

ESTABELECIMENTOS FARMACÊUTICOS PÚBLICOS E PRIVADOS NO ESTADO DE MINAS GERAIS, SEGUNDO DIVISÕES MICRORREGIONAIS, NO PERÍODO DE 2007 A 2012

Rivelle Dourado Pereira¹, Stela Márcia Pereira², Eric Francelino Andrade^{3*}, Luciano José Pereira², Joziana Muniz de Paiva Barçante².

¹ Especialista em Farmacologia: Atualização e Novas Perspectivas (FAP) - Universidade Federal de Lavras, Lavras, MG

² Professor(a) do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Lavras (UFLA), Lavras, MG

³ Doutorando em Ciências Veterinárias, Universidade Federal de Lavras (UFLA), Lavras, MG

* Departamento de Medicina Veterinária - Setor de Fisiologia e Farmacologia – Universidade Federal de Lavras – UFLA, Caixa Postal 3037 – Campus Universitário – Lavras, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: ericfrancelinoandrade@gmail.com

Recebido em: 31/03/2015 – Aprovado em: 15/05/2015 – Publicado em: 01/06/2015

RESUMO

A partir de políticas públicas que garantem o acesso universal e igualitário a serviços de saúde, destacou-se a importância do acesso a medicamentos. Com isso, a Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica através do programa “Aqui tem Farmácia Popular”, promoveu a implantação e modernização de estabelecimentos farmacêuticos públicos e particulares no Estado de Minas Gerais. Desta forma, objetivou-se com o presente estudo avaliar o crescimento do número de farmácias públicas e privadas entre os anos de 2007 e 2012 em Minas Gerais. Para tal foi acessado o banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Utilizou-se na busca, variáveis como: “microrregião”, período: “ano 2007 a 2012”, conteúdo: “SUS” e “particular”, “tipo de estabelecimento: farmácia”. Observou-se um aumento crescente do número de estabelecimentos privados e públicos no estado no período estudado, na ordem de 484% para os estabelecimentos públicos e 114% para os privados. Além disso, verificou-se que as microrregionais com maior densidade demográfica apresentavam maior número de farmácias particulares. Constatou-se maior incremento de estabelecimentos públicos no ano de 2009 e 2012 (60%). Enquanto no ano de 2010 houve menor incremento (1%) de estabelecimentos farmacêuticos públicos.

PALAVRAS-CHAVE: Farmácia. Políticas públicas, Serviços Comunitários de Farmácia.

PUBLIC AND PRIVATE PHARMACEUTICAL ESTABLISHMENTS IN THE STATE OF MINAS GERAIS, ACCORDING TO MICRO-REGIONAL DIVISIONS IN THE PERIOD 2007-2012

ABSTRACT

From public policies that guarantee the universal and equitable access to health services, highlighted the importance of access to medicines. With this, the National Drug Policy and pharmaceutical assistance through the program "Here's People's Pharmacy", promoted the establishment and modernization of public and private pharmacy outlets in the state of Minas Gerais. Thus, the aim of this study was to evaluate the growth of number of public and private pharmacies between the years 2007 and 2012 in Minas Gerais. To this, was accessed the database of the Department of the Unified Health System (DATASUS). We used in the search variables such as "microregion", period: "year 2007 to 2012", content: "SUS" and "private", "type of establishment: pharmacy". There was an increase in number of private and public institutions in the State during the evaluated period, on the order of 484 % to 114 % and public facilities to private. Furthermore, it was found that the most densely populated micro-regional a higher number of private pharmacies. There was a higher increase in public establishments in 2009 and 2012 (60 %). While in 2010 there was a smaller increase (1 %) of public pharmacies.

KEYWORDS: Pharmacy. Community Pharmacy Services. Public Policies.

INTRODUÇÃO

A constituição federal brasileira, em seu artigo 196, estabelece que, é função do Estado garantir, através de políticas públicas, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1998). Adicionalmente, a lei orgânica da saúde (BRASIL, 1990) explicitou a importância do acesso a medicamentos, ao estabelecer que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Deste modo, os sistemas de atenção à saúde têm o propósito de promover, restaurar e manter a saúde de uma população, com o intuito de atingir os seguintes objetivos: alcançar um nível ótimo de saúde que seja distribuído de forma equitativa; garantir uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; promover o acolhimento humanizado dos cidadãos; proporcionar a provisão de serviços seguros e efetivos; e prestar serviços eficientes (BENNETT et al., 2000).

Neste contexto, com o objetivo de implementar o dispositivo constitucional, a partir de 1998 o Ministério da Saúde (MS) colocou em pauta a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1998). A partir de então, intensificou-se a estruturação de programas de assistência farmacêutica, com o propósito de melhorar o acesso da população aos medicamentos, seja por meio de aquisição direta e envio desses medicamentos aos municípios, ou pelo repasse de recursos financeiros para aquisição de medicamentos (VIEIRA, 2008). Assim, foi instituído o "Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica (PAB) para a Assistência Farmacêutica Básica", que se trata de uma ação prevista no orçamento (VIEIRA, 2008).

Com a implantação da Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, e corroborando com a Nota Técnica Conjunta do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (SES-MG, 2013), torna-se cada vez mais necessário garantir a farmácia como uma unidade de apoio, ou seja, o *locus operandi* da Assistência Farmacêutica. Esse espaço é identificado como uma estrutura física que permite não somente a guarda correta de medicamentos, como também um espaço humanizado de atendimento aos usuários do SUS dotado de um sistema de informação eficiente aos interesses do conjunto dos programas e ações de saúde (PAULA et al., 2009).

Tal política contempla, além das unidades próprias, a modalidade do sistema de co-pagamento através de parcerias com as farmácias da rede privada, recebendo o nome “Aqui tem Farmácia Popular”. Entretanto, nas farmácias privadas o sistema de co-pagamento abrange apenas 12 medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão e diabetes, além de anticoncepcionais (BRASIL, 2004).

Ante o exposto, e frente aos incentivos repassados aos municípios para reformulação da Assistência Farmacêutica, quanto à implantação e modernização de farmácias, o presente estudo visou investigar o crescimento do número de estabelecimentos farmacêuticos públicos e privados no estado de Minas Gerais, segundo as divisões microrregionais, no período de 2007 a 2012, com vistas à avaliação do impacto destes programas no crescimento de estabelecimentos no estado.

MATERIAL E MÉTODOS

Caracterização do estudo e da amostra

Tratou-se de uma pesquisa com caráter longitudinal, constituída de um estudo observacional descritivo. A amostra foi composta pelos estabelecimentos do tipo farmácia, públicas e particulares, cadastradas no Programa Farmácia Popular, notificadas no DATASUS segundo microrregião do estado de Minas Gerais, no período de 2007 a 2012.

Foram utilizados dados provenientes do banco de dados, de domínio público, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

Variáveis investigadas

Foram compilados os dados referentes ao número de estabelecimentos farmacêuticos públicos e privados cadastrados no DATASUS, no estado de Minas Gerais, segundo as divisões microrregionais no período de 2007 a 2012.

A busca foi feita no site do DATASUS: “Rede Assistencial”, “Informações de Saúde (TABNET)”, “CNES - Estabelecimentos”, “Tipo de Atendimento Prestado - Farmácia ou Cooperativa”, “estado: Minas Gerais”, as variáveis optadas foram: “microrregião”, período: “ano 2007 a 2012”, conteúdo: “SUS” e “particular”, “tipo de estabelecimento: farmácia”.

Análise dos Dados

Os dados coletados foram analisados por meio de análise exploratória descritiva e foram agrupados em tabelas e gráficos contendo informações, tais como frequência absoluta e relativa das variáveis coletadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2009 as microrregiões que apresentaram maior incremento da frequência do número de estabelecimentos públicos foram: Belo Horizonte, Passos, Uberlândia e Barbacena (Tabela 1). No ano de 2010 as microrregiões que apresentaram maior aumento da frequência de estabelecimentos farmacêuticos públicos: Belo Horizonte, Divinópolis, Alfenas e Itajubá. Já em 2011, as microrregiões com maior aumento da frequência de estabelecimentos públicos foram Belo Horizonte, Passos, Juiz de Fora, Varginha e Barbacena (Tabela 1).

TABELA 1: Frequência dos estabelecimentos farmacêuticos públicos, segundo microrregião, no estado de Minas Gerais

Microrregião	2007 (n=37)		2008 (n=53)		2009 (n=85)		2010 (n=86)		2011 (n=135)		2012 (n=216)	
	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%
B Horizonte	2	5,4%	16	30,1%	18	21,2%	21	24,4%	25	18,5%	28	12,9%
Passos	1	2,7%	1	1,8%	7	8,2%	7	8,1%	8	5,9%	9	4,2%
Juiz de Fora	3	8,1%	3	5,6%	3	3,5%	2	2,3%	7	5,2%	12	5,6%
Montes Claros	4	0,0%	4	7,5%	4	4,7%	4	4,7%	4	3,0%	5	2,3%
Teófilo Otoni	2	5,4%	2	3,7%	4	4,7%	3	3,5%	3	2,2%	3	1,4%
Gov. Valadares	1	2,7%	1	1,8%	2	2,4%	3	3,5%	3	2,2%	6	2,8%
Varginha	1	2,7%	1	1,8%	2	2,4%	2	2,3%	4	3,0%	6	2,8%
Uberlândia	2	5,4%	2	3,7%	3	3,5%	2	2,3%	2	1,5%	5	2,3%
Barbacena	1	2,7%	1	1,8%	3	3,5%	2	2,3%	4	3,0%	8	3,7%
Divinópolis	1	2,7%	1	1,8%	-	0,0%	3	3,5%	3	2,2%	4	1,9%
Alfenas	1	2,7%	1	1,8%	1	1,2%	2	2,3%	3	2,2%	5	2,3%
Ubá	1	2,7%	1	1,8%	2	2,4%	2	2,3%	3	2,2%	3	1,4%
Araxá	-	0,0%	-	0,0%	2	2,4%	2	2,3%	3	2,2%	4	1,9%
S. Lourenço	-	0,0%	1	1,8%	2	2,4%	2	2,3%	3	2,2%	4	1,9%
Muriaé	-	0,0%	1	1,8%	2	2,4%	2	2,3%	3	2,2%	4	1,9%
Patos de Minas	1	2,7%	1	1,8%	1	1,2%	1	1,2%	4	3,0%	4	1,9%
Januária	1	2,7%	1	1,8%	2	2,4%	2	2,3%	2	1,5%	2	-0,9%
S. Seb. Paraíso	-	0,0%	-	0,0%	2	2,4%	2	2,3%	2	1,5%	2	0,9%
Itajubá	-	0,0%	-	0,0%	1	1,2%	2	2,3%	3	2,2%	3	1,4%
S J del Rei	1	2,7%	1	1,8%	1	1,2%	1	1,2%	2	1,5%	3	1,4%
Bom Despacho	-	0,0%	-	0,0%	2	2,4%	2	2,3%	2	1,5%	3	1,4%
Frutal	-	0,0%	-	0,0%	2	2,4%	2	2,3%	2	1,5%	3	1,4%
Ituiutaba	1	2,7%	1	1,8%	1	1,2%	1	1,2%	1	0,7%	5	2,3%
P. Caldas	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	2	2,3%	3	2,2%	3	1,4%

Patrocínio	1	2,7%	1	1,8%	1	1,2%	1	1,2%	1	0,7%	3	1,4%
Itabira	1	2,7%	1	1,8%	2	2,4%	1	1,2%	1	0,7%	3	1,4%
S Rita Sapucaí	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	2	2,3%	2	1,5%	4	1,9%
Paracatu	-	0,0%	-	0,0%	1	1,2%	1	1,2%	2	1,5%	3	1,4%
Uberaba	1	2,7%	1	1,8%	1	1,2%	1	1,2%	1	0,7%	2	0,9%
Manhuaçu	1	2,7%	1	1,8%	2	2,4%	1	1,2%	1	0,7%	2	0,9%
Ponte Nova	1	2,7%	1	1,8%	1	1,2%	-	0,0%	1	0,7%	4	1,9%
Pirapora	1	2,7%	1	1,8%	1	1,2%	-	0,0%	2	1,5%	3	1,4%
Cataguases	1	2,7%	1	1,8%	1	1,2%	1	1,2%	1	0,7%	2	0,9%
Almenara	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	2	1,5%	6	2,8%
Andrelândia	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	3	2,2%	4	1,9%
Unaí	1	2,7%	1	1,8%	1	1,2%	-	0,0%	-	0,0%	4	1,9%
Pedra Azul	1	2,7%	1	1,8%	1	1,2%	-	0,0%	1	0,7%	2	0,9%
Viçosa	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	1,2%	2	1,5%	5	2,3%
Curvelo	-	0,0%	-	0,0%	1	1,2%	1	1,2%	2	1,5%	2	0,9%
P. Alegre	1	2,7%	1	1,8%	1	1,2%	-	0,0%	-	0,0%	2	0,9%
Campo Belo	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	2	1,5%	2	0,9%
Janaúba	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	2	1,5%	4	1,9%
Lavras	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	2	1,5%	2	0,9%
Três Marias	-	0,0%	-	0,0%	1	1,2%	1	1,2%	1	0,7%	1	0,5%
Pará de Minas	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	1,2%	1	0,7%	1	0,5%
Piuí	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	2	1,5%	3	1,4%
Sete Lagoas	1	2,7%	1	1,9%	1	1,2%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Diamantina	1	2,7%	1	1,9%	1	1,2%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Cons. Lafaiete	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	0,7%	4	1,9%
Grão Mogol	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	2	1,5%	2	0,9%
Ipatinga	1	2,7%	1	1,9%	1	1,2%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Salinas	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	3	1,4%
Ouro Preto	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	0,7%	1	0,5%
Capelinha	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	0,5%
Caratinga	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	0,5%
Nanuque	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	3	1,4%
Oliveira	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	0,5%
Formiga	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	0,5%
Itaguara	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	0,5%

Fonte: DATASUS

Constatou-se que em 2011 o número de estabelecimentos farmacêuticos particulares segundo microrregião era de 74. As microrregiões que aumentaram a frequência de estabelecimentos particulares foram: Patos de Minas, Alfenas, Conselheiro Lafaiete e Varginha (Tabela 2).

Em 2010, existiam 54 estabelecimentos particulares, de acordo com as microrregiões, sendo que as que apresentaram maior incremento da frequência de farmácias particulares foram: Alfenas, Juiz de Fora e Itajubá (Tabela 2).

TABELA 2: Frequência dos estabelecimentos farmacêuticos particulares, segundo microrregião, no estado de Minas Gerais

Microrregião	2007 (n=43)		2008 (n=43)		2009 (n=49)		2010 (n=54)		2011 (n=74)		2012 (n=92)	
	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%
B Horizonte	21	48,8%	19	44,2%	19	38,8%	18	33,3%	18	24,3%	20	21,7%
Itabira	6	14,0%	5	11,6%	5	10,2%	5	9,3%	5	6,8%	5	5,4%
Patos de Minas	-	-	-	0,0%	1	2,0%	1	1,9%	10	13,5%	10	10,9%
Alfenas	-	-	1	2,3%	2	4,1%	3	5,6%	5	6,8%	5	5,4%
Juiz de Fora	2	4,7%	2	4,7%	2	4,1%	3	5,6%	3	4,1%	3	3,3%
Divinópolis	2	4,7%	2	4,7%	2	4,1%	2	3,7%	2	2,7%	2	2,2%
Sete Lagoas	2	4,7%	2	4,7%	2	4,1%	2	3,7%	2	2,7%	2	2,2%
Patrocínio	1	2,3%	1	2,3%	1	2,0%	3	5,6%	3	4,1%	1	1,1%
Cons. Lafaiete Bom	-	0,0%	-	0,0%	1	2,0%	1	1,9%	4	5,4%	4	4,3%
Despacho Oliveira	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	11	12,0%
Viçosa	1	2,3%	1	2,3%	1	2,0%	1	1,9%	1	1,4%	1	1,1%
Ubá	1	2,3%	1	2,3%	1	2,0%	1	1,9%	1	1,4%	1	1,1%
Ouro Preto	1	2,3%	1	2,3%	1	2,0%	1	1,9%	1	1,4%	1	1,1%
Ipatinga	1	2,3%	1	2,3%	1	2,0%	1	1,9%	1	1,4%	1	1,1%
Manhuaçu	1	2,3%	1	2,3%	1	2,0%	1	1,9%	1	1,4%	1	1,1%
Ponte Nova	1	2,3%	1	2,3%	1	2,0%	1	1,9%	1	1,4%	1	1,1%
S J del Rei	1	2,3%	1	2,3%	1	2,0%	1	1,9%	1	1,4%	1	1,1%
Muriaé	1	2,3%	1	2,3%	1	2,0%	1	1,9%	1	1,4%	1	1,1%
Nanuque	-	0,0%	1	2,3%	1	2,0%	1	1,9%	1	1,4%	1	1,1%
Varginha	-	0,0%	-	0,0%	1	2,0%	1	1,9%	2	2,7%	2	2,2%
Gov. Valadares	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	1,9%	1	1,4%	4	4,3%
Uberaba	-	0,0%	1	2,3%	1	2,0%	1	1,9%	1	1,4%	-	0,0%
Cataguases	1	2,3%	1	2,3%	1	2,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	1,1%
Formiga	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	2	2,7%	2	2,2%
Itajubá	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	1,9%	1	1,4%	2	2,2%
Pará de Minas	-	0,0%	-	0,0%	1	2,0%	1	1,9%	-	0,0%	1	1,1%
Campo Belo	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	1,4%	1	1,1%
Diamantina	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	1,4%	1	1,1%
Piuí	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	1,4%	1	1,1%
S. Seb. Paraíso Montes	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	1,4%	-	0,0%
Claros	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Frutal	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	1,10%

Fonte: DATASUS

No ano de 2012 havia 92 farmácias, públicas e privadas considerando todas as microrregiões. As microrregiões que apresentaram maior aumento da frequência de estabelecimentos particulares foram: Bom Despacho (12,0%), Oliveira (4,3%), Governador Valadares (4,3%), Itajubá (2,2%).

Houve aumento de 484% no número de estabelecimentos farmacêuticos públicos, segundo microrregião, no estado de Minas Gerais, entre os anos de 2007 e 2012 (Tabela 3). Este aumento corrobora com as novas políticas públicas implantadas neste período já que uma das estratégias empregadas pelo governo, para garantir a população acesso a medicamentos, foi a proposta da descentralização da Assistência Farmacêutica para estados e municípios, iniciada a partir de 1996 com a NOB 96 (Norma Operacional Básica) e mais tarde com a Portaria nº 176, de 8 de março de 1999 (BRASIL, 1996; BRASIL, 1999).

TABELA 3: Evolução dos estabelecimentos públicos e particulares, no estado de Minas Gerais, no período de 2007 a 2012.

	Período (anos)					2007- 2012
	2007- 2008	2008- 2009	2009- 2010	2010- 2011	2011- 2012	
Total de estabelecimentos públicos	43%	60%	1%	57%	60%	484%
Total de estabelecimentos particulares	0%	14%	10%	37%	24%	114%

Fonte: DATASUS

A descentralização trouxe para os gestores a responsabilidade do ciclo da Assistência Farmacêutica, tarefa esta que envolve atividades de planejamento, organização, coordenação, acompanhamento e avaliação (UGÁ et al., 2003). Entretanto, aparentemente não são todos os estados e municípios que vêm logrando executar essas atividades de forma satisfatória. Um fato que viria corroborar esta hipótese seria o crescente número de processos judiciais impetrados pela população contra o Estado na tentativa de obter medicamentos. Estes se relacionam principalmente aos medicamentos de alto custo. No entanto, entre os processos podem ser encontrados também, pedidos de medicamentos essenciais da atenção básica que, teoricamente, deveriam estar sempre disponíveis nas unidades públicas de dispensação (MESSEDER, 2005).

Nesse sentido, o Programa Farmácia Popular do Brasil foi instituído em 20 de maio de 2004 através do Decreto nº 5.090, com o principal objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais. Constitui-se então, como um serviço estratégico do Ministério da Saúde, inserido em sua política de medicamentos, já que os medicamentos que fazem parte da lista disponível nas farmácias populares foram incluídos na política de desenvolvimento industrial do Governo Federal (BRASIL, 2004).

O Programa Farmácia Popular possui três modelos de unidades, sendo o modelo 1 aquele cujas unidades estão sob gestão da Fiocruz; o modelo 2, cujas

unidades são estabelecidas através de parcerias da Fiocruz com estados, municípios, órgãos, instituições e entidades sem fins lucrativos; e o modelo 3, estabelecido através de farmácias privadas credenciadas a disponibilizar medicamentos através do Programa, sob gestão direta do MS, sem participação da Fiocruz (SANTOS-PINTO et al., 2011).

O Programa surge como estratégia de ampliação do acesso, simultaneamente colocando em questão a efetividade da descentralização da Assistência Farmacêutica, retornando ao modelo de compra centralizada de medicamentos que tem se mostrado eficiente para os Programas sob a responsabilidade do Governo federal (SANTOS-PINTO et al., 2011).

Adicionalmente, a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a distribuir, mediante o ressarcimento dos custos, os medicamentos essenciais para a Farmácia Popular do Brasil. Assim, o ressarcimento de custos neste programa não visa lucro para as unidades do programa e nem para os que as mantêm (BRASIL, 2004; OLIVEIRA et al., 2007).

De acordo com os resultados, percebe-se um aumento expressivo (43%) da frequência de estabelecimentos farmacêuticos públicos do ano de 2007 para 2008. Tal fato pode ser justificado pela implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil, que neste primeiro momento contava com sedes próprias em parceria com o governo federal, estado e município. Em 2007 eram 43 farmácias particulares, segundo microrregião. As microrregiões que apresentaram maiores frequências de estabelecimentos farmacêuticos particulares foram Belo Horizonte (48,80%), Itabira (14%), Juiz de Fora (4,7%), Divinópolis (4,70%) e Ipatinga (2,30%).

Observou-se, o aumento de 60% do número de estabelecimentos particulares no ano de 2009, em relação ao ano de 2007. Tal aumento foi de 57% no ano de 2011. O que se justifica novamente pela implantação do Programa Farmácia de Minas, programa do governo estadual, em 2008 com o intuito de descentralizar a Assistência farmacêutica. As unidades da Rede Farmácia de Minas dispõem gratuitamente medicamentos essenciais de atenção primária à população, mediante receita médica, com orientação farmacêutica e atendimento humanizado.

A desaceleração no incremento do número de estabelecimentos públicos entre os anos de 2009 a 2010 pode ser justificada pelo fato de que, em 2010, foram abertos novos editais para construção de novas farmácias de Minas, que contemplariam outros municípios, além de que a inauguração seria depois de dois anos (neste caso, o ano de 2011).

Em 2012 houve aumento de 60% de farmácias públicas nas microrregiões, sendo os maiores, respectivamente, em Passos (4,17%), Juiz de Fora (5,56%), Montes Claros (2,31%), Governador Valadares (2,78%), Varginha (2,78%) e Barbacena (3,70%).

Houve aumento de 114%, na frequência de farmácias particulares, segundo microrregiões, no estado de Minas Gerais no período de 2007 a 2012. Este acréscimo no número de estabelecimentos farmacêuticos particulares se justifica pelo fato de que em 2006, o Programa Farmácia Popular do Brasil, se expandiu e alcançou a rede privada (drogarias) com um sistema de co-pagamento, no qual o cliente pagava um valor mínimo e o governo federal subsidiava o restante, o que passou a ser chamado de “Aqui Tem Farmácia Popular” (MACHADO-DOS-SANTOS, 2002; SANTOS, 2013).

Em 2007 e 2008 percebe-se que as microrregiões com maior densidade demográfica apresentavam maior número de farmácias particulares (Figura 1), como é o caso de Belo Horizonte com 48,80% de estabelecimentos, Itabira com 14,00%, Juiz de Fora com 4,70%.

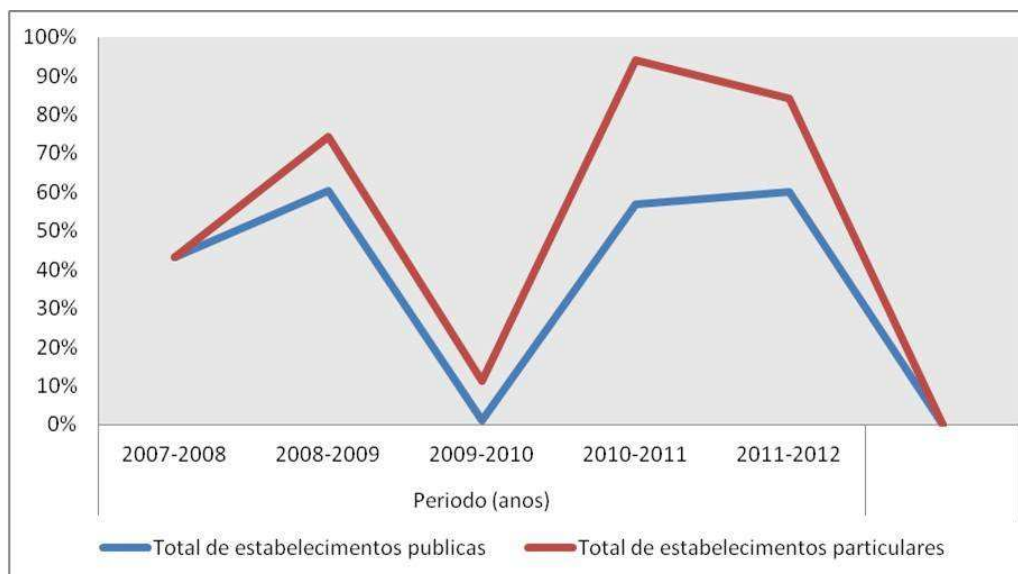


FIGURA 1: Crescimento do número de estabelecimentos do estado de Minas Gerais, no período de 2007 a 2012. Fonte dos dados: DATASUS

Segundo as diretrizes do Programa Farmácia Popular do Brasil, as unidades deveriam ser instaladas, prioritariamente, em locais estratégicos, municípios em que o perfil socioeconômico da população fosse compatível com os objetivos do Programa, com população que utiliza o setor privado e sobre a qual os custos do tratamento medicamentoso incidem de forma mais importante (SANTOS-PINTO et al., 2011). Os municípios candidatos a receber unidades do Programa deveriam atender ao critério de possuírem mais de 100.000 habitantes, no estado de São Paulo, e mais de 70.000 habitantes nos demais estados do país.

Observou-se que microrregionais com menor densidade demográfica, passaram a apresentar farmácias particulares, a partir do ano 2010. Isso pode ser justificado, já que, uma vez atendidas às regiões estratégicas, foi dada alternativa para aqueles municípios que não atingiam tais critérios populacionais. Estes poderiam possuir unidades que atendessem a uma microrregião, levando-se em consideração a importância regional, a área abrangida e a acessibilidade (SANTOS-PINTO et al., 2011).

Percebeu-se em 2011 um aumento de 37% dos estabelecimentos particulares, e em 2012 este valor foi de 24%. Fato que se deve à ampliação do “Aqui tem Farmácia Popular”, pelo governo federal que implantou em 2011 o programa “Saúde Não Tem Preço”, que visava um maior acesso da população a medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, que são gratuitos.

A Resolução SES Nº 1795, de 11 de março de 2009, altera a Resolução SES/MG nº 1.416, de 21 de fevereiro de 2008, sobre o Programa de Estruturação da Rede Farmácia de Minas, no qual, dispensarão gratuitamente à população

medicamentos para atenção primária, vinculados à prestação de serviços farmacêuticos, possibilitando uma integração maior com os outros serviços de saúde oferecidos no município e nas regiões de saúde do estado de Minas Gerais, propondo transformar a farmácia em um estabelecimento de saúde.

Apesar dos esforços dos gestores do Sistema Único da Saúde (SUS), a dificuldade de garantir o abastecimento regular de medicamentos essenciais no serviço público tem sido um dos pontos críticos das ações de saúde. O retrato dessa situação é que os usuários, após consulta médica, nem sempre têm acesso aos medicamentos prescritos para os seus tratamentos. Mesmo com os recursos financeiros disponibilizados pelas três esferas de governo para a aquisição de medicamentos pactuados por meio de Portarias Ministeriais e Resoluções Estaduais é comum encontrar a situação descrita, que pode ser explicada por deficiências técnicas e gerenciais da Assistência Farmacêutica (VIANA et al., 2002).

O programa Farmácia Popular tem uma capilaridade e junto com o governo tem um importante papel de propor transferência de renda, trazendo economia as famílias. A oferta de medicamentos gratuitos na rede “Aqui Tem Farmácia Popular”, “Saúde Não Tem Preço”, é resultado de um acordo entre o Ministério da Saúde. O programa conta com o repasse de recursos aos estabelecimentos parceiros. O acordo beneficia 33 milhões de brasileiros hipertensos e 7,5 milhões de diabéticos (SANTOS-PINTO et al., 2011). Além de ajudar no orçamento das famílias mais humildes, que comprometem 12% de suas rendas com medicações. As farmácias e drogarias que não efetuarem a renovação no prazo estipulado, terão a conexão com o DATASUS bloqueada até sua regularização.

CONCLUSÃO

Por meio dos achados do presente estudo foi possível identificar um aumento expressivo no número de estabelecimentos no estado no período de 2007 a 2012. Ademais, observou-se um aumento crescente do número de estabelecimentos privados e públicos no estado no período estudado, na ordem de 484% para os estabelecimentos públicos e 114% para os privados. Além disso, verificou-se que as microrregionais com maior densidade demográfica apresentavam maior número de farmácias particulares.

Constatou-se maior incremento de estabelecimentos públicos no ano de 2009 e 2012 (60%). Enquanto no ano de 2010 houve menor incremento (1%) de estabelecimentos farmacêuticos públicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Lei n.º 8.080. Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília (DF); 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. **Aprova a NOB-SUS 01/96.** Brasília (DF); 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. **Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos.** Brasília (DF); 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 176, de 8 de março de 1999. **Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos.** Brasília (DF); 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Brasília (DF); 2004.

BENNETT, S.; QUICK, J. D.; VELÁSQUEZ, G. **Public-private roles in the pharmaceutical sector: implications for equitable access and rational drug use.** World Health Organization. Geneva, 1997. 103p.

MACHADO-DOS-SANTOS, S. A política de fármacos eleva a política de saúde. In: Negri B, Viana ALA. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios.** São Paulo: Sobravime, p. 353-387.2002.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 525–534, abr. 2005.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, Z. J. A.; CASTRO, S. G. C. O. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 112 p.

PAULA, P. A. B.; ALVES, T.N.P.; VIEIRA, R.C.P.A.; SOUZA, A.I.S. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1111–1125, 2009.

SANTOS, N. R. DOS. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273–280, jan. 2013.

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

SES-MG (Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais). **Rede Farmácia de Minas. Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica: Uma estratégia para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS.** Belo Horizonte: SES, 2013, 50p.

UGÁ, M. A.; PIOLA, S. F.; PORTO, S. M.; VIANNA, S. M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 417–437, 2003.

VIANA, A. L. D'ÁVILA et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. Suppl., p. S139–S151, 2002.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.