

# ACESSO À MEDICAMENTOS POR PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS PELO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR: UMA REVISÃO

Gardênia Correia Lima<sup>1</sup>

Nathália Andrade Mota<sup>2</sup>

Ingrid Borges Siqueira<sup>3</sup>

Instituto de Tecnologia e Pesquisa



cadernos de  
graduação

ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1769

ISSN ELETRÔNICO 2316-3151

## RESUMO

A complexidade das Doenças Crônicas não Transmissíveis e seus impactos sobre as internações e mortalidade, instigam a verificação da efetividade das ações que melhoram o acesso a medicamentos, um destes instrumentos de ampliação é o Programa Farmácia Popular do Brasil. Desta forma, o objetivo deste trabalho é apresentar por meio de uma revisão da literatura as relações entre o Programa Farmácia Popular e o tratamento de pacientes com Doenças Crônicas não Transmissíveis, determinando os medicamentos essenciais de acesso à população, para promoção e proteção da saúde. Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo e documental, a partir das bases de dados *Scielo*, *Science Direct*, *PubMed*, teses e dissertações incluindo as publicações em português e inglês que abordavam o tema, sendo utilizados os descritores disponíveis no DeCs: Acesso aos Medicamentos Essenciais, Política Nacional de Medicamentos, Doenças Crônicas não Transmissíveis, Farmacoterapia, Assistência Farmacêutica, publicados no período de 2010 a 2021. Levantando de 60 publicações, com uma redução para 27 após os critérios de inclusão e exclusão pactuados. A literatura descreve que com a implementação do PFPB, e a consequente ampliação do acesso à medicamentos, foi possível reduzir as taxas de internações e óbitos decorrentes de complicações das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente relacionadas à diabetes e hipertensão. É de suma importância estudos que comprovem resultados da implementação do PFPB, uma vez que ele é capaz de reduzir taxas de óbitos e hospitalizações atreladas a DCNT.

## PALAVRAS-CHAVE

Acesso a Medicamentos. Doenças Crônicas não Transmissíveis. Programa Farmácia Popular. Política Nacional de medicamentos.

## ABSTRACT

The complexity of Non-Communicable Chronic Diseases and their impacts on hospitalizations and mortality, instigate the verification of the effectiveness of actions that improve access to medicines, one of these expansion instruments is the Popular Pharmacy Program in Brazil. In this way, the objective of this work is to present, through a literature review, the relationship between the Popular Pharmacy Program and the treatment of patients with Chronic Non-Communicable Diseases, determining the essential medicines of access to the population, for the promotion and protection of health. This is a descriptive and documentary bibliographic review, based on the Scielo, Science Direct, PubMed databases, theses, and dissertations, including publications in Portuguese and English that addressed the topic, using the descriptors available in DeCs: Access to Essential Medicines, National Medicines Policy, Non-Communicable Chronic Diseases, Pharmacotherapy, Pharmaceutical Assistance, published in the period from 2010 to 2021. Rising from 60 publications, with a reduction to 27 after the agreed inclusion and exclusion criteria. The literature describes that with the implementation of the PFPB, and the consequent expansion of access to medicines, it was possible to reduce the rates of hospitalizations and deaths resulting from complications of chronic non-communicable diseases, mainly related to diabetes and hypertension. Studies that prove the results of the implementation of the PFPB are of paramount importance since it is capable of reducing rates of deaths and hospitalizations linked to NCDs.

## KEYWORDS

Access to medicines. Chronic Non-Communicable Diseases. Popular Pharmacy Program. National Medicines Policy.

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são patologias de origem não infecciosa, prolongadas, podendo desencadear incapacidades funcionais, além disso são determinadas por fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, má alimentação, alcoolismo, fatores genéticos e desigualdades sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; MALTA *et al.*, 2017).

As doenças cardiovasculares, respiratórias, metabólicas e as neoplasias malignas compreendem as principais DCNT. Anualmente são responsáveis pela morte de 41 milhões de pessoas, correspondendo a 71% de todos os óbitos no mundo (WHO, 2018). No Brasil, essas doenças estiveram envolvidas em cerca de 56,9% das mortes no ano de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Diante desse cenário, as DCNT se tornaram prioridades do governo, visto que acometem mais pessoas de baixa renda e baixa escolaridade. Os medicamentos são

o cerne do sistema de saúde, e garantir o acesso a eles é um direito humano fundamental; são indispensáveis para o controle, prevenção e cura das doenças, e melhoram a qualidade de vida à medida que reduzem a morbimortalidade atrelada aos distúrbios agudos e crônicos (BERMUDEZ, 2014; TAVARES *et al.*, 2016).

O direito universal a medicamentos fomentou o desenvolvimento de políticas públicas. Após a desativação da Central de Medicamentos em 1997, o Ministério da Saúde (MS) aprovou em 30 de Outubro de 1998 a Política Nacional de Medicamentos (PNM) por meio da portaria nº 3.916 (BRASIL, 1998).

Os brasileiros obtêm seus medicamentos principalmente de três maneiras: compra direta no mercado privado, gratuitamente por meio do atendimento pela rede pública de serviços de saúde (SUS) e pelo Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) (OLIVEIRA, 2016).

O PFPB foi criado por meio da Lei 10.858, de 13 de abril de 2004 e pelo Decreto n.º 5.090, de 20 de maio de 2004 (BRASIL, 2004), que orientam o programa até o momento. É uma política pública brasileira de copagamento de medicamentos sobre os indicadores de saúde, sendo uma estratégia que objetiva a ampliação do acesso da população aos medicamentos básicos e essenciais, que diminui o impacto dos gastos com medicamentos no orçamento familiar (SANTOS-PINTO; COSTA; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2011).

Desta forma, o objetivo deste trabalho é avaliar por meio de uma revisão da literatura as relações entre o PFPB e o tratamento de pacientes com Doenças Crônicas não Transmissíveis, determinando os medicamentos essenciais de acesso à população, para promoção e proteção da saúde.

## 2 METODOLOGIA

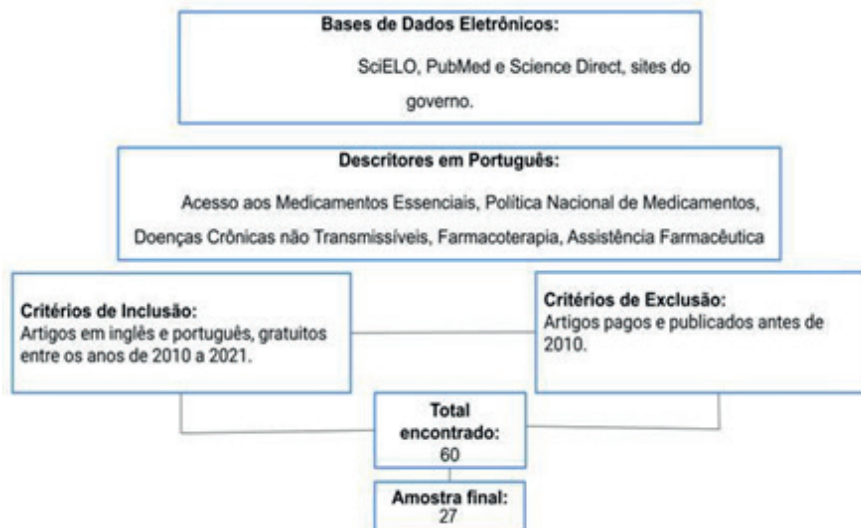
O estudo se refere a uma pesquisa bibliográfica de caráter descritivo e documental, na qual, ilustra os pensamentos obtidos por meio da análise dos resultados dos artigos averiguados, seguindo as etapas da elaboração da pergunta norteadora; busca na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos; discussão dos resultados e apresentação da revisão (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

Para a investigação bibliográfica foram utilizados 27 artigos científicos, pesquisados nas bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED) e *ScienceDirect*. A alternativa em usar como suporte os dados NCBI – PubMed e o *ScienceDirect*, ocorreu devido à facilidade em realizar uma pesquisa mais eficaz, atualizada, fundamentada e segura.

Os descritores foram definidos por meio do Descritores em Ciências da Saúde (DECS) em português: Acesso aos Medicamentos Essenciais, Política Nacional de Medicamentos, Doenças Crônicas não Transmissíveis, Farmacoterapia, Assistência Farmacêutica em inglês: *Access to Essential Medicines, National Drug Policy, Non-communicable Diseases, Drug Therapy, Pharmaceutical Services* (FIGURA 1). Além disso, foram utilizadas monografias, dissertações e teses incluídas nos bancos de pes-

quisa de instituições renomadas, relacionados à temática desenvolvida no Trabalho de Conclusão de Curso.

**Figura 1** – Seleção do material de pesquisa de literatura



Fonte: Elaboração própria (2021).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

#### 3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças de progressão lenta, caracterizadas por diferentes etiologias, que duram três meses ou mais, onde os pacientes experimentam ciclos repetidos de melhora e/ou agravamentos, sendo de origem não infecciosa (KIM *et al.*, 2018).

As quatro principais DCNT são hipertensão arterial, diabetes, câncer e doenças do trato respiratório e a probabilidade de desenvolver uma dessas DCNT está atrelada a fatores não modificáveis (idade, genética e sexo) e modificáveis (tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, obesidade) intensificados por fatores socioeconômicos, culturais e ambientais. Atingem principalmente os grupos vulneráveis, como os idosos e pessoas de baixa renda e escolaridade, onde o tratamento compromete ainda mais essa renda, uma vez que diminui recursos destinados às necessidades básicas como moradia, alimentação e educação, além de causar uma sobrecarga no sistema de saúde (SATO *et al.*, 2017; BRASIL, 2011).

Em 2017 a mortalidade envolvendo essas doenças equivaleu a 56,9% e tem-se como propósito diminuir em 25% os óbitos por doenças crônicas não transmissíveis até 2025 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020; OPAS, 2015).

## 3.2 EPIDEMIOLOGIA DAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

### 3.2.1 Diabetes

Diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica onde os níveis de açúcar permanecem elevados, caracterizando a hiperglicemia. Isso pode ser decorrente da irregularidade da ação e/ou secreção da insulina, resultando em sintomas como perda de peso, poliúria, polidipsia, visão turva e até falência de diferentes órgãos (WOJCIECHOWSKA *et al.*, 2016; AMERICAN ..., 2013).

O diabetes acometeu 12 milhões de brasileiros em 2015, podendo alcançar projeções de 23,3 milhões de pessoas em 2040, ocupando a 4ª posição no ranking de países com população que são mais acometidas pela patologia, perdendo apenas para China, Índia e EUA (Ministério da Defesa, 2021).

### 3.2.2 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS

As doenças respiratórias são definidas como infecções que trazem como consequência o tamponamento da passagem de ar para as vias respiratórias e estão entre as infecções com maior taxa de morbimortalidade globalmente. Isso ocorre pela fácil inalação durante exposições ambientais relacionadas à poluição. (SUNDEEP, 2018; FILHO *et al.*, 2017). Podem-se destacar a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, doenças pulmonares intersticiais, pneumoconiose e sarcoidose pulmonar, sendo as duas primeiras mais frequentes (LABAKI; HAN, 2020).

A DPOC está ocupando a quarta principal causa de morte no Brasil, responsável por 4,83% dos óbitos. Com relação a asma, cerca de 495 mil pessoas morreram em 2017 decorrente da mesma. Além disso, houve um dado em 2018 de 197.568 internações no sistema único de saúde (SUS) com relação a essas duas principais condições patológicas (LEAL, 2019).

### 3.2.3 Hipertensão

Determinada pelos altos níveis sustentados de pressão arterial (PA), a hipertensão é causada por diversos fatores, como excesso de peso, uso exagerado de sódio, sedentarismo, entre outros, além dos distúrbios metabólicos que são determinantes para o seu desenvolvimento, a exemplo de dislipidemias e diabetes (MENEZES; PORTES; SILVA, 2020; BAZÍLIO *et al.*, 2021).

A hipertensão é o principal fator de risco para o desenvolvimento de problemas cerebrovasculares e cardíacos. Mundialmente, cerca de 31,1% das pessoas, o que equivale a 1,39 bilhão, são hipertensas e 75% (1,04 bilhão) dessas mesmas são de países com baixa e média renda. No Brasil, entre os anos de 2006 a 2019, o índice de hipertensos passou de 22,6 % para 24,5%, onde as pessoas mais acometidas foram as

que tinham acima de 65 anos totalizando 59,3% com predominância do sexo feminino (61,6%) seguido do sexo masculino (55,5%) (WYSS *et al.*, 2020; UNASUS, 2020).

### 3.2.4 Dislipidemia

Apesar de não estar entre as quatro principais DCNT, é importante ressaltar a dislipidemia, uma vez que esta pode facilitar o surgimento de doenças, como é o caso da hipertensão e doença arterial coronariana (DAC). A dislipidemia é um distúrbio metabólico que ocorre devido ao aumento da lipoproteína de baixa densidade (LDL) e pela diminuição da lipoproteína de alta densidade (HDL) bem como pelos níveis elevados de triglicerídeos, podendo ser ocasionada devido a fatores genéticos ou ambientais (SOUZA *et al.*, 2019; SÁ *et al.*, 2021).

Esse distúrbio metabólico acomete 25% de homens idosos, 42% de mulheres idosas; e segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 20,65% das mulheres, seguido de 17,24% dos homens tem diagnóstico de hipercolesterolemia, que consiste no aumento da concentração de colesterol no sangue. Ademais, estudos relacionam a HAS como principal fator de risco para pessoas com alteração no perfil lipídico quando comparado a outras comorbidades (FEIO *et al.*, 2020).

## 3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

No início da década de 1990, todos os esforços necessários visavam a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pelos princípios da Constituição Federal de 1988 e regido pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990, que ratifica os princípios da universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade que o fundamentam e norteiam a política de saúde do país; ainda assim, assegura entre os campos de atuação que sejam executadas ações de assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica e o desenvolvimento da Política Nacional de medicamentos (PNM) (BRASIL, 1990).

Além destas políticas instituídas e suas articulações, existem fatores que refletem na saúde da população, como os termos de regulação sanitária, uso racional de medicamentos, serviços farmacêuticos clínicos e farmacovigilância. A ampliação do acesso e a disponibilidade dos medicamentos motivaram a criação do PFPB, que passou a funcionar como convênio em farmácias privadas, sendo pioneiro no sistema de copagamento (ALENCAR *et al.*, 2018).

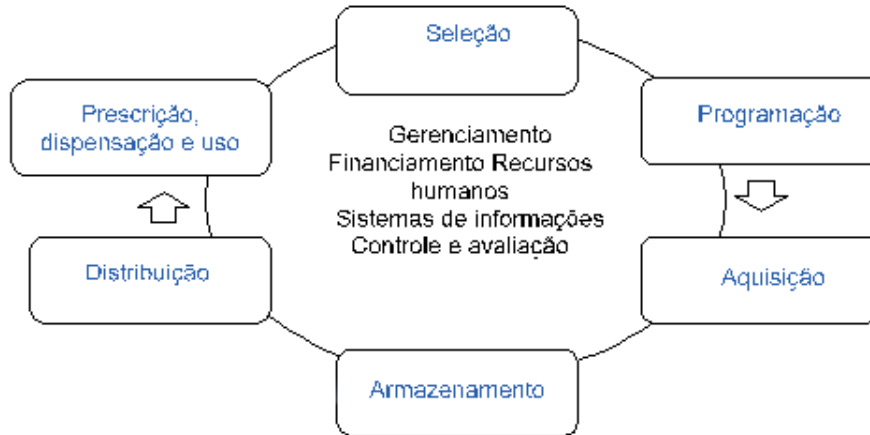
### 3.3.1 Política Nacional de Medicamentos

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) possui suas diretrizes baseadas nos princípios do SUS. Tem como objetivo a promoção do uso racional de medicamentos, garantia da segurança, qualidade e eficácia terapêutica, bem como o acesso da população, com foco em atender as necessidades e prioridades locais, alcançando

esses resultados por meio da implementação de um novo modelo de Assistência Farmacêutica (AF) e as funções e finalidade desta assistência no SUS (BRASIL, 1998).

Dentro da PNM, as atividades envolvidas se encarregam de reforçar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, estas abrangem o abastecimento de medicamentos, garantido pelas etapas de seleção, programação e aquisição do ciclo da AF (FIGURA 2) (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

**Figura 2** – Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2001).

A seleção de medicamentos é considerada essencial para as ações de planejamento e organização da AF. Ao ser administrada acertadamente, essa primeira etapa do ciclo da AF, gera ganhos econômicos para o SUS, reflete positivamente no acesso da população a medicamentos eficazes e seguros para se alcançar um tratamento farmacológico adequado, e estabelece um custo-efetivo para os usuários do sistema (KARNIKOWSKI *et al.*, 2017).

A Relação de Medicamentos Essenciais (Rename) é um documento oficial de referência nacional, e serve de parâmetro para os estados e municípios selecionarem seus medicamentos, e norteia os que estão listados no PFPB. Ao longo do tempo atualiza, pois as relevantes transformações no perfil epidemiológico no último século contribuem com o aumento da expectativa de vida e a ocorrência das DCNT. Integram a lista dos medicamentos essenciais os considerados básicos e indispensáveis para os problemas de saúde da população (BARRETO, 2015).

Uma das nove metas mundiais, para o controle das DCNT, é garantir a disponibilidade de 80% das tecnologias básicas e medicamentos essenciais. A oferta desses insumos de saúde para que o tratamento farmacológico seja cumprido, reduz significativamente a morbimortalidade dessas doenças. Assim, a AF efetiva seu papel quando o paciente obtém acesso aos seus medicamentos, nas quantidades ideais e no momento necessário (NASCIMENTO, 2017).

O Estado deve articular para prover os medicamentos essenciais que combatam e/ou controlem as doenças de mais impacto para a saúde pública. Planejar e imple-

mentar uma política de medicamentos em um país, para seus mais de 200 milhões de brasileiros, com grandes disparidades inter e intrarregionais não é fácil (SANTOS-PINTO; COSTA; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2011).

A falta de acesso gratuito aos medicamentos, principalmente os de uso contínuo, pode levar ao comprometimento do orçamento familiar, bem como favorecer o abandono do tratamento, aumentando o risco de agravamento do estado de saúde e a consequente expansão dos gastos em atendimentos ambulatoriais e internações (HELPER *et al.*, 2012).

### 3.4 ACESSO AOS MEDICAMENTOS DO PFPB POR PORTADORES DE DCNT

Com a ascensão da política de assistência farmacêutica, a partir de 1998, as farmácias básicas buscavam assegurar que os medicamentos estivessem disponíveis à população de maneira gratuita pelo SUS, com o objetivo de ampliar o acesso (MATOS *et al.*, 2019). No ano de 2004, o PFPB instituído pelo Decreto nº 5.090/2004, além de promover a universalidade do acesso aos medicamentos, também reflete na diminuição dos gastos no orçamento familiar, uma vez que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) esses gastos somaram-se a R\$ 103,5 bilhões, equivalente a 30% da renda familiar no ano de 2017 (IBGE, 2019; BRASIL, 2004).

O PFPB distribui medicamentos com co-pagamento de uma parte do valor desde 2004, e a partir de 2011 de forma gratuita medicamentos para o tratamento de diabetes, hipertensão e asma (SILVA; CAETANO, 2015).

A compra direta ainda é uma das principais formas de obtenção de medicamentos, o que ocasiona uma maior gravidade quando se refere às doenças crônicas, por sua demanda pelos medicamentos de uso contínuo, e em grande parte o tratamento perdura por toda a vida do paciente. Em vista dos altos custos dos medicamentos e tratamentos, a inacessibilidade se torna uma realidade para uma grande parte da população (MATTA *et al.*, 2018).

Mais de 70% da população brasileira usa somente os serviços do SUS e não é capaz de adquirir os medicamentos com recursos próprios (PINTO *et al.*, 2010). O estudo de Ferreira (2017), realizado a partir de dados coletados entre 2000 a 2012, demonstrou que o acesso ao PFPB diminuiu em 3,5% e 4,1% das internações oriundas das complicações relacionadas ao DM e HAS, respectivamente, quando comparado com suas taxas médias.

Em outro estudo, realizado entre os anos de 2003 a 2016 por Almeida *et al.* (2019), constatou que com o PFPB em 10 anos de existência nos municípios nacionais com rede conveniada (RC) foi capaz de reduzir aproximadamente 100 internações e 13 óbitos a cada 100 mil habitantes relacionados ao diabetes e hipertensão. Esta redução também pode ser observada quando estendida aos municípios vizinhos não cobertos pelo programa, diminuindo em média 0,6 óbitos e 7,9 internações/100 mil habitantes com relação às duas comorbidades.

De acordo com dados do Conass (2016), a implementação do PFPB refletiu em redução de 20% das internações em decorrência da hipertensão e 16% das internações por crises asmáticas quando comparados com estatísticas antes da gratuidade dos medicamentos.



O estudo analisado entre 2004 a 2016 por Almeida e outros autores (2018), descreve que internações resultantes de hipertensão, asma e diabetes decaiu em 150,5, sendo que no último ano da pesquisa em questão esse número passou para 287,3. Os dados de mortalidade mostraram que em 2016 19.390 óbitos foram evitados com redução de 6,3% para asma, 34,5% hipertensão e 59,2% para diabetes.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ampliação do acesso a medicamentos seguros e eficazes para as doenças crônicas não transmissíveis, por meio de políticas públicas como o PFPB, permite a disponibilidade de um conjunto terapêutico para as comorbidades mais prevalentes na população. Garante ao usuário o seu tratamento, sobretudo contínuo, no momento oportuno e em quantidades necessárias, e ainda diminui as desigualdades no acesso. De fato, o objetivo do programa, de garantir os medicamentos, promove a redução dos óbitos e internações relacionados às complicações das principais DCNT: hipertensão e diabetes. Promover e ampliar o acesso equânime aos medicamentos é uma ferramenta fundamental para que se alcance saúde para todos.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. O. S. *et al.* Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. **Revista Saúde em Debate**, v. 42, n. 2, p. 159-172, 2018.

ALMEIDA, A. T. C. *et al.* Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. **Rev. Saúde Pública**, v. 53, p. 220-228, 2019.

ALMEIDA, A. T. C. *et al.* Os efeitos do acesso a medicamentos por meio do programa farmácia popular sobre a saúde de portadores de doenças crônicas não transmissíveis. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**, 2018.

AMERICAN Diabetes Association. Diagnóstico e classificação de diabetes mellitus. **Diabetes care**, v. 36, suppl. 1, p. 67-74, 2013.

BARRETO, M. N. S. C. *et al.* Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v.18, p. 413-24, 2015.

BAZÍLIO, G. S. *et al.* Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em adultos residentes em Senador Canedo, Goiás: estudo de base populacional, 2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 30, suppl. 1, 2021.

BERMUDEZ, J. A. Z. Acesso a medicamentos: direito ou utopia? Rio de Janeiro (RJ): **E-papers/Faperj**; p.114 ISBN 8576504537, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.**

BRASIL. Governo Federal. Ministério da Saúde. **Decreto n. 5.090**, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei n. 10.858, de 13 de abril de 2004, institui o Programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Brasília/DF: Ministério da Saúde do Brasil, 2004.

BRASIL. Lei n. 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 União**. Brasília/DF, 14 abr. 2004.

BRASIL. **Lei Federal n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

FEIO, C. M. A. *et al.* Dislipidemia e hipertensão arterial. Uma relação nefasta. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 27, n. 2, p. 64-67, 2020.

FERREIRA, P. A. A. Efeitos do copagamento de medicamentos sobre a saúde no Brasil: evidências do programa Aqui Tem Farmácia Popular. **Revista do BNDES**, p. 67-177, 2017.

FILHO, E. B. S. *et al.* Infecções Respiratórias de Importância Clínica: uma Revisão Sistemática. **Revista FIMCA**, v. 4, n. 1, 2017.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 183- 184, 2014.

HELPER, A. P. *et al.* Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, p. 225-232, 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões - IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Rio de Janeiro, 2020.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Despesas com saúde ficam em 9,2% do PIB e somam R\$608,3 bilhões em 2017**. Dezembro de 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/> Acesso em: 5 maio 2021.

KARNIKOWSKI, M. G. O. *et al.* Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, p. 2-9, 2017.

KIM, G. M. *et al.* Resiliência de pacientes com doenças crônicas: uma revisão sistemática. Saúde e Assistência Social na Comunidade. **Health Soc. Care Community**, p. 1-11, 2018.

LABAKI, W. W.; HAN, M. K. Chronic respiratory diseases: a global view. **The Lancet: Respiratory Medicine**, v. 8, n. 6, p. 531-533, 2020.

LEAL, L. F. **Epidemiologia e uso de medicamentos para doenças respiratórias crônicas no Brasil**. 2019. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, p.1-4, 2017.

MATTA, S. R. *et al.* Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, suppl. 3, 2018.

MATTOS, L. *et al.* Pharmaceutical services in primary healthcare and the Farmácia Popular Program: the perspective of public administrators from subnational spheres of the Brazilian National Health System. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 28, n. 1, p. 287-298, 2019.

MENEZES, T. C. M.; PORTES, L. A.; SILVA, N. C. O. V. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial com método diferenciado de busca ativa. **Caderno de saúde coletiva**, v. 28, suppl. 3, 2020.

MINISTÉRIO da Defesa. **Diabetes**: o que você precisa saber sobre ele? Governo Federal, 29 mar. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/defesa/pt-br/assuntos/desporto-militar/noticias/diabetes-2013-o-que->. Acesso em: 6 abr. 2021.

MINISTÉRIO da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Panorama da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2018. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 50, n. 40, dez. 2019.

MINISTÉRIO da Saúde. **Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias>. Acesso em: 14 mar. 2021.

MINISTÉRIO da Saúde. **Portaria n. 111/GM**, de 28 de Janeiro de 2016. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil e dá outras providências. 2016

MINISTÉRIO da Saúde. **Portaria n. 3.916/GM**, de 30 de Outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. 1998.

NASCIMENTO, R. C. R. M. do *et al.* Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, 2017.

OLIVEIRA, L. C. F. de, ASSIS, M. M. A. & BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3561–3567, 2010.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, suppl. 2, 2016.

PINTO, C. B. S. *et al.* Preço e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. **Revista de saúde pública**, v. 44, p. 611-619, 2010.

SÁ, A. C. M. G. N. *et al.* Fatores associados ao LDL-Colesterol aumentado na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 541-553, 2021.

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

SATO, T. O. *et al.* DCNT em Usuários de Unidades de Saúde da Família - Prevalência, Perfil Demográfico, Utilização de Serviços de Saúde e Necessidades Clínicas. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 35-42, 2017.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Programa "Farmácia Popular do Brasil": caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015.

SOUZA, N. A. *et al.* Dislipidemia familiar e fatores associados a alterações no perfil lipídico em crianças. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, suppl. 1, janeiro de 2019.

SUNDEEP, S. *et al.* The burden of chronic respiratory diseases and their heterogeneity across the states of India: the Global Burden of Disease Study 1990- 2016. **Lancet Global Health**, v. 6, n. 12, p. 1363-1374, 2018.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, p. 2-7, 2016.

UNASUS. Diabetes, hipertensão e obesidade avançam entre os brasileiros. **UNASUS**, 27 abr. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/diabetes-hipertensao-e-obesidade-avancam-entre-os-brasileiros#:~> Acesso em: 3 abr. 2021.

WOJCIECHOWSKA, J. *et al.* Diabetes and Cancer: a Review of Current Knowledge. *Experimental and clinical endocrinology & diabetes*. **Official journal, German Society of Endocrinology**, v. 124, suppl. 5, p. 263-275, 2016.

WHO – World Health Organization. **Non Communicable diseases**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheet>. Acesso em: 16 mar. 2021.

WYSS, F. *et al.* Position statement of the Interamerican Society of Cardiology (IASC) on the current guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of arterial hypertension 2017–2020. **Journal of Cardiology Hypertension** 6, 2020.

---

**Data do recebimento:** 5 de Novembro de 2021

**Data da avaliação:** 10 de Dezembro 2021

**Data de aceite:** 10 de Dezembro de 2021

---

---

1 Graduada em Farmácia pela Universidade Tiradentes – UNIT/SE. E-mail: gardeniaclima@gmail.com

2 Graduada em Farmácia pela Universidade Tiradentes – UNIT/SE.

3 E-mail: nathaliamota3@hotmail.com

4 Mestre em Ciências Farmacêuticas pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Sergipe – UFS; Professor Assistente I da Universidade Tiradentes – UNIT/SE, no curso de Farmácia.

E-mail: isiqueira5@hotmail.com