os medicamentos ofertados pelo Programa por meio da pergunta 'O que você acha dos medicamentos do Programa Farmácia Popular?' As alternativas de resposta possíveis eram: 1 'Não existem vantagens'; 2 'Não são bons como os de marca'; 3 'São mais baratos'; 4 'Número de opções aumenta'; e 5 'Outros, especificar'.

As variáveis independentes analisadas foram:

- a) **Demográficas** – sexo (feminino; masculino); idade (20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; e 70 ou mais anos); situação conjugal (casado/unido, solteiro/separado e viúvo); e cor da pele autorreferida (branca; não branca).
- b) **Socioeconômicas** – escolaridade (0-4; 5-8; 9-11; e 12 ou mais anos de estudo), filiação ou não a plano médico de saúde e renda familiar per capita (≤ 1 ; >1 a ≤ 3 ; >3 a ≤ 4 ; >4 a ≤ 5 ; e >5 salários mínimos), com os seguintes valores para o salário mínimo vigente à época da pesquisa: janeiro a abril/2008 = R\$ 415,00; maio/2008 a abril/2009 = R\$ 450,00.
- c) **Condições de saúde e características relacionadas ao uso de serviços de saúde** – morbidade referida nos 15 dias anteriores à aplicação do questionário, presença de doença crônica e número de doenças crônicas entre as seguintes listadas: hipertensão; diabetes; doença do coração; tumor/câncer; reumatismo/artrite/artrose; osteoporose; asma/bronquite/enfisema; tendinite/lesão por esforço repetitivo (LER); distúrbio osteomolecular relacionado ao trabalho (DORT); problemas de circulação); hospitalização no último ano; procura por serviço de saúde nos últimos 15 dias; e número de medicamentos usados nos últimos 3 dias.

Como etapa do controle de qualidade das informações, foi aplicada a 5% dos entrevistados uma versão mais curta do questionário, com 39 questões relativas a características sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde e indicadores de condições de saúde.

Durante o processo de coleta das informações, os dados relativos às re-entrevistas eram semanalmente verificados e comparados àqueles obtidos anteriormente para o participante selecionado. Após a conclusão da aplicação, tais questionários foram digitados em banco de dados desenvolvido com o uso do EpiData 3.1. A presença de discrepâncias entre as entrevistas foi avaliada por meio dos intervalos de confiança (IC) das estimativas. Foram selecionados ao acaso 5% dos formulários digitados, para checagem da correção da digitação.

A associação entre as variáveis dependentes e independentes selecionadas foi verificada pelo teste do qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Estimaram-se prevalências e razões de prevalência (RP) ajustadas por sexo e idade, e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) foram estimadas mediante regressão múltipla de Poisson com variância robusta.⁸

Para as análises dos dados, empregou-se o programa STATA 11.0 com utilização dos comandos *svy*, que permitem incorporar à análise as ponderações e a informação sobre as unidades primárias da amostragem, considerando-se todos os aspectos de uma amostragem complexa.⁹

O peso final atribuído a cada indivíduo entrevistado resultou da multiplicação do peso do delineamento, do peso da não resposta e do peso da pós-estratificação, considerando-se a distribuição segundo sexo e faixas etárias da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) – 2007.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em adendo ao Parecer nº 079/2007. A Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 foi seguida em todas as etapas da pesquisa.

Resultados

Do total de adultos e idosos arrolados nos domicílios sorteados, e que deveriam ser entrevistados, 11,5% dos adultos e 5,5% dos idosos recusaram-se a partici-

par. Assim, participaram do estudo 2.461 indivíduos de 20 ou mais anos de idade, dos quais 32,8% (IC_{95%}: 27,5-38,1) referiram conhecer o Programa Farmácia Popular do Brasil e destes, 33,6% (IC_{95%}: 26,1-41,2) referiram haver utilizado medicamentos do Programa. Em relação ao total da população entrevistada, o percentual que referiu ter utilizado medicamentos do PFPB foi de 11,0% (IC_{95%}: 8,2-14,7).

Na Tabela 1, após o ajuste por idade e sexo, prevalências significativamente superiores de conhecimento do PFPB foram verificadas no sexo feminino, nas idades de 30 ou mais anos, nos segmentos com escolaridade igual ou superior a 5 anos de estudo e naqueles com renda familiar *per capita* superior a 4 salários mínimos.

A prevalência de conhecimento do PFPB, após ajuste, mostrou-se significativamente maior nos casos em que os entrevistados haviam utilizado 4 ou mais medicamentos (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta a prevalência de indivíduos que referiram utilizar medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil, entre os que referiram conhecer o Programa, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Observa-se prevalência de uso significativamente maior, após ajuste por idade e sexo, no segmento com idade igual ou superior a 70 anos e naqueles não filiados a plano médico de saúde.

Na Tabela 4, após ajuste, não foi verificada associação estatisticamente significativa em relação às condições de saúde, uso de serviços de saúde e número de medicamentos do PFPB utilizados nos 3 dias que antecederam à entrevista.

Os entrevistados também foram questionados a respeito das modalidades do Programa Farmácia Popular do Brasil conhecidas por eles à época da pesquisa. Verificou-se que 47% conheciam a modalidade do programa 'Aqui tem Farmácia Popular', 27% conheciam o 'Programa Farmácia Popular – Rede Própria' e 26% afirmaram não conhecer a existência de mais de uma modalidade do Programa (dados não apresentados em tabela).

Em relação às pessoas que referiram utilizar o Programa, foi perguntada sua opinião sobre os medicamentos ofertados e observadas as frequências em que os entrevistados se referiam aos medicamentos do PFPB como "são mais baratos" e "não são bons como os de marca": respectivamente, 86,6 e 13,4% (dados não apresentados em tabela).

Tabela 1 – Prevalência e razão de prevalência do conhecimento do Programa Farmácia Popular do Brasil segundo variáveis demográficas e socioeconômicas no município de Campinas-SP (n=2.461),^a 2008

Variável	n ^a	Prevalência de conhecer (%)	Valor de p ^b	RP ajustada ^c (IC _{95%})
Sexo	2.461	32,8	0,003	
Masculino	1.055	28,5		1
Feminino	1.406	36,8		1,27 (1,08-1,49)
Idade (em anos)			<0,001	
20-29	305	25,5		1
30-59	648	34,7		1,34 (1,11-1,61)
60-69	817	43,2		1,66 (1,35-2,05)
70 ou mais	691	33,3		1,27 (1,00-1,60)
Situação conjugal			0,027	
Solteiro/separado	560	29,0		1
Casado/unido	1.436	34,1		1,10 (0,92-1,33)
Viúvo	465	41,2		1,00 (0,73-1,38)
Escolaridade (em anos de estudo)			0,182	
0-4	1.125	29,0		1
5-8	406	32,5		1,46 (1,17-1,81)
9 ou mais	929	34,5		1,63 (1,30-2,05)
Cor da pele			0,061	
Branca	1.844	34,8		1
Não branca	613	27,5		0,81 (0,63-1,04)
Renda mensal per capita (em salários mínimos)			0,026	
≤1	1.012	28,3		1
>1 a ≤3	990	33,0		1,18 (0,93-1,50)
>3 a ≤4	167	36,0		1,29 (0,88-1,88)
>4 a ≤5	106	42,2		1,48 (1,03-2,14)
>5	186	46,2		1,62 (1,25-2,10)
Plano médico de saúde			0,217	
Não possui	1.336	31,0		1
Possui	1.122	35,1		1,11 (0,91-1,35)

a) n: número de indivíduos na amostra não ponderada

b) Valor de p do teste do qui-quadrado de Pearson

c) RP: razão de prevalência ajustada por sexo e idade

Discussão

Os resultados do estudo apontaram que os segmentos populacionais que mais conheciam o Programa Farmácia Popular do Brasil, no município de Campinas-SP, no ano de 2008, eram: mulheres; indivíduos com 30 ou mais anos de idade, especialmente na faixa de 60 a 69 anos; pessoas que referiram renda familiar *per capita* acima de 4 salários-mínimos; pessoas com escolaridade de 5 ou mais anos de estudo; e aqueles que usavam quatro ou mais medicamentos nos 3 dias anteriores à entrevista. Ademais, verificou-se maior prevalência de utilização de medicamentos do PFPB em indivíduos acima de 70 anos de idade e naqueles que não possuíam plano de saúde.

Desde a promulgação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica em 2004, o Estado brasileiro vem implantando várias estratégias relativas às políticas públicas de assistência farmacêutica, com o objetivo de promover o acesso de medicamentos à população. Resultados de estudos de abrangência nacional, realizados a partir da implementação do Programa Farmácia Popular do Brasil em 2004, indicaram que uma parcela da população atendida pelo SUS tem adquirido medicamentos também por intermédio do PRFB.^{10,11} O Programa não representa barreiras de acesso à população demandatória, atendendo prescrições oriundas tanto do setor público quanto do setor privado.¹⁰

Um dos pressupostos do PFPB consiste na diminuição dos gastos com medicamentos, o que pode

Tabela 2 – Prevalência e razão de prevalência do conhecimento do Programa Farmácia Popular do Brasil segundo condições de saúde, uso de serviços de saúde e número de medicamentos no município de Campinas-SP (n=2.461),^a 2008

Variável	n ^a	Prevalência de conhecer (%)	Valor de p ^b	RP ajustada ^c (IC _{95%})
Doença crônica			0,008	
0	875	31,7		1
1	581	28,3		0,82 (0,66-1,01)
≥2	973	40,6		1,02 (0,81-1,29)
Presença de morbidade nos últimos 15 dias			0,651	
Não	1.893	32,5		1
Sim	566	34,3		1,00 (0,80-1,24)
Procura por serviço de saúde nas últimas duas semanas			0,336	
Não	1.906	32,2		1
Sim	555	35,7		1,05 (0,85-1,29)
Hospitalização no último ano			0,153	
Não	2.157	32,3		1
Sim	304	37,5		1,10 (0,90-1,33)
Número de medicamentos utilizados nos 3 dias anteriores à entrevista			0,001	
0	739	30,1		1
1	563	28,0		0,88 (0,70-1,11)
2	397	36,9		1,10 (0,85-1,43)
3	255	43,5		1,26 (0,97-1,65)
≥4	507	47,6		1,30 (1,02-1,67)

a) n: número de indivíduos na amostra não ponderada

b) Valor de p no teste do qui-quadrado de Pearson

c) RP: razão de prevalência ajustada por sexo e idade

representar, no orçamento familiar dos setores economicamente menos favorecidos da população, a maior parte dos gastos privados em saúde.¹² No presente estudo, a maior prevalência em relação ao conhecimento do Programa, observada no segmento com maior poder aquisitivo e escolaridade, sugere que esses estratos sociais possuam condições mais favoráveis para acessar o PFPB, devido à possibilidade de pagar pelos medicamentos, além de usufruírem, eventualmente, de maior acesso à informação sobre o Programa ou ao estabelecimento fornecedor do medicamento. Estudos sobre o copagamento indicam que os usuários não se importam em pagar por um serviço ou por um medicamento, desde que se garanta o acesso a ele.¹³

Na identificação do perfil da população que detém conhecimento a respeito do PFPB, as mulheres se apresentaram como o segmento com maior proporção de conhecimento. A literatura indica a existência, entre as mulheres, de maior prevalência de doenças crônicas e de maior percepção quanto a sintomas e sinais físicos das doenças, devido ao conhecimento adquirido no desempenho do papel social de cuidadoras da família.¹⁴ Esse perfil, que condiz com seu uso

mais frequente de serviços de saúde, pode contribuir para o maior conhecimento das mulheres acerca dos programas de saúde disponíveis, entre eles o PFPB.

Em relação à idade, verificou-se gradiente positivo com aumento da prevalência do conhecimento sobre o Programa até os 69 anos, com posterior diminuição, embora sem significância estatística nas idades mais avançadas. Com o aumento da idade e correspondente aumento da prevalência das doenças crônicas, da frequência na demanda aos serviços de saúde e do interesse pelas questões de saúde e de medicamentos apresentam tendências ao crescimento. Por sua vez, o declínio da prevalência do conhecimento – embora sem significância estatística – a respeito do Programa Farmácia Popular do Brasil, observado entre os mais idosos, poderia corresponder ao aumento do percentual de indivíduos que, com a progressão da idade, veem sua autonomia gradativamente comprometida, passando a serem cuidados por outros familiares ou cuidadores.

Os resultados relacionados, a exemplo do maior conhecimento do Programa entre idosos e pessoas com escolaridade acima de 5 anos de estudo, indicam a pertinência em desenvolver amplas estratégias de informação em saúde para diferentes segmentos da

Tabela 3 – Prevalência e razão de prevalência do uso de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil entre os que referiram conhecer o Programa, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas no município de Campinas-SP (n=887),^a 2008

Variável	n ^a	Prevalência de uso (%)	Valor de p ^b	RP ajustada ^c (IC _{95%})
Sexo				
Masculino	348	28,4	0,057	1
Feminino	539	37,4		1,32 (0,98-1,78)
Idade (em anos)				
20-29	78	31,2	0,024	1
30-59	227	31,1		0,99 (0,67-1,47)
60-69	351	38,9		1,25 (0,86-1,81)
70 ou mais	231	53,4		1,68 (1,20-2,37)
Situação conjugal				
Solteiro/separado	176	23,4	0,047	1
Casado/unido	533	37,3		1,56 (0,93-2,61)
Viúvo	178	42,9		1,41 (0,76-2,61)
Escolaridade (em anos de estudo)				
0-4	388	46,7	0,024	1
5-8	151	32,2		0,78 (0,54-1,12)
9-11	157	34,4		0,86 (0,61-1,22)
12 ou mais	190	26,0		0,65 (0,40-1,07)
Cor da pele				
Branca	691	33,0	0,628	1
Não branca	195	36,0		1,13 (0,79-1,63)
Renda per capita (em salários mínimos)				
≤ 1	318	35,4	0,352	1
>1 a ≤3	369	35,2		0,97 (0,65-1,44)
>3 a ≤4	70	29,7		0,85 (0,49-1,45)
>4 a ≤5	41	43,3		1,24 (0,73-2,10)
>5	89	20,3		0,58 (0,26-1,28)
Plano médico de saúde				
Não possui	436	38,5	0,055	1
Possui	451	28,4		0,71 (0,53 - 0,96)

a) n: número de indivíduos na amostra não ponderada que referiram conhecer o Programa Farmácia Popular do Brasil

b) Valor de p no teste do qui-quadrado de Pearson

c) RP: Razão de prevalência ajustada por sexo e idade

sociedade. Esses resultados sugerem, também, que tais estratégias são fundamentais para capilarizar as políticas públicas de saúde e de medicamentos em meio ao conjunto da sociedade. E que essas estratégias devem levar em consideração o público-alvo das políticas, as dificuldades de acesso aos veículos de comunicação, a linguagem da informação, o gênero, a idade e o nível de escolaridade, entre outros aspectos.

Nas sociedades contemporâneas, o acesso aos medicamentos representa um atributo essencial da inclusão social, dos direitos sociais e do direito social à saúde. No campo da Saúde, o acesso ao medicamento insere-se como um componente da busca pela qualidade dos serviços e consolidação do sistema de saúde.¹⁵ A utilização da terapêutica medicamentosa pode ser decisiva para a recuperação da saúde, o controle e a prevenção de doenças.

No presente estudo, após ajuste por idade, não foi observada diferença na prevalência de utilização de medicamentos do Programa segundo o sexo. No entanto, diversos estudos de base populacional têm evidenciado um maior consumo de medicamentos entre as mulheres, um consumo crescente com o avanço da idade e com o aumento do número de doenças crônicas.^{16,17}

Embora os resultados apontem para uma tendência de maior uso de medicamentos do PFPB nos segmentos de menor renda e escolaridade, as diferenças não se mostraram estatisticamente significativas: as prevalências foram elevadas para todas as categorias consideradas neste estudo, apontando que o PFPB tende a cobrir os diferentes segmentos socioeconômicos da população.

Nesse aspecto, cabe retomar a reflexão a respeito do pressuposto inicial do Programa, no qual era

Tabela 4 – Prevalência e razão de prevalência do uso de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil entre os que referiram conhecer o Programa, segundo condições de saúde, uso de serviços de saúde e número de medicamentos utilizados no município de Campinas-SP (n=887),^a 2008

Variável	n ^a	Prevalência de uso (%)	Valor de p ^b	RP ajustada ^c (IC _{95%})
Doença crônica			0,271	
0	275	31,0		1
1	192	33,9		1,00 (0,66-1,51)
≥2	404	39,9		1,02 (0,69-1,50)
Presença de morbidade nos últimos 15 dias			0,241	
Não	667	32,3		1
Sim	220	38,9		1,13 (0,84-1,53)
Procura por serviço de saúde nas últimas duas semanas			0,648	
Não	654	34,3		1
Sim	233	31,2		0,83 (0,56-1,24)
Hospitalização no último ano			0,067	
Não	761	32,7		1
Sim	126	41,5		1,18 (0,92-1,50)
Número de medicamentos utilizados nos 3 dias anteriores à entrevista			0,581	
0	218	32,1		1
1	185	30,4		0,84 (0,55-1,30)
2	156	35,5		0,94 (0,59-1,50)
3	105	32,0		0,80 (0,44-1,43)
4	82	46,6		1,15 (0,67-1,96)
5 ou mais	141	42,1		0,94 (0,53-1,68)

a) n: número de indivíduos na amostra não ponderada que referiram conhecer o Programa Farmácia Popular do Brasil

b) Valor de p no teste do qui-quadrado de Pearson

c) RP: razão de prevalência ajustada por sexo e idade

previsto o atendimento de parcelas da população que apresentavam dificuldades financeiras em assumir o pagamento integral do medicamento. Para o município de Campinas-SP, no ano de 2008, observou-se que a utilização de medicamentos do Programa ocorreu, principalmente, pelos grupos menos favorecidos economicamente. Esse resultado poderia ser atribuído a uma possível descontinuidade no suprimento de medicamentos nas farmácias da rede pública de saúde, senão a outros fatores intervenientes no processo de acesso ao medicamento pelos segmentos de menor renda.

Um estudo sugere que a procura pelas farmácias do Programa deve-se à pronta disponibilidade dos medicamentos e ao baixo tempo de espera para o atendimento.¹⁰ Nesse sentido, é preciso priorizar a qualificação da gestão da assistência farmacêutica na Atenção Básica, de modo que a população usuária do SUS tenha acesso aos medicamentos no momento oportuno, na quantidade e qualidade necessárias, e disponha da oferta de serviços clínicos que propiciem o uso racional desses medicamentos, por meio de um atendimento humanizado e integral.

Como esperado, os resultados do estudo apontaram que o conhecimento e a utilização do Programa foram significativamente maiores entre os indivíduos que utilizavam maior número de medicamentos.

O segmento que referiu não possuir filiação a plano de saúde privado apresentou maior prevalência de utilização dos medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil, o que indica que o Programa esteja a atingir, no município de Campinas-SP, especialmente os segmentos sociais mais atendidos pelo SUS.

O Programa tem por diretriz o atendimento de pessoas usuárias ou não de serviços públicos de saúde, buscando reduzir o impacto dos gastos com medicamentos no orçamento familiar.³ Segundo Trevisan e Junqueira,¹⁸ o impacto da modalidade do Programa 'Aqui tem Farmácia Popular' implicou avanço no consumo de medicamentos entre as classes C e D.

De acordo com a literatura nacional, problemas financeiros representam a principal dificuldade para adquirir medicamentos, sendo esses problemas menos frequentes entre indivíduos que possuem plano de saúde privado. No estudo de Lima-Costa e colaboradores, os indivíduos com plano de saúde privado utilizaram

maior número de medicamentos por terem acesso a um maior número de prescritores e também por apresentarem melhor condição econômica.¹⁷

A partir de sua implantação, várias medidas e estratégias foram introduzidas no Programa Farmácia Popular do Brasil, conforme já exposto, e o elenco de medicamentos foi progressivamente ampliado com o propósito de adequar o Programa ao perfil de saúde da população brasileira.¹⁹ Verificou-se que a população referiu maior conhecimento da modalidade do Programa Farmácia Popular do Brasil denominada 'Aqui tem Farmácia Popular', em comparação com o 'Programa Farmácia Popular – Rede Própria', mesmo considerando que, à época da realização do estudo, aquela modalidade ainda era incipiente no país, contando com 10.790 farmácias credenciadas – 79 no município de Campinas-SP.²⁰

Em outubro de 2013, o modelo 'Aqui tem Farmácia Popular' estava presente em mais de 23.100 farmácias, segundo dados oficiais divulgados pelo órgão federal de saúde.²⁰ Alguns estudos apontam a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil, por meio do credenciamento de farmácias privadas, como uma inovação no campo da saúde.²¹ A medida teria contribuído para o atendimento da população, seja no acesso aos medicamentos prescritos, seja na redução dos gastos individuais e familiares com a saúde.¹⁵

No tocante à opinião sobre a qualidade dos medicamentos ofertados pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, os entrevistados referiram, em maior proporção, não considerar os medicamentos do Programa bons como os de marca. Nesse Programa, observa-se a maior frequência nas vendas de medicamentos genéricos, em relação aos demais tipos de medicamentos do mercado farmacêutico. Um estudo realizado na região Norte brasileira apontou que a população investigada afirmava ser o medicamento genérico "mais fraco" que o produto de referência.²² Outro estudo internacional, realizado na área central de Wisconsin, Estados Unidos da América, apontou que entre 14,0 e 53,0% dos pacientes relataram serem os medicamentos genéricos mais arriscados que os de marca, variando o percentual de acordo com a patologia.²³ Não obstante, estudo de base populacional, realizado no sul do país,²⁴ revelou que 70,0% dos indivíduos consideraram a qualidade dos medicamentos genéricos equivalente à dos medicamentos de marca. Esses dados indicam a necessidade de redefinição das estratégias de dissemi-

nação das políticas de saúde e de maior esclarecimento de tais políticas para a população brasileira.

Em alguns estudos brasileiros, foi analisado o desempenho dos modelos do Programa Farmácia Popular do Brasil quanto à disponibilidade, preço e custo dos medicamentos.^{10,11} Santos-Pinto²⁵ estima que o Programa venha atingindo seu objetivo de ampliação do acesso, sendo uma forma inovadora de provisão no que diz respeito ao objetivo de se constituir em alternativa de acesso aos medicamentos. Inocêncio¹⁵ afirma que o Programa pode ser considerado eficaz, dentro de sua abrangência. Pereira²⁶ avaliou o papel da Farmácia Popular e sua relação com o que chamou de Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do governo federal, apontando que a ampliação do PFPB propõe-se a cobrir regiões importantes do país, atendendo um maior número de pessoas em municípios com menor renda *per capita* e regiões sob maior vulnerabilidade.

As informações do presente estudo, referidas pelos entrevistados, podem ter sido influenciadas pelo recodatório em relação às questões investigadas. Estudos transversais caracterizam-se pelo levantamento de informações sobre um único momento, circunscritas a uma área limitada, e possibilitam a descrição das características de uma população específica em determinada época, como a realizada em Campinas-SP no ano de 2008. Ressalta-se que não foi identificado, na literatura nacional, outro estudo de base populacional com o objetivo de investigar o perfil da população que conhece e utiliza o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Um dos aspectos a ser considerado na presente investigação consiste em que o inquérito ISACamp foi aplicado no início da implantação do PFPB, com o propósito de possibilitar uma comparação de seus resultados com futuros estudos sobre o tema, focados em períodos distintos. À época da realização desse inquérito, o objeto estudado, o Programa Farmácia Popular do Brasil encontrava-se em fase inicial de expansão da modalidade 'Aqui tem Farmácia Popular', e a modalidade 'Programa Farmácia Popular – Rede Própria' contava com apenas duas farmácias em Campinas. Ou seja, o conhecimento da população do município a respeito desse programa de saúde era recente e a utilização dos medicamentos, incipiente. Pelas razões expostas, não existiam parâmetros anteriores a essa pesquisa para balizar o conhecimento e a utilização

dos medicamentos do PFPB, e as perguntas elaboradas pelos pesquisadores foram inéditas.

No interesse da Saúde, uma importante ferramenta para a definição precisa de segmentos populacionais demandatários e das necessidades de saúde mais expressivas da população consiste nos inquéritos populacionais de saúde,²⁷ amplamente utilizados na avaliação do padrão e da utilização de serviços, na caracterização das iniquidades em saúde, no planejamento de políticas públicas e na avaliação de seus resultados.^{27,28} A possibilidade de compor séries históricas dos fenômenos observados, a partir da realização de estudos subsequentes, de caráter sistemático, apresenta-se como característica inerente às investigações desenvolvidas com o apoio metodológico dessa modalidade de pesquisa.

Inquéritos de saúde possibilitam avaliar o grau de sucesso alcançado com as políticas públicas de saúde e assistência farmacêutica implantadas, mediante a identificação de grupos sociais excluídos ou pouco atingidos, no sentido de subsidiar o processo de formulação e reformulação de políticas na área farmacêutica. Por meio desses inquéritos, é possível gerar um conjunto de informações não coletadas em registros contínuos e, dessa forma, obter indicadores para avaliação do desempenho do sistema de saúde, tanto no acesso, utilização e grau de satisfação do usuário dos serviços, como também para a orientação de políticas de investimento público em saúde com base em redução de gastos e desperdícios de recursos.²⁷⁻²⁹

O Estado brasileiro instituiu, na área farmacêutica do setor Saúde do país, um inquérito nacional para avaliar o acesso, a utilização e a promoção do uso racional de medicamentos por parte da população brasileira, como também a efetividade das políticas públicas de medicamentos e de assistência farmacêutica na Atenção Básica: a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM).³⁰ Por meio dessa pesquisa, será possível identificar, em nível nacional, as prevalências de acesso a medicamentos por diferentes fontes de obtenção, entre as quais as farmácias credenciadas ao Programa Farmácia Popular do Brasil. A realização de inquéritos periódicos em uma mesma população, como vem acontecendo em Campinas-SP, permitirá, à política pública de assistência farmacêutica vigente no município, análises das tendências e comparação dos dados locais com os nacionais – a exemplo da PNAUM

–, no que se refere ao Programa Farmácia Popular do Brasil, entre outras dimensões da política municipal a serem investigadas.

A falta de outros inquéritos domiciliares relativos ao conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil representou um elemento de dificuldade em termos de análises comparativas entre os resultados encontrados pelo presente estudo, realizado em âmbito municipal, com outros municípios e regiões do país. Diante da importância do tema e da necessidade de melhorar sua compreensão, estudos similares podem servir ao monitoramento das políticas de assistência farmacêutica vigentes no território brasileiro, favorecer um melhor direcionamento das ações na área, ampliação e qualificação do acesso a medicamentos, no sentido de contribuir para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população de usuários de medicamentos do país.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – (Processo nº 409747/2006-8), pelo apoio financeiro ao trabalho de campo do ISACamp.

À Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, pelo apoio financeiro à realização do inquérito.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) pela concessão de bolsa de pós-doutorado a Francisco PMSB.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão de bolsa de produtividade a Barros MBA.

Contribuição dos autores

Costa KS contribuiu na concepção e delineamento do estudo, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual, análise e interpretação dos resultados.

Barros MBA contribuiu na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados.

Francisco MSB contribuiu na análise e interpretação dos resultados.

Todos os autores participaram da redação e aprovaram a versão final do manuscrito e declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2004 maio 20; Seção 1:52.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº. 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2004 maio 21; Seção 1:6.
4. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
5. Brasil. Casa Civil. Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet], Brasília (DF), 2004 abril 14 [citado 2013 mar 27]; Seção 1:1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei%2010858farmaciapopular.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 491, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2006 março 10; Seção 1:59.
7. Alves MCGP. ISA-Campinas 2008/09: plano de amostragem [Internet]. [citado 2013 fev 17]. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/plano_de_amostragem.pdf.
8. Barros AJD, Hiraakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003 Oct;3:21.
9. Kish L. Survey sampling. New York: John Wiley and Sons; 1965.
10. Pinto CDBS, Costa NR, Castro CGSO. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Cienc Saude Coletiva.* 2011 jun;6(6):2963-73.
11. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad Saude Publica.* 2011 mar;27(3):521-32.
12. Boing AC, Bertoldi AD, Peres KG. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2011 out;45(5):897-905.
13. Knippenberg R, Alihonou E, Soucat A, Oyegbite K, Calivis M, Hopwood I, et al. Implementation of the Bamako initiative: strategies in Benin and Guinea. *Int J Health Plann Manag.* 1997 Jun;12 Suppl 1:S29-47.
14. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Cienc Saude Coletiva.* 2011 set;16(9):3755-68.
15. Inocêncio M, Vivo B. Acesso a medicamentos: análise das estratégias do Estado para o desenvolvimento do Programa Farmácia Popular. *Cad Gest Publica Cid [Internet].* 2011 jul-dez [citado 2013 mar 23]; 16(59):1-21. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/2797/acesso-a-medicamentos--analise-das-estrategias>
16. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CLG, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2011 abr;27(4):649-58.
17. Lima-Costa MFF, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saude Publica.* 2002 Jan-Feb;18(1):177-86.
18. Trevisan L, Junqueira LAP. Gestão em rede do SUS e a nova política de produção de medicamentos. *Saude Soc.* 2010 jul-set;19(3):638-52.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 3.219, de 20 de outubro de 2010. Amplia a cobertura do Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2010 out 21; Seção 1:54.

20. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica [Internet]. [citado 2013 set 23]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>
21. Machado CV, Baptista TWE, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad Saude Publica*. 2011 mar;27(3):521-32.
22. Faria MAS, Tavares-Neto J. Conhecimento popular sobre medicamento genérico em um Distrito Docente-Assistencial do Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2006 set;15(3):37-45.
23. Ganther JM, Kreling DH. Consumer perceptions of risk and required cost savings for generic prescription drugs. *J Am Pharm Assoc*. 2000 May-Jun; 40(3):378-83.
24. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC. Generic drugs in Brazil: known by many, used by few. *Cad Saude Publica*. 2005 Nov-Dec;21(6):1008-15.
25. Pinto CDBS, Miranda ES, Emmerick ICM, Costa NR, Castro CGSO. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2010 ago;44(4):611-19.
26. Pereira, MA. Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
27. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Cienc Saude Coletiva*. 2002 jan;7(4):607-21.
28. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol*. 2008 maio;11 Suppl 1:6-19.
29. Szwarcwald CL, Mendonca MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro Municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Cienc Saude Coletiva*. 2006 jul-set;11(3):643-55.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). *Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil [Internet]*, Brasília (DF), 2012 set 19 [citado 2013 set 27]; Seção 1:36. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077_17_09_2012.html

Recebido em 09/11/2013
Aprovado em 21/07/2014