

Utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil por idosos

Vanessa Iribarrem Avena Miranda¹, Anaclaudia Gastal Fassa¹, Rodrigo Dalke Meucci^{II}, Bárbara Heather Lutz^{II}

^I Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a prevalência e os fatores associados à utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil – modelo expansão entre idosos e os motivos de não utilização.

MÉTODOS: Neste estudo transversal de base populacional, realizado na zona urbana de Pelotas, RS, foram avaliados 1.305 idosos (60 anos ou mais) que utilizaram medicamentos nos últimos 15 dias. Como variáveis independentes foram caracterizados fatores socioeconômicos, nível econômico, renda familiar em salários mínimos, escolaridade em anos de estudo e *status* ocupacional. As variáveis demográficas foram sexo, idade, situação conjugal e cor da pele autorreferida. Para análise dos fatores associados à utilização do PFPB-E, utilizou-se regressão de Poisson.

RESULTADOS: A prevalência de utilização do programa foi de 57,0% e a de conhecimento foi de 87,0%. Nos indivíduos com 80 anos ou mais, a utilização do programa foi de 41,0%. Quanto à origem das prescrições utilizadas pelos idosos, 46,0% eram oriundas do SUS. Os principais motivos para não utilização foram: dificuldade em conseguir receita, falta do medicamento, desconhecimento sobre os medicamentos ofertados e sobre o programa. Maior idade, menor renda, ter doença crônica e usar quatro ou mais medicamentos estiveram associados à utilização.

CONCLUSÕES: É preciso ampliar o conhecimento e a utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil, especialmente entre os mais idosos, e melhorar a divulgação da lista de medicamentos do programa aos usuários e aos médicos. Dessa forma, será possível reduzir gastos com medicamentos de uso contínuo, que são especialmente importantes para essa população.

DESCRITORES: Idoso. Serviços Comunitários de Farmácia. Equidade no Acesso. Uso de Medicamentos. Farmacoepidemiologia. Estudos Transversais.

Correspondência:

Vanessa Iribarrem Miranda
Centro de Pesquisas
Epidemiológicas
Rua Marechal Deodoro, 1160
Caixa Postal 464
96020-220 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: vanessairi@gmail.com

Recebido: 10 fev 2015

Aprovado: 31 mai 2015

Como citar: Miranda VIA, Fassa AG, Meucci RD, Lutz BH. Utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil por idosos. Rev Saude Publica 2016;50:13.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Garantir o acesso a medicamentos básicos e essenciais a todos os indivíduos é prioridade nas políticas de saúde atuais^{13,a}. O Governo Federal lançou em 2004 o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)^{b,c,d}. Essa estratégia visa promover a ampliação do acesso a medicamentos e se destina ao atendimento igualitário^b de toda a população. Com isso, o PFPB visa evitar o abandono do tratamento, principalmente por parte dos indivíduos de baixa renda que utilizam serviços privados de saúde, mas que têm dificuldades em adquirir os medicamentos necessários em farmácias comerciais^{20,e}.

O PFPB desenvolve dois eixos de ação: a rede própria de Farmácias Populares e o Aqui tem Farmácia Popular (PFPB-E). As Farmácias Populares, em funcionamento desde 2004, contam com um elenco de 112 medicamentos, dispensados pelo seu valor de custo, representando uma redução de até 90,0% do valor de mercado. O PFPB-E, considerado uma expansão do PFPB em parceria com farmácias e drogarias da rede privada, foi criado com o objetivo de ampliar a cobertura da assistência farmacêutica, promovendo a integralidade do atendimento à saúde⁵. Nessa modalidade, o Ministério da Saúde (MS) subsidia 90,0% do valor de referência para doenças, como dislipidemia, Parkinson, glaucoma, osteoporose e rinite, além de anticoncepcionais e fraldas geriátricas^f. A partir de 2011, com a criação do Saúde Não Tem Preço, os dois eixos de ação passaram a contar com medicamentos gratuitos para asma, diabetes e hipertensão^g.

Embora o programa seja direcionado para todas as faixas etárias, é especialmente importante para idosos, os quais tendem a apresentar maiores necessidades de saúde, resultando em maior utilização dos serviços de saúde e de medicamentos^{5,19,h}. Nesse sentido, o PFPB-E contribui no controle e prevenção de doenças crônicas, aumentando o acesso da população à terapia medicamentosa e reduzindo o impacto do custo dos medicamentos no orçamento familiar³.

Como o PFPB é relativamente novo, os estudos sobre ele são escassos e dão maior ênfase à rede própria, consolidada primeiramente, se detendo na descrição do programa, em termos de disponibilidade de medicamentos comparados ao setor público e privado e o perfil da população que acessa o programa^{8,14,15}. Embora este estudo aborde o PFPB apenas na rede privada, visto que não há unidades próprias do programa na cidade de Pelotas, este é o primeiro estudo de base populacional que obteve informações sobre a utilização do PFPB-E para cada medicamento referido^{i,j}.

Diante da importância da universalização do acesso a medicamentos para a saúde da população e do papel do PFPB para a ampliação desse acesso, objetivou-se avaliar a prevalência e os fatores associados à utilização do PFPB-E entre idosos e os motivos de não utilização.

MÉTODOS

Realizou-se estudo transversal de base populacional com idosos (60 anos ou mais) na zona urbana de Pelotas, RS. O município possui aproximadamente 46.099 idosos em área urbana (Censo demográfico de 2010, IBGE)^k. Segundo dados da Vigilância Sanitária local, ele possui cerca de 165 farmácias e drogarias, das quais 62,0% estão vinculadas ao PFPB-E. Este estudo é parte da pesquisa "Avaliação da saúde de idosos da cidade de Pelotas", realizada no primeiro semestre de 2014.

O cálculo do tamanho amostral para o estudo da prevalência da utilização do PFPB-E considerou os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, prevalência estimada de 60,0%, erro aceitável de 4 pontos percentuais e acréscimo de 10,0% para perdas e recusas. Para avaliar os fatores associados ao desfecho, os parâmetros utilizados foram nível de confiança de 95%, poder estatístico mínimo de 80,0%, relação de 1:5 entre não expostos e expostos, prevalência estimada nos não expostos de 48,0%, razão de prevalência de 1,3 e acréscimo de 15,0% para fatores de confusão e efeito de delineamento de 1,5, totalizando um tamanho amostral estimado de 1.246 idosos.

^a Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos: informe técnico institucional. Brasília (DF); 2000.

^b Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Brasília (DF); 2005.

^c Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual de informações às unidades credenciadas: sistema de co-pagamento. 2.ed. Brasília (DF); 2008.

^d Brasil. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa Farmácia Popular do Brasil e dá outras providências. Brasília (DF); 2004 [citado 2015 set 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm

^e Ministério da Saúde. Portaria nº 749, de 15 de abril de 2009. Dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular. Brasília (DF); 2009 [citado 2015 set 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0749_15_04_2009.html

^f Portal Brasil. Gratuidade de medicamentos beneficia 14 milhões de pessoas. Brasília (DF); 2013 [citado 2013 mar]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2013/02/gratuidade-de-medicamentos-beneficia-14-milhoes-de-pessoas>.

A seleção da amostra foi realizada em dois estágios. No primeiro, os 488 setores censitários de Pelotas foram listados e ordenados de acordo com a renda média, realizando o sorteio sistemático de 133 setores. Essa estratégia garantiu a inclusão de diversos bairros da cidade e com situações econômicas distintas. No segundo estágio, realizou-se contagem dos domicílios ocupados nos setores selecionados, estimando-se aproximadamente um idoso para cada três domicílios, foram sorteados 31 domicílios por setor, com o intuito de reduzir os efeitos de delineamento e foram amostrados cerca de 10 domicílios em cada um dos setores selecionados, totalizando 4.123 domicílios. Todas as pessoas com 60 anos ou mais de cada domicílio foram convidadas a participar do estudo. Foram excluídos aqueles institucionalizados e impossibilitados de responder ao questionário devido a problemas mentais ou físicos e que não possuíssem acompanhante ou cuidador.

O desfecho utilização do PFPB foi definido como a obtenção de pelo menos um medicamento pelo PFPB-E entre idosos que utilizaram algum medicamento nos últimos 15 dias. O conhecimento sobre o PFPB foi verificado pela resposta afirmativa à pergunta “O(a) sr.(a) conhece o Programa Farmácia Popular?”.

Quando o entrevistado referia não ter adquirido o medicamento no PFPB-E ou em farmácias do SUS (municipal ou de unidades básicas de saúde), era questionado se havia tentado conseguir esse medicamento pelo PFPB-E. Em caso de resposta afirmativa, eram questionados os motivos pelos quais não conseguiu obter o medicamento e, em caso de resposta negativa, os motivos pelos quais não procurou o PFPB-E. Para todos os medicamentos utilizados pelos idosos, foram solicitadas as embalagens ou receitas para verificação do nome correto e posterior classificação por grupos farmacológicos. Para mapear a origem das prescrições, foi feita a pergunta: “Quem indicou esse remédio para o sr.(a)?” (médico ou dentista pelo SUS; médico ou dentista particular ou por convênio).

As variáveis independentes foram: fatores socioeconômicos; nível econômico, classificado de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)¹ (Classes A ou B; C; D ou E), renda familiar em salários mínimos categorizada (≤ 1 ; 2-3; 4-5; 6-9; ≥ 10), escolaridade em anos de estudo (nenhuma; até três anos; quatro a sete anos; oito a 10 anos; 11 ou mais) e *status* ocupacional (trabalhando; aposentado ou encostado; aposentado e trabalhando; do lar ou desempregado). As variáveis demográficas foram sexo (masculino; feminino), idade em anos, segundo quatro categorias (60-64; 65-69; 70-79; ≥ 80), situação conjugal (com companheiro; sem companheiro) e cor da pele autorreferida (branca; não branca).

Para descrição da amostra segundo morbidades, caracterizou-se o diagnóstico médico referido pelo entrevistado em: diabetes, hipertensão, doenças respiratórias (asma; bronquite; enfisema), rinite, glaucoma, doença de Parkinson, dislipidemia e osteoporose. Também investigou-se a necessidade de utilizar remédio de uso contínuo, por meio da pergunta “O(a) sr.(a) precisa tomar algum remédio de uso contínuo? Considere remédio de uso contínuo aquele que o(a) sr.(a) usa regularmente sem data para parar”, e examinou-se o número de medicamentos utilizados pelo idoso nos últimos 15 dias (1, 2, 3 e ≥ 4). O suporte social foi considerado presente se o idoso contasse com a ajuda de alguém para atender suas necessidades.

Treze entrevistadores treinados visitaram os domicílios selecionados para entregar uma carta de apresentação do estudo, a qual dava esclarecimentos e convidava os idosos a participar do estudo. A partir do aceite dos indivíduos elegíveis, as entrevistas eram agendadas de acordo com a disponibilidade dos idosos. Os questionários eletrônicos com questões pré-codificadas foram aplicados com *netbooks*.

Consideraram-se perdas e recusas as entrevistas não realizadas após três tentativas, sendo uma destas realizada por um supervisor do estudo. O controle de qualidade foi realizado pelo supervisor de campo a 10,0% dos entrevistados selecionados de forma aleatória. Utilizou-se versão reduzida do questionário, composta por 19 questões. A análise de concordância foi obtida pelo índice kappa.

^a Ministério da Saúde. Portaria nº 1.146, de 1º de junho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº. 971/GM/MS, de 17 de maio de 2012, para ampliar a cobertura da gratuidade no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília (DF); 2012 [citado 2015 set 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1146_01_06_2012.html

^b World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005 [citado 2015 set 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

^c Ferreira RL. Análise de implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

^d Junges F. Avaliação do Programa Farmácia Popular do Brasil: aspectos referentes a estrutura e a processos [dissertação]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

^e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: Cidades: Rio Grande do Sul: Pelotas. Rio de Janeiro; s.d. [citado 2014 dez 5]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=431440&search=|pelotas>

^f Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB 2012: Base LSE 2010. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>

Tabela 1. Descrição da amostra de idosos que utilizaram medicamentos nos últimos 15 dias segundo variáveis demográficas e socioeconômicas e estratificadas por idade. Pelotas, RS, Brasil, 2014. (N = 1.305)

Variável	n ^a	%	IC95%	60-79 anos		IC95%	≥ 80 anos		IC95%
				n	%		n	%	
Idade									
60-64	345	26,5	24,1–28,9	-	-	-	-	-	-
65-69	321	24,7	22,3–27,0	-	-	-	-	-	-
70-79	418	32,1	29,6–34,7	-	-	-	-	-	-
≥ 80	217	16,7	14,6–18,7	-	-	-	-	-	-
Sexo									
Masculino	459	35,2	32,6–37,8	388	35,8	32,9–38,6	70	32,3	25,9–38,5
Feminino	846	64,8	62,2–67,4	696	64,2	61,3–67,0	147	67,7	61,4–74,0
Situação conjugal									
Sem companheiro	620	47,6	44,9–50,3	468	42,6	39,6–45,5	158	72,8	66,8–78,7
Com companheiro	682	52,4	49,7–55,1	624	57,4	54,4–60,3	59	27,2	21,2–33,1
Cor da pele									
Não branca	205	15,8	13,8–17,7	167	15,2	13,1–17,3	40	18,4	13,2–23,6
Branca	1.097	84,2	82,3–86,2	925	84,8	82,6–86,9	177	81,6	76,3–86,7
Escolaridade (em anos de estudo)									
0	176	13,6	11,7–15,5	120	11	9,16–12,9	57	26,6	20,7–32,6
≤ 3	288	23,1	20,7–25,3	244	22,5	20,0–24,9	56	26,2	20,2–32,1
4-5	391	30,2	27,7–32,7	339	31,2	28,3–33,8	56	26,2	20,2–32,1
6-7	132	10,2	8,5–11,8	122	11,2	9,4–13,2	10	4,7	1,8–7,5
≥ 11	296	22,9	20,6–25,2	261	24,1	21,6–26,7	35	16,3	11,3–21,3
Status ocupacional									
Trabalhando	89	7,4	5,9–8,8	90	8,8	6,9–10,4	1	0,5	-0,05–1,5
Aposentado ou encostado	871	72	69,5–74,6	705	69,2	66,3–72,0	169	87,1	82,3–91,8
Aposentado e trabalhando	125	10,3	8,6–12,1	117	11,2	9,4–13,3	10	5,2	2,0–8,2
Do lar ou desempregado	124	10,3	8,5–11,9	111	10,8	8,9–12,7	14	7,2	3,5–10,9
Classificação econômica – ABEP									
A ou B	449	36,4	33,7–39,1	373	36,3	33,3–39,2	76	36,7	30,0–43,3
C	639	51,8	49,0–54,6	544	52,9	49,8–55,9	98	47,3	40,5–54,2
D ou E	145	11,8	9,9–13,5	111	10,8	8,9–12,7	33	16	10,9–21,0
Renda em salários mínimos									
≤ 1	125	10,3	8,6–12,0	105	10,4	8,4–12,2	19	9,4	5,3–13,5
2–3	519	42,7	39,8–45,4	445	43,7	40,6–46,7	77	38,3	31,5–45,1
4–5	257	21,1	18,8–23,4	207	20,3	17,8–22,8	51	25,4	19,3–31,4
6–9	177	14,5	12,6–16,5	142	13,9	11,9–16,2	35	17,4	12,1–22,7
≥ 10	139	11,4	9,6–13,2	119	11,7	9,6–13,6	19	9,5	5,3–13,5
Suporte social^b									
Não	96	7,4	6,0–8,8	84	7,8	6,2–9,4	11	5,1	6,1–9,4
Sim	1.205	92,6	91,2–94,0	997	92,2	90,6–93,8	205	94,9	90,6–93,8
Conhecimento sobre o PFPB									
Não	165	12,6	10,8–14,5	101	9,3	7,6–11,0	62	28,7	22,6–34,8
Sim	1.139	87,4	85,5–89,1	984	90,7	88,9–92,4	154	71,3	65,2–77,4
Utilização do PFPB-E									
Não	534	43,2	40,4–45,9	408	39,8	36,8–42,8	123	58,8	52,1–65,6
Sim	703	56,8	54,1–59,6	616	60,2	57,2–63,2	86	41,2	34,4–47,9
Número de medicamentos utilizados									
1	163	12,5	10,7–14,3	144	13,3	11,2–15,3	17	7,8	4,2–11,4

Continua

Tabela 1. Descrição da amostra de idosos que utilizaram medicamentos nos últimos 15 dias segundo variáveis demográficas e socioeconômicas e estratificadas por idade. Pelotas, RS, Brasil, 2014. (N = 1.305). Continuação

2	203	15,6	13,6–17,5	174	16,1	13,8–18,2	28	12,9	8,4–17,4
3	234	17,9	15,8–20,0	200	18,4	16,1–20,8	33	15,2	10,4–20,0
≥ 4	705	54	51,3–56,7	566	52,2	49,2–55,2	139	64,1	57,6–70,5
Precisa tomar remédio de uso contínuo									
Não	68	5,2	4,0–6,4	60	5,5	4,2–6,9	8	3,7	1,1–6,2
Sim	1.237	94,8	93,6–96,0	1.024	94,5	93,1–95,8	209	96,3	93,8–98,8
Variáveis de condições de saúde									
Diabetes									
Não	973	74,6	72,3–76,9	802	73,9	71,4–76,6	169	77,9	72,3–83,4
Sim	331	25,4	23,0–27,7	282	26,1	23,4–28,6	48	22,1	16,6–27,7
Hipertensão									
Não	371	28,5	26,0–30,9	309	28,7	26,0–31,5	61	28,2	22,2–34,3
Sim	933	71,5	69,1–74,0	766	71,3	68,5–73,9	155	71,7	65,7–77,8
Doenças respiratórias crônicas									
Não	1.077	82,7	80,7–84,8	905	83,6	81,4–85,8	169	77,9	72,3–83,4
Sim	225	17,3	15,2–19,3	177	16,4	14,2–18,6	48	22,1	16,5–27,6
Rinite									
Não	1.037	79,7	77,5–81,9	857	80,2	77,8–82,6	177	82,7	77,6–87,8
Sim	264	20,3	18,1–22,5	211	19,8	17,4–22,1	37	17,3	12,2–22,4
Glaucoma									
Não	1.201	92,3	90,9–93,8	1.010	93,3	91,9–94,8	188	88,3	83,9–92,6
Sim	100	7,7	6,2–9,1	72	6,7	5,2–8,1	25	11,7	7,3–16,1
Doença de Parkinson									
Não	1.280	98,3	97,6–99,0	1.068	98,7	98,0–99,4	209	96,3	93,8–98,9
Sim	22	1,7	0,9–2,3	14	1,3	0,06–1,9	8	3,7	1,1–6,2
Dislipidemia									
Não	733	56,2	53,5–58,9	594	55,3	52,3–58,3	137	63,7	52,2–70,2
Sim	570	43,8	41,0–46,4	480	44,7	29,8–42,7	78	36,3	29,8–42,7
Osteoporose									
Não	954	73,3	70,9–75,7	809	75,5	72,9–78,0	142	65,7	59,4–72,1
Sim	347	26,7	24,3–29,1	263	24,5	21,9–27,1	74	34,3	27,9–40,6

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; PFPB: Programa Farmácia Popular do Brasil; PFPB-E: Programa Farmácia Popular do Brasil – modelo expansão

^a O número máximo de valores ignorados foi de 96 para *status* ocupacional.

^b Suporte social: possibilidade do idoso.

As análises foram realizadas no *software* Stata 12.1. Realizou-se a descrição da amostra em relação às variáveis independentes e calculou-se a prevalência do desfecho utilização do PFPB-E com os respectivos intervalos de confiança para os indivíduos que utilizaram algum medicamento nos últimos 15 dias. Para o cálculo das prevalências dos motivos da não utilização do programa, utilizou-se uma análise estratificada por idade.

Os fatores associados à utilização do PFPB-E foram analisados por regressão de Poisson, utilizando o comando *svy* para considerar o efeito de delineamento do estudo. Variáveis com $p > 0,2$ não foram levadas para análise ajustada. A regressão seguiu um modelo hierárquico de seleção para trás, o qual compreende três níveis. O nível distal incluiu as variáveis demográficas e socioeconômicas; o segundo nível, a presença de morbidades; e o nível proximal, o conhecimento sobre o PFPB e o número de medicamentos utilizados. Foram utilizados os testes de Wald, para heterogeneidade e tendência linear para as variáveis categóricas. Variáveis com $p < 0,2$ foram mantidas no modelo para controle de fatores de confusão. Considerou-se o nível de significância de 0,05.

Tabela 2. Motivos da não utilização do Programa Farmácia Popular entre os idosos que não adquiriram todos os seus medicamentos pelo PFPB-E ou pelo SUS, nos últimos 15 dias de acordo com a idade. Pelotas, RS, Brasil, 2014. (N = 1.014)

Variável	Geral		Grupo etário			
			60-79		≥ 80	
	n	%	n	%	n	%
Tentou conseguir algum medicamento pelo PFPB-E						
Não	462	45,6	356	42,8	105	58,3
Sim	552	54,1	476	57,2	75	41,7
Motivos pelos quais tentaram e não conseguiram (n = 552)						
Dificuldade de ir até a farmácia	31	5,7	20	4,2	9	12,3
Não tinha a marca do medicamento	49	8,9	41	8,7	8	10,8
Não tinha o medicamento	69	12,6	59	12,5	10	13,5
Dificuldade de conseguir receita	93	17,0	77	16,3	16	21,6
Medicamento não faz parte da lista do PFPB	408	74,4	349	73,9	57	77,0
Outros	43	7,8	38	8,0	5	6,8
Motivos pelos quais não tentaram conseguir (n = 469)						
Não confia nos medicamentos do PFPB	15	3,4	13	3,8	2	2,0
Médico aconselhou que não utilizasse	16	3,6	13	3,8	3	3,0
Dificuldade de deslocamento até a farmácia	34	7,6	18	5,2	16	16,2
Tem dificuldade em conseguir receita	55	12,3	43	12,5	12	11,9
Não conhece o PFPB	128	28,6	85	24,6	43	42,2
Não sabe quais medicamentos estão disponíveis no PFPB	174	39,1	127	36,9	47	47,0
Medicamento não faz parte da lista do PFPB	185	45,7	155	48,6	30	35,3
Outros motivos	84	18,9	67	19,5	17	16,8

PFPB-E: Programa Farmácia Popular do Brasil – modelo expansão; SUS: Sistema Único de Saúde; PFPB: Programa Farmácia Popular do Brasil

Para a análise das prevalências de utilização do PFPB-E e fatores associados, utilizou-se como denominador o número total de idosos que utilizaram medicamentos nos últimos 15 dias. Para caracterizar os medicamentos (presença no PFPB-E, classificação por grupos farmacológicos, gratuidade dos medicamentos), utilizou-se como denominador o total de medicamentos utilizados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Parecer 472.357). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido e receberam garantia da confidencialidade das informações prestadas.

RESULTADOS

Foram entrevistados 1.451 idosos. As perdas e recusas totalizaram 21,3% (n = 393), sendo a maioria mulheres e da faixa etária entre 60-69 anos. Das entrevistas, 4,0% foram respondidas por cuidador ou acompanhante. A maioria (90,5%) dos idosos utilizou pelo menos um medicamento nos últimos 15 dias. Entre esses, a média de idade foi de 70,9 anos (DP = 8,2), 64,8% eram mulheres, 84,2% tinham cor da pele branca, 52,4% tinham companheiro e 30,2% tinham quatro a sete anos de estudo. O *status* ocupacional predominante foi aposentado ou encostado (72,0%) e 42,7% apresentava renda familiar de dois a três salários mínimos e 51,8% estava no estrato econômico C (Tabela 1).

Cerca de 93,0% dos idosos relataram poder contar com a ajuda de alguém para atender às suas necessidades. Quanto às condições de saúde autorreferidas, 25,4% eram diabéticos, 71,5% hipertensos e 17,3% possuíam alguma doença respiratória (Tabela 1).

Tabela 3. Fatores associados à utilização do programa farmácia popular nos últimos 15 dias. Pelotas, RS, Brasil, 2014.

Nível ^a	Variável	p	IC95%	RP _{bruta}	IC95%	p	RP _{ajustada}	IC95%	p ^b
1	Idade					< 0,001			0,004
	60-64	60,6	34,0–44,7	1			1		
	65-69	59,1	53,5–64,7	0,97	86,3–1,10		0,97	0,85–1,11	
	70-79	60,5	55,7–65,3	0,99	87,7–1,14		1,02	0,89–1,16	
	≥ 80	41,1	34,4–47,9	0,67	56,3–81,9		0,72	0,60–0,87	
	Escolaridade (em anos de estudo)					0,007			0,131
	0	48,0	40,4–55,5	1			1		
	≤ 3	60,8	55,0–66,5	1,26	1,03–1,55		1,22	0,99–1,52	
	4-7	63,1	58,2–68,0	1,31	1,06–1,62		1,31	1,06–1,62	
	8-10	56,8	47,7–65,8	1,18	0,93–1,50		1,20	0,94–1,54	
	≥ 11	50,2	44,3–56,1	1,05	0,84–1,30		1,14	0,90–1,46	
	Renda em salários mínimos					0,001 ^c			0,005 ^c
	≤ 1	56,9	47,7–66,0	1			1		
	2-3	61,5	57,2–65,8	1,08	0,90–1,30		1,0	0,83–1,20	
	4-5	60,0	53,8–66,2	1,05	0,86–1,30		0,97	0,77–1,22	
6-9	50,6	43,0–58,1	0,88	68,7–1,15		0,83	0,63–1,10		
≥ 10	40,9	32,4–49,4	0,72	0,55–0,94		0,66	0,49–0,90		
Situação conjugal					0,013			0,036	
Sem companheiro	52,6	48,5–56,6	1			1			
Com companheiro	60,8	57,0–64,6	1,16	1,03–1,30		1,13	1,0–1,28		
2	Hipertensão					< 0,001			< 0,001
	Não	38,0	32,6–43,4	1			1		
	Sim	63,2	60,0–66,3	1,66	1,41–1,96		1,52	1,29–1,77	
	Diabetes					< 0,001			< 0,001
	Não	52,7	49,4–55,9	1			1		
	Sim	68,1	63,0–73,1	1,30	1,19–1,40		1,19	1,09–1,30	
	Dislipidemia					< 0,001			< 0,001
	Não	48,1	44,3–51,8	1			1		
	Sim	67,3	63,4–71,1	1,40	1,27–1,54		1,31	1,20–1,43	
	Glaucoma					0,128			0,129
	Não	56,2	53,4–59,1	1			1		
	Sim	63,9	54,2–73,6	1,14	0,96–1,34		1,13	0,96–1,34	
	Rinite					0,050			0,05
	Não	55,4	52,3–58,5	1			1		
	Sim	62,1	56,0–68,2	1,12	1,0–1,25		1,12	0,99–1,26	
3	Conhecimento sobre o PFPB					< 0,001			< 0,001
	Não	16,4	10,2–22,6	1			1		
	Sim	61,9	59,0–64,8	3,77	2,63–5,40		2,87	2,01–4,08	
	Número de medicamentos utilizados					< 0,001 ^c			< 0,001 ^c
	1	37,5	28,7–46,3	1			1		
	2	41,1	34,0–48,1	1,09	80,3–1,49		0,96	71,6–1,28	
	3	53,5	46,9–60,0	1,42	1,06–1,90		1,22	92,0–1,62	
≥ 4	65,6	62,0–69,1	1,74	1,35–2,26		1,40	1,07–1,80		

PFPB: Programa Farmácia Popular do Brasil

^a Todas as variáveis foram controladas para as demais do mesmo nível e para as dos níveis acima, com p entre 0,2 e 0,05.^b As variáveis com nível de significância entre 0,05 e 0,2 foram mantidas no modelo para controle de confusão.^c Teste de Wald de tendência linear.

Tabela 4. Descrição dos medicamentos presentes na lista do PFPB-E conforme utilização do programa. Pelotas, RS, Brasil, 2014. (N = 1.873)

Conseguiu medicamento pelo PFPB-E	n	%
Não	599	32,4
Sim	1.249	67,6
Gratuidade entre os medicamentos utilizados pelo PFPB-E		
Não	258	20,7
Sim	991	79,3
Origem da prescrição dos medicamentos utilizados pelo PFPB-E		
SUS	569	45,6
Convênio ou particular	678	54,4
Descrição dos medicamentos utilizados pelo PFPB-E conforme classe farmacológica		
Doenças respiratórias (asma, bronquite, enfisema)	31	1,7
Diabetes	351	18,7
Dislipidemia	327	17,5
Glaucoma	15	0,8
Hipertensão	1.092	58,3
Osteoporose	34	1,8
Parkinson	13	0,7
Rinite	10	0,5

PFPB-E: Programa Farmácia Popular do Brasil – modelo expansão; SUS: Sistema Único de Saúde

A prevalência de utilização do PFPB-E foi de 56,8% e a de conhecimento do programa foi de 87,4%. Cerca de 95,0% dos idosos precisavam tomar medicamento de uso contínuo, e 54,0% utilizavam quatro ou mais medicamentos (Tabela 1). Dos indivíduos que faziam uso contínuo de medicação e que tomaram algum medicamento nos últimos 15 dias, 53,9% utilizaram o PFPB-E para obtenção de pelo menos um medicamento (dados não apresentados em tabela). Considerando a estratificação etária, 71,3% dos idosos com 80 anos ou mais conheciam o PFPB, 41,2% utilizaram o programa e 64,1% utilizavam quatro ou mais medicamentos (Tabela 1).

Entre os 1.014 idosos que não adquiriram todos os seus medicamentos pelo PFPB-E ou diretamente em unidades do SUS, 54,0% haviam tentado adquirir pelo programa. Os principais motivos relatados pelos idosos para não terem conseguido algum medicamento pelo programa foram o medicamento não fazer parte da lista do PFPB-E (74,0%), dificuldade em conseguir a receita médica (17,0%) e falta do medicamento (13,0%). Entre aqueles que não tentaram conseguir o medicamento pelo PFPB-E, os principais motivos foram o medicamento não fazer parte da lista do PFPB-E (46,0%), desconhecimento sobre quais medicamentos estavam disponíveis (39,0%) e o não conhecimento sobre o PFPB (29,0%) (Tabela 2).

Dos idosos com 80 anos ou mais que não adquiriram todos os seus medicamentos pelo PFPB-E ou pelo SUS, 42,0% tentaram conseguir os medicamentos pelo programa. Este grupo etário teve mais dificuldade de conseguir a receita médica (21,0%) e de ir até a farmácia (12,0%) do que os de 60 a 79 anos (16,0% e 4,0%, respectivamente). Aproximadamente 45,0% deles relataram a falta de conhecimento sobre o programa e sobre os medicamentos disponíveis como motivo para não tentarem conseguir o medicamento pelo PFPB-E. Entre os idosos com 80 anos ou mais, 16,0% apresentaram a dificuldade de deslocamento até a farmácia como motivo (Tabela 2).

A Tabela 3 descreve os fatores associados à utilização do PFPB-E. A análise bruta não mostrou associação com sexo, cor da pele, ocupação e suporte social. Idosos com 80 anos ou mais apresentaram utilização do PFPB-E 28,0% menor quando comparados àqueles de 60 a 64 anos, enquanto aqueles com companheiro utilizaram 13,0% mais em relação àqueles sem companheiro. A utilização do programa diminuiu linearmente com o aumento da renda

e indivíduos com renda familiar igual ou maior que 10 salários mínimos utilizavam 34,0% menos o programa quando comparados com aqueles de menor renda.

Indivíduos com doenças crônicas como diabetes, hipertensão e dislipidemia utilizaram 19,0%, 52,0% e 31,0% mais o programa, respectivamente, do que os que não tinham essas morbidades. Idosos que conhecem o PFPB o utilizavam três vezes mais do que os que não o conhecem, e indivíduos que fazem uso de quatro ou mais medicamentos utilizam 40,0% mais o PFPB-E que aqueles que tomam apenas um medicamento (Tabela 3).

Dos 5.700 medicamentos utilizados pelos idosos, 32,9% (n = 1.873) faziam parte do PFPB-E e, desses, 67,6% (n = 1.249) foram adquiridos pelo programa, dos quais 79,3% (n = 991) foram obtidos gratuitamente. Quanto à origem da prescrição utilizada para obtenção dos medicamentos da farmácia popular, 54,4% foi por convênio ou particular. Os medicamentos mais utilizados pelo PFPB-E, conforme classificação farmacológica, foram os anti-hipertensivos (58,3%), antidiabéticos (18,7%) e os agentes modificadores de lipídios (17,5%) (Tabela 4).

Entre os medicamentos utilizados para condições crônicas como doenças respiratórias, diabetes e hipertensão, 41,9%, 85,2% e 58,9%, respectivamente, estavam presentes na lista do PFPB-E (dados não apresentados em tabela).

O efeito de delineamento do presente estudo foi de 1,14, coeficiente de correlação intraclasse de 0,0099 e o índice kappa da variável conhecimento do PFPB apresentou boa reprodutibilidade (kappa \geq 0,7).

DISCUSSÃO

Dos idosos que utilizaram medicamentos, mais de 80,0% conheciam o PFPB e mais da metade o utilizaram. Entretanto, aqueles com 80 anos ou mais utilizaram menos o programa. Isso mostra que o programa está bem difundido, exceto entre os mais idosos. Além disso, parcela expressiva de idosos oriundos do SUS obtiveram medicamentos pelo PFPB-E, embora não sejam o grupo prioritário.

Em estudo de base populacional com adultos de 20 anos ou mais, realizado em 2008, o conhecimento sobre o PFPB foi de 32,8%⁸. O maior conhecimento sobre PFPB no presente estudo pode ser consequência do maior tempo decorrido entre a coleta de dados e o início do programa ou do fato de avaliar apenas idosos, que utilizam mais serviços de saúde e mais medicamentos, aumentando as oportunidades de receber orientações sobre o programa^{8,10}.

As principais barreiras para utilização do programa são a falta da receita médica, falta do medicamento e o medicamento não fazer parte do programa, o que sugere dificuldade de acesso à consulta e programação insuficiente da oferta e distribuição dos medicamentos. Embora o número de medicamentos ofertados pelo programa seja amplo (incluindo a grande maioria dos tratamentos para condições crônicas) e a lista seja revisada periodicamente, é preciso avaliar se os medicamentos incluídos no programa contemplam adequadamente as necessidades terapêuticas da população⁹. Por outro lado, para os medicamentos que não fazem parte do programa, existem similares que estão incluídos, indicando que os médicos eventualmente não priorizam ou não conhecem os medicamentos do programa^{1,16}.

Percebe-se, também, que nos idosos com 80 anos ou mais a dificuldade de ir até a farmácia destaca-se como problema importante, visto que, na ausência do idoso, é necessário um representante legal para retirada de medicamento. Embora exista amplo conhecimento sobre a existência do programa, ainda há falta de informação, especialmente entre os idosos de 80 anos ou mais. A lista de medicamentos ofertados pelo programa é o aspecto sobre o qual a população provavelmente tem menos conhecimento.

A utilização do PFPB-E foi maior nos idosos com menos de 80 anos. A redução da utilização do programa nos idosos com 80 anos ou mais pode refletir iniquidade no acesso a medicamentos, visto que, a medida que a idade aumenta, o idoso tende a ser mais medicalizado. Essa iniquidade pode estar relacionada à incapacidade ou dificuldade de locomoção, que dificulta o acesso à consulta para renovação da receita e o deslocamento até o cartório para obtenção da procuração exigida nos casos de retirada de medicamento por representante legal.

O estudo foi consistente com os achados de Costa et al.⁸, que não encontraram associação entre sexo dos entrevistados e utilização do programa. As mulheres vivem mais, procuram mais os serviços de saúde² e utilizam mais medicamentos^{2,10,18}. Assim, a falta de associação observada ocorre pela concentração de mulheres no grupo de 80 anos ou mais, que enfrenta barreiras para acessar o programa.

Indivíduos com companheiro utilizaram mais o PFPB-E, coerente com o fato de que indivíduos com companheiro utilizam mais os serviços de saúde^{7,8}. Com isso, esses indivíduos têm maior probabilidade de diagnosticar doenças, ter acesso à receita médica e receber informações a respeito do PFPB.

Este estudo mostra, de forma consistente com a literatura, que o programa atende todos os estratos socioeconômicos da população^{8,15}. Além disso, embora a maioria das prescrições utilizadas pelos idosos para obtenção dos medicamentos sejam provenientes do setor privado, o número de usuários da rede pública é alto, representando 46,0%, assim como Pinto et al.^{14,15} encontraram em sua pesquisa.

Um estudo de caso, realizado em 2007 e que inclui municípios das cinco regiões do Brasil, sugere que os usuários podem ter procurado o programa devido à pronta disponibilidade dos medicamentos e ao menor tempo de espera do atendimento¹⁵. A centralização da compra de medicamentos pode reduzir custos da assistência farmacêutica, mas o fato de os medicamentos para asma, diabetes e hipertensão estarem disponíveis gratuitamente no PFPB não isenta a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais de continuarem fornecendo esses medicamentos. Eles devem estar disponíveis nas farmácias da atenção primária à saúde, facilitando o acesso para os usuários do SUS^m. Assim, falhas na provisão gratuita de medicamentos da rede pública municipal sobrecarregará a demanda do PFPB-E, gerando custos ao usuário, tanto com medicamentos não cobertos pelo programa como com deslocamento para acessar a farmácia.

A falta de medicamento nos setores público e privado (PFPB-E) implica maior comprometimento de renda nos gastos em saúde, que já são extremamente elevados. A situação torna-se ainda mais complicada para aqueles que não conseguem seguir o tratamento por falta de dinheiro para realizar a compra, o que muitas vezes gera o agravamento de seu estado de saúde⁴.

Concordando com estudos anteriores^{6,11,15,17}, os medicamentos do PFPB-E mais utilizados foram aqueles para condições cardiovasculares e os relacionados ao metabolismo. O que pode ser explicado, em parte, pelo fato de estes medicamentos estarem disponíveis de forma gratuita e pelo padrão de consumo desses medicamentos, que reflete o perfil das doenças crônicas mais prevalentes entre idosos^{5,12}.

A amostra estudada é representativa da população idosa residente em áreas urbanas. As perdas não foram substancialmente diferentes da população estudada, o que reforça a validade interna. Como este estudo abordou somente as redes privadas do PFPB, os resultados são extrapoláveis para municípios com essas características. Para melhor qualificação da caracterização do desfecho, foram solicitadas as embalagens ou receitas de todos medicamentos referidos pelos entrevistados. A falta de outros inquéritos domiciliares relativos ao PFPB-E limitou a análise de consistência deste estudo.

Os resultados obtidos por este inquérito populacional ampliam o conhecimento a respeito da utilização do PFPB-E pela população idosa e dos motivos para a não utilização. Desta maneira, contribuem para a definição de políticas para qualificar o programa. Os idosos de 80 anos ou

^m Ministério da Saúde. Crescimento do Programa Farmácia Popular. Brasília (DF); 2013 [citado 2014 mar]. Disponível em: <http://www.cosemsms.org.br/ultimas-noticias/farmacia-popular-nota-de-esclarecimento>

mais apresentam grande necessidade de acesso a medicamentos e, segundo dados do IBGE, o número de pessoas nessa faixa etária cresceu 70,0% entre 2000 e 2010ⁿ. Esse cenário demanda medidas que diminuam a iniquidade na assistência farmacêutica deste grupo etário, bem como a ampliação da utilização do programa. Para isso, pode-se ampliar a atenção domiciliar de forma a facilitar a obtenção da receita médica. Entretanto, considerando as dificuldades de deslocamento característica deste grupo populacional, é crítico estudar alternativas para a exigência de procuração para a retirada do medicamento na farmácia por meio de representante legal.

É preciso divulgar, tanto para a população quanto para os médicos, a lista de medicamentos ofertados pelo programa. Esse conhecimento pode contribuir para ampliar a utilização do programa pelos idosos e para que os médicos, sempre que possível, direcionem a prescrição para medicamentos da lista, reduzindo os gastos com medicamentos de uso contínuo, que são especialmente importantes nessa população^{1,9}.

O PFPB agregou enorme custo na assistência farmacêutica com o elenco atualmente disponível e a gratuidade dos medicamentos mais utilizados para asma, diabetes e hipertensão. Um medicamento do PFPB chega a custar até 290,0% a mais para o MS do que para a Farmácia Básica quando dispensa o mesmo medicamento^o.

É fundamental que os municípios se responsabilizem pela assistência farmacêutica dos usuários do SUS, promovendo o acesso ao medicamento e a inserção efetiva da assistência farmacêutica como uma ação de saúde, especialmente para aqueles em áreas remotas, com oferta de medicamentos mais próximo do usuário. Esta estratégia é crucial para evitar gastos com medicamentos, deslocamento e até mesmo baixa aderência ao tratamento na população de baixa renda.

REFERÊNCIAS

1. Aziz MM, Calvo MCM, d'Orsi E. Medicamentos prescritos aos idosos em uma capital do Sul do Brasil e a Relação Municipal de Medicamentos. *Cad Saude Publica*. 2012;28(1):52-64. DOI:10.1590/S0102-311X2012000100006
2. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saude Publica*. 2004;38(2):228-38. DOI:10.1590/S0034-89102004000200012
3. Bertoldi AD, Barros AJ, Camargo AL, Hallal PC, Vandoros S, Wagner A et al. Household expenditures for medicines and the role of free medicines in the Brazilian public health system. *Am J Public Health*. 2011;101(5):916-21. DOI:10.2105/AJPH.2009.175844
4. Boing AC, Bertoldi AD, Peres KG. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2011;45(5):897-905. DOI:10.1590/S0034-89102011005000054
5. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2004;38(4):557-64. DOI:10.1590/S0034-89102004000400012
6. Costa HS, Borba ERC, Vilanova CM, Costa DM, Coutinho DF. Programa Farmácia Popular do Brasil: evolução do programa na cidade de São Luís - MA. *Rev Pesq Saude*. 2010;11(3):16-9.
7. Costa JSD, Reis MC, Silveira Filho CV, Linhares RS, Piccinini F. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000. *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):1074-84. DOI:10.1590/S0034-89102008005000060
8. Costa KS, Francisco PMSB, Barros MBA. Conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: estudo de base populacional no município de Campinas, SP. *Epidemiol Serv Saude*. 2014;23(3):397-408. DOI:10.5123/S1679-49742014000300003
9. Dal Pizzol TS, Trevisol DJ, Heineck I, Flores LM, Camargo AL, Köenig A et al. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. *Cad Saude Publica*. 2010;26(4):827-36. DOI:10.1590/S0102-311X2010000400024
10. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(6):1439-46. DOI:10.1590/S0102-311X2012000100006

ⁿ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico e contagem da população. Rio de Janeiro; 2014. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela>

^o Carraro WBWH. Desenvolvimento econômico do Brasil e o Programa Aqui Tem Farmácia Popular: limitantes e potencialidades [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS; 2014.

11. Inocencio M, De Vivo B. Acesso a medicamentos: análise das estratégias do estado para o desenvolvimento do Programa Farmácia Popular. *Cad Gestao Publica Cidadania*. 2011;16(59):201-21. DOI:10.12660/cgpc.v16n59.3700
12. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):545-53. DOI:10.1590/S0102-311X2005000200021
13. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad Saude Publica*. 2011;27(3):521-32. DOI:10.1590/S0102-311X2011000300012
14. Pinto CB, Miranda ES, Emmerick IC, Costa Ndo R, Osório-de-Castro CGS. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):611-9. DOI:10.1590/S0034-89102010005000021
15. Pinto CB, Costa NR, Osório-de-Castro CG. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(6):2963-73. DOI:10.1590/S1413-81232011000600034
16. Portela AS, Leal AAF, Werner RPB, Simões MOS, Medeiros ACD. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. *Rev Cienc Farm Basica Apl*. 2010;31(1):9-14.
17. Ruppenthal LR, Petrovick PR. Comparação do perfil dos usuários e dos medicamentos dispensados na Farmácia Popular do Brasil e em drogaria privada em Porto Alegre, Brasil. *Latin Am J Pharm*. 2010;29(1):22-9.
18. Silva GOB, Gondim APS, Monteiro MP, Frota MA, Meneses ALL. Uso de medicamentos contínuos e fatores associados em idosos de Quixadá, Ceará. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):386-95. DOI:10.1590/S1415-790X2012000200016
19. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5-6):365-73. DOI:10.1590/S1020-49892002000500011
20. Trevisan L, Junqueira LAP. Gestão em rede do SUS e a nova política de produção de medicamentos. *Saude Soc*. 2010;19(3):638-52. DOI:10.1590/S0104-12902010000300015

Financiamento: Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES – Processo 23038.003968/2013-99).

Contribuição dos Autores: Revisão de literatura, elaboração do projeto, todas as etapas do trabalho de campo, análise dos dados e redação do artigo: VIAM. Elaboração do projeto, análise dos dados e redação do artigo: RDM. Participação do trabalho de campo, preparação do banco de dados e análise dos dados: BHL. Orientação de todas as etapas da pesquisa e revisão do artigo final: AGF.

Agradecimentos: À Marília Guttier pelo apoio na construção do banco de medicamentos.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

DESTAQUES

Esse estudo objetivou gerar evidências a respeito da utilização do programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) e dos motivos da não utilização entre idosos que fazem uso de medicamentos. Entre os idosos, a prevalência de utilização do PFPB foi de 56,8% e a de conhecimento do programa foi de 87,4%.

As principais barreiras para utilização do programa para aqueles que não conseguiram algum medicamento foram: o medicamento não fazer parte da lista do PFPB (74,0%), dificuldade em conseguir a receita médica (17,0%) e falta do medicamento (13,0%). Esses motivos foram mais acentuados para os idosos acima de 80 anos de idade.

Aproximadamente 45,0% deles relataram a falta de conhecimento sobre o programa e sobre os medicamentos disponíveis como motivo para não tentarem conseguir o medicamento pelo PFPB. Os idosos com 80 anos ou mais apresentaram também como motivo a dificuldade de deslocamento até a farmácia.

A ampliação da utilização do programa pode ser feita, em parte, pela ampliação da atenção domiciliar de forma a facilitar a obtenção da receita médica. Também é preciso divulgar, tanto para a população quanto para os médicos, a lista de medicamentos ofertados pelo programa. Formas de facilitar a compra por parentes ou cuidadores evitando a necessidade de deslocamento dos idosos também podem aumentar a sua utilização.

Rita de Cássia Barradas Barata
Editora Científica