



# Conselho Nacional de Saúde

## NOTA DA PRESIDÊNCIA

**Assunto:** PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: ALGUNS ESCLARECIMENTOS NECESSÁRIOS.

Em observância às atribuições conferidas ao Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), previstas na Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, art. 13, VII e X, expedimos o presente opinativo decorrente de deliberação anterior do CNS, acerca da aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, ocorrida na 142ª Reunião Ordinária do CNS, ocorrida em 05 e 06 de maio de 2004, tendo em vista a situação atual do Programa Farmácia Popular.

### 1. Base Legal e Histórico

O Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado em 2004, através da Lei nº 10.858/2004, que “autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências”, e pelo Decreto nº 5090/2004, que em seu Artigo 1º determina que:

*Art. 1º Fica instituído o Programa "Farmácia Popular do Brasil", que visa a disponibilização de medicamentos, nos termos da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, em municípios e regiões do território nacional.*

O § 1º deste artigo refere-se às duas modalidades que estruturam o Programa – parcerias com Estados, Distrito Federal, municípios e entidades filantrópicas, além das farmácias e drogarias privadas:

*§ 1º A disponibilização de medicamentos a que se refere o caput será efetivada em farmácias populares, por intermédio de convênios firmados com Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos, bem como em rede privada de farmácias e drogarias.*

Cabe destacar que o Programa foi criado como uma “alternativa de acesso”, sendo complementar ao Sistema Único de Saúde - SUS, não podendo haver a substituição do acesso aos medicamentos através das unidades de saúde, conforme previsto no Artigo 4º do Decreto nº 5090/2004:

*Art. 4º O Programa "Farmácia Popular do Brasil" será executado sem prejuízo do abastecimento da rede pública nacional do Sistema Único de Saúde - SUS.*

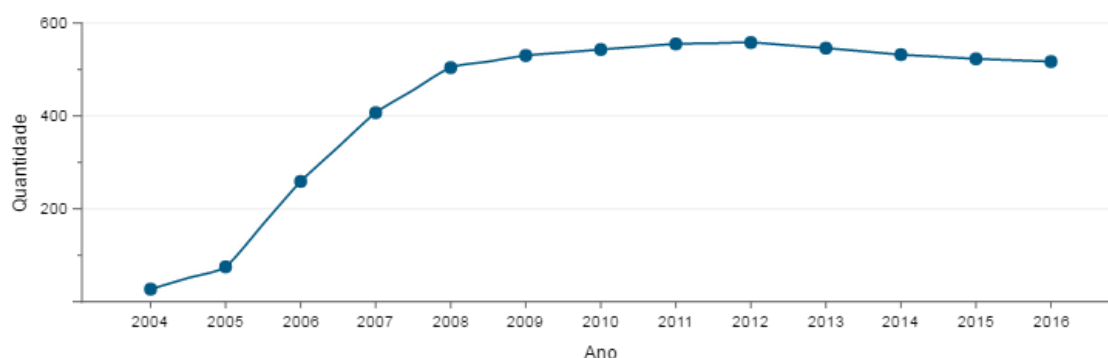
Entre 2004 e 2006 o Programa Farmácia Popular do Brasil se estruturou apenas através das unidades próprias, denominadas de Rede Própria-RP<sup>1</sup>. A partir de 2006, com o advento da Portaria GM 491, de 09 de março de 2006, efetivou-se a expansão do Programa através da parceria com o setor privado varejista de medicamentos, batizado de “Aqui Tem Farmácia Popular- ATFP”.

A Rede Própria do Programa – RP conta com um rol de 112 itens, entre medicamentos e o preservativo masculino. Já o “Aqui Tem Farmácia Popular – ATFP” conta hoje com 25 itens, entre medicamentos e as fraldas geriátricas.

Até 2011 todos os itens do Programa, tanto da RP, quanto do ATFP, eram dispensados com a contrapartida do usuário (co-pagamento), com base no valor de referência estabelecido pelo Ministério da Saúde - MS. A partir da publicação da Portaria GM nº 184/2011, os medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão e diabetes, e posteriormente os da asma, passaram a ser dispensados apenas com o subsídio do MS, não tendo mais o usuário que despender quaisquer recursos no ato da aquisição destes.

Desde 2009 o Programa, na modalidade RP, ficou fechado para a habilitação de novas farmácias em parcerias com Estados e municípios, tendo sido mantida apenas a expansão através das farmácias e drogarias privadas, na modalidade ATFP. Sendo assim, é perceptível a estagnação ocorrida na modalidade RP, em detrimento do ATFP. Mesmo que houvesse solicitação, por parte dos gestores municipais ou estaduais, do fechamento de sua unidade (desabilitação), não se permitia a outro município “absorver” essa farmácia. Com isso, a curva de número de farmácias da RP, bem como dos municípios assistidos por esta modalidade, apresentou estagnação e, posteriormente, declínio, já que municípios pediram para ser desabilitados.

### NÚMERO DE FARMÁCIAS DA REDE PRÓPRIA POR ANO



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE - do Ministério da Saúde

<sup>1</sup> As unidades da Rede Própria foram instaladas inicialmente com recursos da FIOCRUZ, que era integralmente responsável pela gestão destas farmácias. Essa fase foi denominada “Modelo 1”. Posteriormente foram estabelecidas parcerias com Estados e municípios, sendo que o Ministério da Saúde - MS repassava recurso para a instalação da farmácia, no valor de R\$ 50.000,00. Após a inauguração, a FIOCRUZ ficava responsável pela reposição do estoque de medicamentos e o MS pelo repasse mensal de R\$ 10.000 (atualmente ajustado para R\$ 12.500,00) para manutenção da unidade.

## **2. Algumas considerações e questionamentos ainda não respondidos**

Sobre a solicitação de desabilitação, cabe salientar que os municípios que conseguem organizar os seus serviços de assistência farmacêutica, acabam por não ter a necessidade de manter o Programa. Outros, ainda alegam que o recurso repassado mensalmente pelo MS, de R\$ 12.500,00, não é suficiente para a manutenção das unidades. Ressalta-se ainda que muitos municípios optam por atender as receitas do setor privado e também por incorporar os medicamentos do programa em suas listas. No entanto, outros municípios, que gostariam de ter uma unidade da RP, algumas vezes até por indicação de suas Conferências Municipais de Saúde, não conseguem se habilitar. Sobre isso nada foi apresentado pelo MS com o que questionamos: quantos municípios ou Universidades gostariam de ter o Programa?

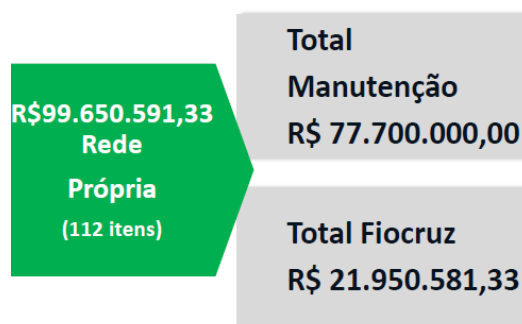
O fim da modalidade RP do Programa Farmácia Popular do Brasil não foi debatido com a sociedade. Esta pauta não foi levada ao Conselho Nacional de Saúde - CNS para discussão. A decisão se deu exclusivamente na reunião da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, fórum que reúne somente gestores, sem representação de trabalhadores e usuários, ocorrida no dia 30/03/2017. Cabe salientar que, quando da aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, na 142ª Reunião Ordinária/CNS, ocorrida em 05 e 06 de maio de 2004, foi apresentado o projeto do Programa Farmácia Popular do Brasil para o conjunto dos Conselheiros Nacionais de Saúde. Outra dúvida, assim, se apresenta: qual a opinião da população acerca dessa matéria?

O MS alega que não se perderá o recurso com o fim do Programa, já que o mesmo passará a compor o repasse fundo a fundo para os municípios, para o custeio da assistência farmacêutica básica. Há de se considerar, no entanto, que o aumento do valor repassado pelo MS é uma luta antiga, porém, caso a assistência farmacêutica não esteja organizada no município, o valor repassado pode não repercutir na garantia do acesso imediato ao paciente desassistido. O impacto não é imediato.

Como principal alegação para o fim da modalidade RP tem se apresentado questões econômicas, as quais entendemos com parte fundamental da gestão, porém não única. Ocorre que para se manter uma unidade destas farmácias é obrigatória a presença de profissional farmacêutico. Sabendo que isso ainda não é uma realidade na totalidade dos estabelecimentos que dispensam medicamentos, nos diversos municípios brasileiros, questionamos: qual será o impacto desta medida, considerando a ausência deste profissional, já que sua unidade será encerrada? E ainda, nas localidades onde existe o Programa, quantos farmacêuticos atuam na dispensação de medicamentos e quantos estão lá em virtude do Programa?

O MS tem afirmado que não é o fim do Programa, e sim descontinuação de seu custeio. Sustenta que, caso o município queira manter o Programa, poderá permanecer com a farmácia, porém sob sua inteira gestão e financiamento. Neste caso, sem o apoio financeiro, os municípios terão pouco interesse, até em virtude de sua efetivação, já que não poderão adquirir medicamentos e disponibilizá-los para dispensação sob copagamento.

O MS aponta que o Programa tem um gasto anual de R\$ 99.650.591,33 e que deste valor, R\$ 77.700.000,00 é utilizado para manutenção das unidades. Entretanto, a manutenção deveria utilizar-se do valor repassado, de R\$ 12.500,00/mês por unidade em atividade<sup>2</sup>, o que pode ser gasto com luz, água, telefone, Internet, material de expediente, pessoal, serviços de terceiros (manutenção, segurança, limpeza, etc.), despesas com pessoas jurídicas (gráficas, órgãos de fiscalização e outros), entre outros a especificar.



Questiona-se se houve algum estudo para revisão do valor de repasse ou de busca de alternativas para redução do gasto total? Porque não foi feito um estudo de viabilidade do Programa, ao invés de partir diretamente para o fechamento? É preciso lembrar que os municípios diferem em sua gestão: alguns possuem prédios próprios, outros, alugam imóveis para manter a unidade, o que impacta de forma diferenciada no valor recebido do MS.

Dos municípios que possuem a RP, 18 deles não possuem drogarias credenciadas, ou seja, deixarão de ser assistidos pelo Programa, conforme quadro abaixo:

Nomes dos 18 Municípios com apenas Rede Própria		
N	UF	Nome do Município
1	AL	Atalaia
2	AL	Delmiro Gouveia
3	AM	Parintins
4	AM	São Gabriel da Cachoeira
5	CE	Aquiraz
6	MA	Buriticupu
7	MA	Cururupu
8	MA	Lago da Pedra
9	MA	Vargem Grande
10	MA	Zé Doça
11	PA	Curuçá
12	PA	Igarapé-Miri
13	PA	Monte Alegre
14	PA	Portel
15	PA	Santana do Araguaia
16	PA	Viseu
17	PE	Ouricuri
18	SE	Nossa Senhora da Glória

<sup>2</sup> Conforme previsto no Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil - Rede Própria. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/23/manual-basico-fp1170511.pdf>.

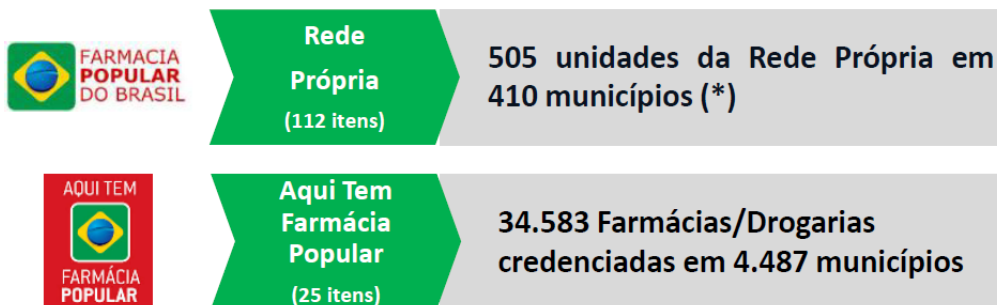
Por sua vez, o MS alega que estes municípios poderão ser contemplados por drogarias que venham a se credenciar no Programa. Porém cabe destacar que:

- ✓ O programa está fechado para novos credenciamentos de farmácias e drogarias desde 2014. Com o limite dos gastos, qual a garantia de expansão do Programa? Mesmo que haja busca ativa, qual a garantia de permanência no Programa, da drogaria que venha a ser credenciada?
- ✓ Mesmo que estes municípios venham a ser contemplados por uma drogaria credenciada, o elenco é diferente. A RP possui 112 itens e as farmácias e drogarias da ATFP trabalham com apenas 25 itens. Assim, existem medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão, por exemplo, cujo acesso é gratuito pelo usuário, que somente constam do rol da RP (furosemida, verapamil, nifedipina).
- ✓ A adesão das farmácias e drogarias é um ato voluntário, o que significa dizer que o proprietário do estabelecimento pode não querer fazer parte do Programa. Desta forma, não há garantias de que estes municípios, que porventura ficarão desassistidos, venham a ser contemplados pela modalidade ATFP.
- ✓ Existem municípios brasileiros que não possuem drogarias, portanto, a capilaridade não atingirá a totalidade dos municípios, comprometendo assim algumas regiões do país. A RP poderia ser usada estrategicamente para chegar a mais lugares e mais pessoas, em regiões sem drogarias e que possuam o Programa Mais Médicos (Lei nº 12.871, de 22 de dezembro de 2013), por exemplo.
- ✓ Este número de municípios que serão desassistidos constitui uma fotografia do momento. Se considerarmos que possam existir unidades da RP que estejam em municípios com uma ou duas drogarias credenciadas, caso o proprietário saia do Programa ou mude de ramo, o problema poderá ser ainda maior.

Foi alegado também, como motivação para o fim do Programa, problemas de gestão da Fiocruz ou dos parceiros, o que acabava por reduzir o número de farmácias em pleno funcionamento. Novamente questiona-se por que não se buscou resolver tais problemas ou criar alternativas? Por que apenas foi apresentado o fim do Programa como solução? O MS aponta o baixo número de farmácias abertas hoje. Entretanto, segundo slide apresentado, existe um número de farmácias que estão fechadas “temporariamente” em virtude de problemas locais, porém, estas ainda não estão desabilitadas. Portanto, o número de farmácias existentes hoje pode ser ainda maior do que as 393 farmácias (referência fevereiro/2017). Além disso, conforme descrito anteriormente o Programa não permitia novas habilitações desde 2009.

## Abrangência do Programa - ref. Fev/2017

Hoje o Programa Farmácia Popular do Brasil conta com 35.088 estabelecimentos, distribuídos em 4.487 municípios, sendo atendidos 80% dos municípios brasileiros



(\*) Das 505 unidades ativas (habilitadas), algumas estão fechadas pelo parceiro, por motivos próprios (falta de farmacêuticos, contrato de locação vencido, estrutura inadequada (falta de equipamentos), pendências com a FIOCRUZ, em processo de desabilitação, entre outros. Logo, número de unidades efetivamente ativas (ABERTAS e COM VENDAS) oscila mês a mês. Por exemplo, em fevereiro de 2017 foram apuradas 393 unidades.



Considera-se que, ao se encerrar o Programa, dois tipos de público serão impactados imediatamente:

- Aquelas pessoas que acessam o Programa com uma receita prescrita pelo setor privado e que residem em municípios que somente aceitam receitas prescritas pelo SUS. É bom lembrar que, conforme previsto no Decreto nº 7.508/2011, em seu Artigo 28, “o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS”. O município pode vir a atender receita prescrita no setor privado, conforme previsto no § 1º do Decreto, mas não há a obrigatoriedade. Estas pessoas terão que substituir sua receita ou comprar o medicamento;
- Aquelas pessoas que estavam acostumadas a acessar o seu medicamento através destas unidades e, de forma repentina, estas não mais existirão. Como não há previsão de um prazo para que o fechamento da unidade ocorra, os usuários serão surpreendidos com a extinção física das unidades.

Muitos questionamentos ainda precisam ser respondidos. Dentre as unidades que serão fechadas existem algumas que estão dentro de Universidades, ou ligadas a elas, que além do serviço prestado, contribuem com a formação nos cursos de farmácia, já que também funcionam como “farmácias-escolas”. Como ficarão? Qual o impacto do fim do Programa, sob o ponto de vista dos atendimentos? Quantas pessoas utilizam hoje esta modalidade do Programa? Foi feito algum levantamento prévio com os gestores para saber quantos manterão o Programa? Há algum levantamento de quantos municípios gostariam de ter uma unidade da RP? Houve alguma avaliação de quantas pessoas perderão seus empregos com tal medida?

Por fim, destaca-se que devemos lutar por uma assistência farmacêutica que garanta o acesso racional aos medicamentos. É preciso, sim, fazer gestão para a melhor utilização dos recursos orçamentários e financeiros, no entanto, a dita “economia” conquistada não pode restringir o acesso da população ao seu tratamento. Que a assistência farmacêutica não seja vista apenas como compra de medicamentos. Isso seria um enorme retrocesso, considerando tudo o que já se avançou. Que a lógica dos serviços de saúde também leve em conta o custo-benefício ao paciente/público assistido, e não somente aspectos administrativos, burocráticos ou logísticos.

Brasília, 18 de abril de 2017.

RONALD FERREIRA DOS SANTOS  
Presidente do Conselho Nacional de Saúde