

**UNIVERSIDADE DE SOROCABA  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**João Leopoldo Oliveira Araujo**

**IMPACTO DO PROGRAMA SAÚDE NÃO TEM PREÇO NO ACESSO A  
MEDICAMENTOS NO BRASIL**

**Sorocaba/SP**

**2014**

**João Leopoldo Oliveira Araujo**

**IMPACTO DO PROGRAMA SAÚDE NÃO TEM PREÇO NO ACESSO A  
MEDICAMENTOS NO BRASIL**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Silvio Barberato Filho

**Sorocaba/SP**

**2014**

### Ficha Catalográfica

Araújo, João Leopoldo Oliveira  
A689i Impacto do programa Saúde Não Tem Preço no acesso a  
medicamentos no Brasil / João Leopoldo Oliveira Araújo. – 2014.  
89 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Silvio Barberato Filho  
Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) –  
Universidade de Sorocaba, Sorocaba, SP, 2014.

1. Política de saúde - Brasil. 2. Medicamentos – Política  
governamental - Brasil. 3. Política farmacêutica – Brasil. I. Barberato  
Filho, Silvio, orient. II. Universidade de Sorocaba. III. Título.

**João Leopoldo Oliveira Araujo**

**IMPACTO DO PROGRAMA SAÚDE NÃO TEM PREÇO NO ACESSO A  
MEDICAMENTOS NO BRASIL**

Dissertação aprovada como requisito parcial  
para obtenção do grau de Mestre no Programa  
de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas  
da Universidade de Sorocaba.

Aprovada em: 30/06/2014

**BANCA EXAMINADORA:**



**Prof. Dr. Silvio Barberato Filho**  
Universidade de Sorocaba (Uniso)



**Profa. Dra. Cristiane de Cássia Bergamaschi**  
Universidade de Sorocaba (Uniso)



**Profa. Dra. Edilma Maria de Albuquerque Vasconcelos**  
Universidade de Sorocaba (Uniso)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois sem ele, nada seria possível.

À minha família, Papai, Mamãe, Fá, Isa, Dani, Nana e Potó, pelo apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida. A Talitha pela paciência, compreensão, carinho e amor.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao iniciar uma caminhada, o ser humano nunca pode determinar se conseguirá atingir seus objetivos; nesse caminhar existem possibilidades de que ocorram tropeços, porém a grande virtude é a coragem para se levantar e começar novamente, nunca desistir.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Silvio Barberato Filho, pela paciência, atenção, cordialidade, educação e acompanhamento contínuo. Muito obrigado!

Às pessoas que, direta ou indiretamente, ajudaram na elaboração deste trabalho.

À Aramis Domont pela longa amizade e incentivo ao meu desenvolvimento.

Meu profundo agradecimento a Mariana Donato Pereira, pelo apoio, companheirismo, gentileza e amizade.

Ao corpo docente do curso de mestrado em Ciências Farmacêuticas da Uniso, pelos ensinamentos e dedicação.

“Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que  
quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito  
está em ter êxito, e não em ter condições de  
êxito. Condições de palácio tem qualquer terra  
larga, mas onde estará o palácio se não o  
fizerem ali?”

(Fernando Pessoa)

## RESUMO

A dificuldade de acesso a medicamentos ainda é problema de ordem mundial e afeta bilhões de pessoas, em especial àquelas que vivem em situação de pobreza e vulnerabilidade. Em 2011, na tentativa de ampliar o acesso a medicamentos, foi lançado o Programa Saúde Não Tem Preço (SNTP), que tornou gratuita a distribuição (em estabelecimentos farmacêuticos privados conveniados) de 11 medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes. Em junho de 2012 foram incluídos no programa oito medicamentos para o tratamento da asma. O objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto do Programa SNTP no acesso a medicamentos no Brasil. Trata-se de estudo observacional, longitudinal, com base na quantidade de medicamentos dispensados em 55 mil farmácias privadas distribuídas por todo o território brasileiro. As apresentações contempladas no Programa SNTP foram agrupadas em quatro categorias, de acordo com a Classificação Anatômico-Terapêutica e Química (ATC). O número de unidades dispensadas nos primeiros 12 meses de disponibilidade dos medicamentos foi comparado com o número de unidades dispensadas nos 12 meses anteriores à sua inclusão no programa. Os medicamentos da classe dos anti-hipertensivos (C02) apresentaram aumento médio de 70,6% (6 medicamentos; 32,4%-119,7%) no número de unidades dispensadas nos dois períodos comparados. Antidiabéticos orais (A10B) apresentaram aumento médio de 48,3% (3 medicamentos; 39,9%-65,9%) no número de comprimidos dispensados. Na classe de insulinas e análogos de insulina (A10A), os medicamentos apresentaram aumento médio de 79,7% (2 medicamentos; 78,0%-97,8%) no número de Unidades Internacionais dispensadas. Na classe dos antiasmáticos (R03) o aumento médio foi de 28,8% (8 medicamentos; 20,9%-270,7%) no número de unidades de comercialização dispensadas. Todos os medicamentos incluídos no Programa SNTP apresentaram aumento do número de unidades dispensadas superior ao crescimento do mercado farmacêutico brasileiro em períodos correspondentes. Por outro lado, o aumento do número de unidades comercializadas dos medicamentos disponíveis no Programa SNTP não se estendeu à maioria dos medicamentos não contemplados no programa (seja em apresentação monofármaco ou nas combinações em dose fixa). Os resultados deste estudo confirmaram a expansão do acesso aos medicamentos utilizados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma contemplados no Programa SNTP,



especialmente quando comparados a outros medicamentos disponíveis no mercado brasileiro, pertencentes às mesmas classes terapêuticas.

**Descritores:** Política de saúde. Sistemas de saúde. Acesso a serviços de saúde. Anti-hipertensivos. Antiasmáticos. Antidiabéticos.

## ABSTRACT

The difficulty of access to medicines is still a problem of world order and affects billions of people, especially those living in poverty and vulnerability. In 2011, in an attempt to increase access to medicines was launched Health Has No Price Program (SNTP – Saúde Não Tem Preço), which became free distribution (in associated private pharmaceutical establishments) of 11 medicines for the treatment of hypertension and diabetes. In June 2012 were included in the eight program medicaments for the treatment of asthma. The aim of this study was to evaluate the impact of the SNTP program on access to medicines in Brazil. It is observational, longitudinal study based on the amount of medications dispensed in 55 000 private pharmacies distributed throughout the Brazilian territory. The presentations of the SNTP program were grouped into four categories according to the Classification Anatomical-Therapeutic Chemical (ATC). The number of units dispensed in the first 12 months of availability of drugs was compared with the number of units dispensed in the 12 months prior to their inclusion in the program. The drugs of the class of antihypertensive (C02) increased by 70.6% (6 medicines; 32.4% -119.7%) in the number of units dispensed in the two periods compared. Oral antidiuretics (A10B) increased by 48.3% (3 medicines; 39.9% -65.9%) in the number of pills dispensed. In the class of insulins and insulin analogues (A10A), medications increased by 79.7% (2 medicines; 78.0% -97.8%) in the number of International Units dispensed. In the class of anti-asthma (R03) the average increase was 28.8% (8 medicines, 20.9% - 270.7%) in the number of sales units dispensed. All medications included in the SNTP Program presented an increased number higher than the Brazilian pharmaceutical market growth in corresponding periods dispensed units. Furthermore, increasing the number of units sold of medicines available in the SNTP program did not extend to most medicines not included in the program (whether in presentations combinations in fixed dose or not). The results of this study confirmed the expansion of access to medicines used for the treatment of hypertension, diabetes and asthma included in the SNTP program, especially when compared to other medicines available in the Brazilian market, pertaining to the same therapeutic class.

**Keywords:** Health Policy. Health systems. Health services accessibility. Antihypertensive. Hypoglycemic Agents. Asthmatics.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ATC** – Classificação Anatômico-Terapêutica e Química

**ATFP** – Aqui Tem Farmácia Popular

**Comare** - Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

**Conass** – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

**Conitec** - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

**DCB** – Denominação Comum Brasileira

**DCI** – Denominação Comum Internacional

**DDD** – Dose Diária Definida

**Fiocruz** - Fundação Oswaldo Cruz

**GM** – Gabinete do Ministro

**Lafepe** - Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**Opas** – Organização Pan-Americana da Saúde

**PFPB** - Programa Farmácia Popular do Brasil

**Rename** – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

**Remume** – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

**SCTIE** - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

**SNTP** – Saúde Não Tem Preço

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UI** – Unidade(s) Internacional(is)

**Vigitel** – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

**WHO** – *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
2.1 O acesso a medicamentos essenciais .....	14
2.2 Programa Farmácia Popular do Brasil .....	19
2.3 Programa Aqui Tem Farmácia Popular .....	20
2.4 Programa Saúde Não Tem Preço.....	22
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
3.1 Objetivo geral .....	25
3.2 Objetivos específicos.....	25
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>26</b>
4.1 Desenho do estudo .....	26
4.2 Fonte de dados.....	26
4.3 Definição dos grupos de medicamentos estudados.....	26
4.4 Procedimentos .....	29
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>30</b>
5.1 Artigo 1: <i>Access to antihypertensive agents in Brazil: evaluation of the “Health Has No Price” Program</i> .....	31
5.2 Artigo 2: Programa Saúde Não Tem Preço e o acesso a medicamentos para o tratamento do diabetes no Brasil.....	45
5.3 Artigo 3: Ampliação do acesso a agentes antiasmáticos no Brasil.....	60
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO A – Relação de medicamentos disponíveis no Programa Farmácia Popular do Brasil.....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO B – Relação de medicamentos do Programa Aqui Tem Farmácia Popular .....</b>	<b>89</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

O Brasil é um dos poucos países em que o acesso gratuito a medicamentos essenciais é direito dos cidadãos, o que se concretiza por meio de políticas e estratégias, como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) (BOING; BERTOLDI; PERES, 2011). Segundo Hogerzeil e Mirta (2011), o acesso a medicamentos é considerado insuficiente em todo o mundo, sendo a população dos países de baixa renda a mais prejudicada, dependendo quase que exclusivamente da atuação do governo para ter acesso ao tratamento.

Melhorar o acesso a medicamentos essenciais tornou-se ponto fundamental nas políticas públicas de saúde no país. Com o objetivo de ampliar o acesso a medicamentos no Brasil, o governo federal lançou, no ano de 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). Implantado por meio da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que autorizava a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento à “rede própria” de estabelecimentos farmacêuticos públicos; e pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que regulamentava o programa e o instituía em todo o país (BRASIL, 2004c). No entanto, da forma como foi concebido, este Programa colocou em discussão a efetividade da centralização da Assistência Farmacêutica (SANTOS-PINTO; COSTA; OSORIO-DE-CASTRO, 2011).

Em 2006, o PFPB foi ampliado ao varejo farmacêutico privado através da Portaria nº 491, de 09 de março, que criava o Programa Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP) e proporcionava a expansão da aquisição de medicamentos indispensáveis ao tratamento de doenças de maior prevalência na população, com redução de seu custo para os seus portadores, em estabelecimentos farmacêuticos privados conveniados ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Se por um lado, o número de estabelecimentos farmacêuticos pertencentes à rede própria do governo ainda é baixo: aproximadamente 600 estabelecimentos no país (BRASIL, 2013f), o número de estabelecimentos farmacêuticos privados conveniados ao Ministério da Saúde, em contrapartida, já ultrapassou 23 mil estabelecimentos, sendo este número quatro vezes maior do que o existente em 2006 (ano de lançamento do Programa ATFP) (BRASIL, 2013e).

No ano de 2011 a implantação do Programa Saúde Não Tem Preço (SNTP) tornou gratuita a distribuição de medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes; em junho de 2012 ampliou o programa com a inclusão de medicamentos para o tratamento da asma. Segundo dados do Ministério da Saúde, o programa já beneficiou mais de 14 milhões de pessoas. A gratuidade impulsionou também a procura pelos outros itens ofertados com até 90% de desconto, através do Programa ATEP e fomentou ainda mais a expansão dos pontos de acesso aos medicamentos em estabelecimentos farmacêuticos privados conveniados ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c).

A lista oficial de medicamentos contemplados no Programa SNTP é constituída por 13 princípios ativos em 19 apresentações: seis indicadas para o tratamento da hipertensão arterial, cinco para o tratamento do diabetes e oito para o tratamento da asma (BRASIL, 2014a).

Segundo informações do Ministério da Saúde, os números expressivos do Programa SNTP têm corroborado o seu objetivo principal, de ampliação do acesso a medicamentos. Estima-se que tenham sido realizados, até dezembro de 2011, 33 milhões de atendimentos (BRASIL, 2011b), em mais de 20 mil estabelecimentos farmacêuticos privados conveniados (BRASIL, 2013e).

A ampla divulgação dos resultados do Programa SNTP pelas fontes governamentais contrasta com a escassez de trabalhos científicos na literatura. Por outro lado, a dificuldade para obtenção de dados oficiais sobre o Programa, contribui para o reconhecimento da importância de realizar estudos independentes, isentos de conflitos de interesse, baseados em fontes de dados não governamentais, como estes que apresentamos a seguir.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O acesso a medicamentos essenciais

Os medicamentos essenciais são os que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população, selecionados de acordo com sua importância para a saúde pública, a existência de evidências de eficácia e segurança, bem como eficácia comparada aos custos. Devem estar disponíveis no sistema de saúde de forma ininterrupta, em quantidades suficientes, em formas farmacêuticas apropriadas, com garantia de qualidade, informações adequadas, a preço que os pacientes e a comunidade podem pagar. A aplicação deste conceito de medicamentos essenciais tem que ser flexível e adaptável a muitas situações diferentes; a determinação de quais medicamentos serão considerados essenciais é de responsabilidade de cada país (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

O acesso a medicamentos essenciais tem sido considerado parte fundamental de toda a política farmacêutica e elemento substantivo na elaboração, desenvolvimento e execução de ações ou programas sanitários cujo objetivo principal é garantir o grau máximo de saúde para todo ser humano (HORST; SOLER, 2010).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o acesso a medicamentos essenciais é reconhecido como um dos cinco indicadores relacionados aos avanços na garantia do direito à saúde (HOGERZEIL; MIRTA, 2011). E preconiza que o acesso a medicamentos essenciais é assegurado quando se tem estrutura baseada em quatro fatores fundamentais: preços acessíveis, financiamento sustentável, uso racional dos medicamentos, e sistemas de saúde e de abastecimento confiáveis (OMS, 2004).

A seleção cuidadosa dos medicamentos essenciais permite melhorar a qualidade da atenção, da gestão dos medicamentos (inclusive da qualidade e custo-benefício dos medicamentos prescritos) e o aproveitamento dos recursos sanitários pela relação custo-eficácia (Organização Mundial de Saúde, 2002).

No ano de 1975, a Assembleia Mundial da Saúde pediu à OMS para assessorar os estados membros a selecionar medicamentos essenciais com qualidade e custo razoável. Em 1977, publicou-se a primeira lista modelo de medicamentos essenciais com 205 itens (186 medicamentos). Desde então, várias

revisões foram publicadas e a maioria dos 193 países membros adotou listas de medicamentos essenciais. Isso faz com que a questão dos medicamentos essenciais continue como ponto-chave nas estratégias da OMS (WANNMACHER, 2010).

Em 2007, foi criado na OMS um subcomitê para selecionar medicamentos essenciais para crianças. Durante o ano de 2013 foram publicadas duas novas listas de medicamentos essenciais: a 18ª Lista Modelo de Medicamentos Essenciais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013a) e a 4ª Lista Modelo de Medicamentos Essenciais para Crianças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013b).

Para a OMS, o processo de seleção dos medicamentos essenciais é decisivo. Uma lista de medicamentos essenciais imposta arbitrariamente por autoridades não refletirá as necessidades dos usuários e não será aceita por estes. Por conseguinte, é muito importante que o processo seja consultivo e transparente, e que os critérios de seleção estejam vinculados às pautas clínicas normais, apoiadas por provas, devendo ser revisados a cada dois anos (OMS, 2002). Portanto, a decisão dos medicamentos que serão selecionados em uma lista de medicamentos essenciais fica a critério de cada nação (WANNMACHER, 2010).

Estima-se que um terço da população mundial não tenha acesso regular a medicamentos essenciais, sendo que 50% da população da África e Índia necessitam de acesso aos medicamentos mais básicos, como analgésicos e antibióticos (NWOBIKE, 2006).

Relacionando-se o número de consumo de medicamentos com a distribuição demográfica mundial, percebe-se grande desigualdade: aproximadamente 80% dos medicamentos produzidos são consumidos por 18% da população mundial na América do Norte, Europa e Japão (OLIVEIRA; OSORIO-DE-CASTRO; BERMUDEZ, 2007).

Na América Latina, com uma população de cerca de 560 milhões de habitantes, a metade não está coberta por mecanismos de proteção social e mais de 100 milhões de pessoas não têm acesso aos serviços de saúde, por razões econômicas ou geográficas, e nem mesmo à água potável ou saneamento básico. Neste contexto, os principais desafios de nossos sistemas e serviços de saúde estão relacionados à tentativa de assegurar o acesso aos insumos essenciais e a padrões de iniquidade que nos transformam numa região de desequilíbrio, de extrema

concentração de renda e de injustiças evidentes. Para assegurar o acesso a insumos é preciso considerar aspectos relacionados com produtos, com serviços e com populações vulneráveis. Conseqüentemente, torna-se necessário equilibrar a garantia de acesso com padrões de equidade e produtos de qualidade. Considera-se que o acesso a tais insumos, com destaque para os medicamentos essenciais, deve ser considerado como prioritários das políticas de saúde e incorporados aos sistemas e serviços de saúde como direito humano fundamental (BERMUDEZ, 2007).

Experiências reunidas de muitos países e de numerosos programas de saúde demonstram que é possível conseguir melhorias consideráveis e sustentáveis no fornecimento de medicamentos e insumos estratégicos para a saúde (HORST; SOLER, 2010).

Mesmo antes das recomendações da OMS, o Brasil já adotava listas de medicamentos que poderiam ser consideradas essenciais; em 1989, essa lista de medicamentos passou a ser denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e tornou-se prioridade na política farmacêutica do país (VIEIRA, 2010).

Desde sua primeira lista de medicamentos essenciais (ainda denominada Relação Básica e Prioritária de produtos biológicos e matérias para uso farmacêutico humano e veterinário) foram realizadas dez atualizações: duas ainda nas décadas de 1970 (1972 e 1975), e oito a partir do fim da década de 1980 (1989, 1993, 1999, 2002, 2006, 2008, 2010, 2012), já sob a denominação de Rename (BRASIL, 2010a) (BRASIL, 2013a).

No Brasil, os critérios para seleção de medicamentos essenciais foram explicitados na Portaria da Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) nº 1, do Ministério da Saúde, de 22 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008a), e passaram por avaliações constantes da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Comare), instituída pela Portaria do Gabinete do Ministro (GM) nº 1.254, de 29 de julho de 2005 (BRASIL, 2005).

A Comare atuou até dezembro de 2011 (BRASIL, 2011a), com a atribuição de realizar avaliação sistemática da relação dos medicamentos e demais produtos farmacêuticos que deveriam constar na Rename e indicar as alterações necessárias,

com o propósito de selecionar aqueles mais adequados para atender às necessidades de assistência à saúde da maioria da população (BRASIL, 2005).

Entre os critérios de seleção de medicamentos essenciais adotados pela Comare (BRASIL, 2008a), destacavam-se:

- [...] I - Registro no país em conformidade com a legislação sanitária;
- II - Necessidade segundo aspectos epidemiológicos;
- II - Valor terapêutico comprovado, com base na melhor evidência em seres humanos destacando segurança, eficácia e efetividade;
- IV - Composição preferentemente com única substância ativa, admitindo-se, apenas em casos especiais, combinações em doses fixas;
- V - O princípio ativo conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, Denominação Comum Internacional (DCI);
- VI - Informações suficientes quanto às características farmacotécnicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas;
- VII - Custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;
- VIII - Menor custo do tratamento/dia e custo total do tratamento, resguardadas segurança, eficácia e qualidade;
- IX - Concentrações e formas farmacêuticas, esquema posológico e apresentações, considerando:
  - a) - Comodidade para a administração aos pacientes;
  - b) - Faixa etária;
  - c) - Facilidade para cálculo de dose a ser administrada;
  - d) - Facilidade de fracionamento ou multiplicação de doses;
  - e) - Perfil de estabilidade mais adequado às condições de estocagem e uso;
- X - Primeira e segunda linhas de tratamento.

A partir do ano de 2011, ocorreram importantes modificações quanto à assistência terapêutica e à incorporação de tecnologia na saúde, com a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), que entre outras competências deve, segundo o artigo 4º do Decreto nº 7646, propor a atualização da Rename nos termos do artigo 25 do Decreto nº 7.508 (BONFIM; MAGALHÃES, 2013). O elenco de medicamentos e insumos da Rename passou a ser definido e organizado a partir dos seguintes critérios (BRASIL, 2012a):

- [...] I – Os medicamentos utilizados na Atenção Básica são aqueles constantes da Relação Nacional dos Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- II – A Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar consiste nos medicamentos descritos nominalmente em códigos específicos na Tabela de procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS, cujo financiamento ocorre por meio de procedimentos hospitalares;
- III – As vacinas e soros integram a Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;
- IV – A *Anatomical Therapeutic Chemical*, da Organização Mundial da Saúde (ATC/OMS), utilizando-se o Subgrupo Farmacológico (3º Nível ATC) e o Subgrupo Químico (4º Nível ATC);
- V – As indicações terapêuticas definidas no Formulário Terapêutico Nacional (FTN), nos protocolos clínicos e diretrizes Terapêuticas (PCDT)

e/ou diretrizes específicas publicadas pelo Ministério da Saúde foram empregadas para a alocação dos medicamentos na Rename; e  
VI – Inclusão dos medicamentos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Segundo Bonfim e Magalhães (2013), a Rename 2012, publicada nesta nova concepção de cinco listas, teve resultados discordantes do sistema de trabalho, continuamente aperfeiçoado pela Comare entre 2005-2011, na elaboração das Renames 2006, 2008 e 2010, e do Formulário Terapêutico Nacional 2008 e 2010.

Para o Ministério da Saúde, a Rename passa a compreender a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças e agravos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); entretanto, o Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a Rename, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011a). Devido a esta autonomia político-administrativa, em certa medida, há prejuízo à uniformidade da atenção à saúde em um sistema que deveria ser único (VIEIRA, 2010).

Dentro do contexto da saúde no país, para o acesso a medicamentos é de fundamental importância a busca da eficiência máxima no uso de recursos materiais, humanos e econômicos (GIALDI, 2010).

Mesmo com os esforços do Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para a elevação dos recursos destinados à aquisição de medicamentos para distribuição gratuita na rede pública de saúde, mais de 50% dos brasileiros interrompem o tratamento devido à falta de recursos para adquiri-los, segundo levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass). Tal situação representa um dos grandes desafios para os gestores públicos, pois parcela significativa dessas pessoas é usuária de serviços privados de saúde, os quais não garantem assistência farmacêutica (BRASIL, 2013b).

Tradicionalmente, o financiamento da assistência farmacêutica se dava através de programas que envolviam um elenco de medicamentos a ser ofertado à população exclusivamente nas Unidades de Saúde do SUS; entretanto, em 2004, com o objetivo de ampliar o acesso aos medicamentos essenciais, foi criado o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) que passou a ofertar medicamentos para o tratamento de algumas doenças prevalentes no país, condicionado ao

desembolso direto pelos cidadãos de parte dos custos de produção, e dispensados em uma rede própria de farmácias do programa ou em estabelecimentos farmacêuticos privados conveniados ao Ministério da Saúde (VIEIRA, 2010).

## **2.2 Programa Farmácia Popular do Brasil**

O PFPB, lançado em julho de 2004, no âmbito dos Programas de Saúde do Governo Federal e no contexto das ações de assistência farmacêutica, foi concebido como política pública com importante objetivo: a ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais, com atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde, mas principalmente daquelas que utilizam os serviços privados de saúde, e têm dificuldades para adquirir, nos estabelecimentos farmacêuticos privados, os medicamentos que necessitam (BRASIL, 2013b).

O objetivo do PFPB na promoção da assistência terapêutica integral é favorecer a aquisição de medicamentos indispensáveis ao tratamento de doenças com maior prevalência na população, com redução de custo para os seus portadores (BRASIL, 2006).

Por vezes, essas dificuldades no acesso a medicamentos diminuem a adesão ao tratamento, e a eventual utilização irregular de medicamentos compromete os resultados esperados. A consequência natural é o agravamento do quadro e o aparecimento de complicações que, em muitos casos, são tratadas nos serviços ligados ao SUS. Dessa forma, considera-se que a possibilidade de aquisição de medicamentos a baixo custo nas Unidades conveniadas ao PFPB pode repercutir em melhoria das condições de saúde da população alvo. Segundo o Ministério da Saúde, a implantação deste Programa não compromete os recursos destinados à aquisição de medicamentos para o SUS. Não tira do cidadão o direito de obter seus tratamentos nas unidades básicas de saúde ou nos ambulatórios de especialidades da rede pública. E não fere os princípios da universalidade e equidade do SUS, cujo fortalecimento é tarefa de todos os governos e requer a constante vigilância da sociedade mediante o exercício do controle social, através da participação nos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2013b).

O fornecimento de medicamentos de baixo custo promovido pelo Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes (Lafepe), desde 2001, serviu de modelo para essa nova iniciativa do Governo Federal. O programa

foi caracterizado pela gestão conjunta entre Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que passou a cumprir o papel de executora do PFPB (SANTOS-PINTO; COSTA; OSORIO-DE-CASTRO, 2011). Isto se tornou possível por meio da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004 (BRASIL, 2004a), que autorizou a Fiocruz a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento, regulamentada pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004 (BRASIL, 2004b), que instituiu o programa em todo o território nacional.

A Portaria GM nº 2.587 de 06 de dezembro de 2004 estabeleceu mecanismo de cooperação financeira entre a União, Estados, Municípios e Distrito Federal, com criação de incentivo que possibilitou a efetivação de parcerias visando à instalação e manutenção de farmácias do Programa pelos entes da Federação (BRASIL, 2004c).

Assim o PFPB passou a oferecer aos cidadãos, mais de 100 itens a baixo custo, em diversas classes terapêuticas, como analgésicos, anti-hipertensivos, medicamentos para o controle do diabetes, entre outros (BRASIL, 2009).

O elenco oficial disponibilizado pelo PFPB conta atualmente com 107 medicamentos, descritos no ANEXO A (BRASIL, 2014c). Além desses medicamentos, o programa também disponibiliza preservativo masculino.

### **2.3 Programa Aqui Tem Farmácia Popular**

Considerando a necessidade de oferecer alternativas de acesso à assistência farmacêutica, com vistas à promoção da integralidade do atendimento à saúde; a meta de assegurar medicamentos essenciais para o tratamento dos agravos com maior incidência na população, mediante redução de seu custo para os pacientes; o impacto das despesas com assistência médica no orçamento doméstico, cujo poder aquisitivo deve ser preservado para a satisfação das necessidades básicas do grupo familiar; e ainda, o dever do Estado de garantir os meios indispensáveis à prevenção, promoção e recuperação da saúde, a partir de 2006, o PFPB foi expandido ao setor privado, através da criação de uma nova modalidade de relação entre gestão público-privada (BRASIL, 2009).

A expansão do PFPB foi viabilizada mediante o pagamento pelo Ministério da Saúde de um percentual de Valor de Referência, por unidade farmacotécnica, do princípio ativo de medicamentos, para dispensação diretamente no estabelecimento farmacêutico conveniado, mediante complementação pelo paciente, da diferença

para o preço de venda da correspondente apresentação que lhe foi prescrita, ou do genérico equivalente (BRASIL, 2006).

Desde então, o PFPB atua sobre dois eixos de ação: as “unidades próprias”, em funcionamento desde junho de 2004, que são desenvolvidas em parceria com municípios e estados; e o “sistema de copagamento”, lançado em março de 2006, desenvolvido em parceria com estabelecimentos farmacêuticos privados (BRASIL, 2013c, 2013d).

As “unidades próprias” são operacionalizadas pela Fiocruz que coordena a estruturação das unidades e executa a compra dos medicamentos, o abastecimento das unidades e a capacitação dos profissionais. Contam com elenco de mais de 100 medicamentos, os quais são dispensados pelo seu valor de custo, representando redução de até 90% do valor de mercado quando comparado a estabelecimentos farmacêuticos privados (BRASIL, 2008b).

A única exigência para a aquisição dos medicamentos disponíveis no programa é a apresentação da prescrição por profissional habilitado. Já no “sistema de copagamento”, o Governo custeia parte do valor dos medicamentos e o cidadão paga o restante. O valor pago pelo Governo é fixo, por isso o cidadão poderá desembolsar valores maiores ou menores para cada medicamento, de acordo com a marca e o preço praticado pelo estabelecimento farmacêutico. Mas, em geral, a população paga cerca de um décimo do preço de mercado do medicamento (BRASIL, 2008b).

Para ter acesso a esse benefício, o usuário deve procurar um estabelecimento farmacêutico privado com a identificação do Programa ATFP e apresentar a prescrição, acompanhada do seu Cadastro de Pessoa Física (BRASIL, 2013c).

Atualmente, o elenco oficial dos medicamentos destinados à venda, através do “sistema de copagamento”, no Programa ATFP, é composto por 14 medicamentos, indicados para o tratamento de dislipidemia, doença de Parkinson, glaucoma, osteoporose e rinite, além de contraceptivos (ANEXO B) (BRASIL, 2014d).



## 2.4 Programa Saúde Não Tem Preço

No dia 3 de fevereiro de 2011 foi anunciado o lançamento do Programa SNTP, que viria a complementar o PFPB e o Programa ATFP. Por meio do Programa SNTP, pacientes com hipertensão, diabetes ou asma passaram a ter acesso gratuito aos medicamentos para o tratamento destas doenças, que anteriormente estavam contemplados no Programa ATFP, no sistema de copagamento.

A gratuidade dos medicamentos foi anunciada durante o lançamento da campanha Saúde Não Tem Preço. Esta oferta de medicamentos gratuitos na rede Aqui Tem Farmácia Popular foi resultado de acordo entre o Ministério da Saúde e entidades da indústria e do comércio. Segundo informações do Ministério da Saúde, o Programa SNTP beneficia 33 milhões de brasileiros com hipertensão e 7,5 milhões de pacientes com diabetes, além de ajudar no orçamento das famílias mais humildes, que comprometem 12% de sua renda com a aquisição de medicamentos (BRASIL, 2011b).

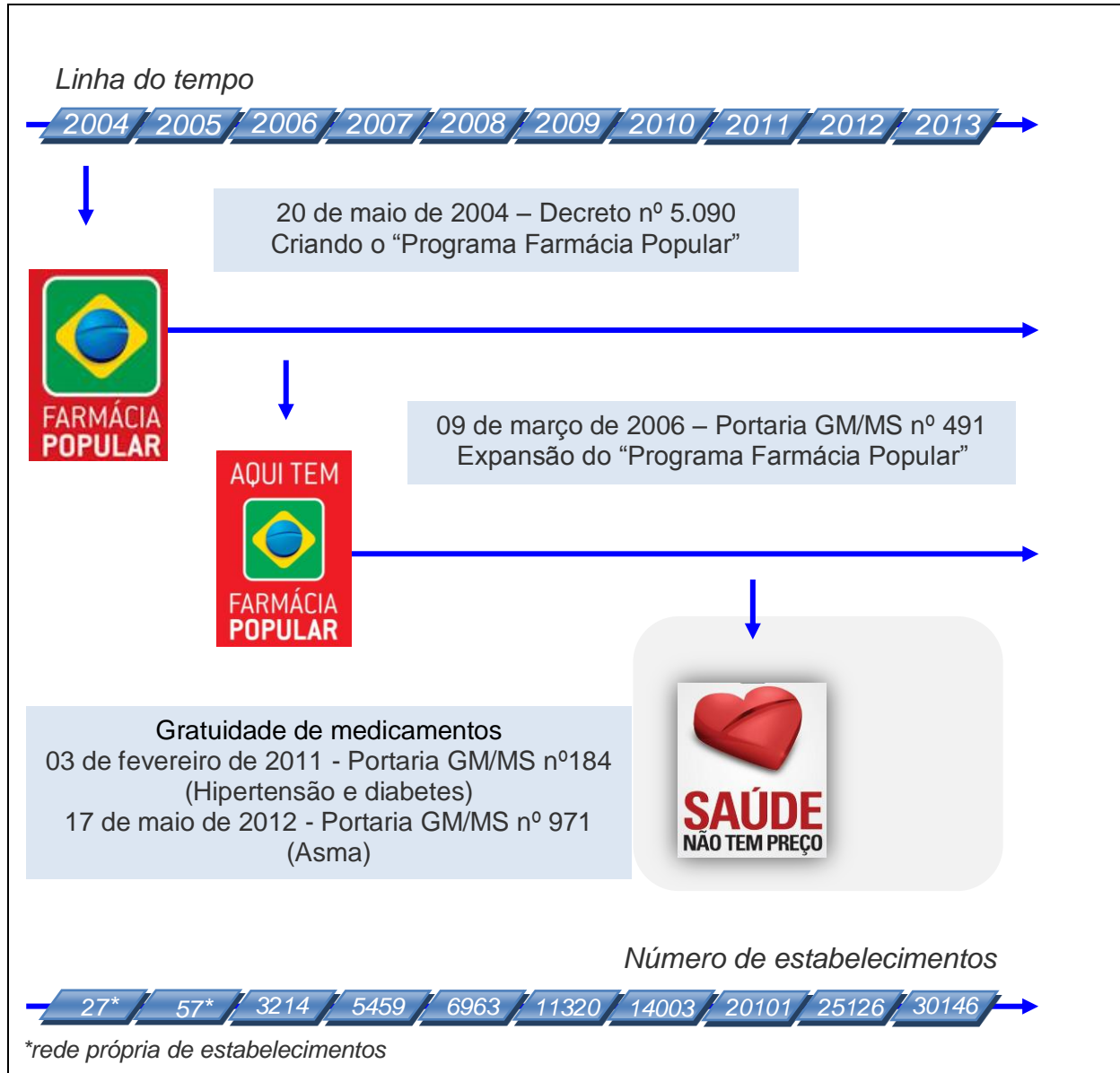
O Programa SNTP, tornou gratuita a distribuição de 11 medicamentos para o tratamento de diabetes, hipertensão e asma e já beneficiou 19 milhões de pessoas conforme dados do Ministério da Saúde. A gratuidade impulsionou também a procura pelos outros itens ofertados com até 90% de desconto, através do Programa ATFP (BRASIL, 2013c).

A Figura 1 apresenta o fluxo de implementação dos três programas mencionados anteriormente, voltados à ampliação de acesso a medicamentos, e o número de estabelecimentos farmacêuticos credenciados no Ministério da Saúde e participantes do PFPB; estão contabilizadas as “unidades próprias” e os estabelecimentos privados devidamente conveniados (BRASIL, 2014d).

Pode-se constatar que o número de estabelecimentos farmacêuticos vinculados ao PFPB vem aumentando gradativamente durante os últimos 10 anos, apresentando seus maiores índices de crescimento nos anos de 2006, com o lançamento do Programa ATFP, e de 2011, com o Programa SNTP.

A partir do Programa SNTP foram credenciados ao Ministério da Saúde mais de 10 mil novos estabelecimentos farmacêuticos privados; números expressivos quando comparados aos resultados anteriores.

**Figura 1 – Fluxo de implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil e suas respectivas ampliações, relacionado ao número de estabelecimentos farmacêuticos (rede própria e privados) credenciados no Ministério da Saúde.**



Fonte: Elaboração própria.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde investiu quase R\$ 4 bilhões de reais no PFPB: R\$ 763 milhões em 2011; R\$ 1,3 bilhão no ano de 2012; e o orçamento para 2013 era de R\$ 1,9 bilhão (BRASIL, 2013e).

Apesar de todo o entusiasmo com os resultados informados pelo governo, algumas críticas ao programa são mencionadas. A Interfarma, Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa, aponta que, apesar dos investimentos crescentes, o próprio sucesso do programa torna inviável a sua ampliação. Destaca

que os descontos concedidos pela indústria farmacêutica foram determinantes para a implantação do programa e, mesmo assim, o governo precisou duplicar os recursos investidos. Os valores necessários para a manutenção e ampliação do programa geram desconfiança sobre a sua sustentabilidade (INTERFARMA, 2012).

Neste contexto, estudos que avaliem e discutam os resultados alcançados pelo programa SNTP, sobretudo nos aspectos relacionados ao acesso a medicamentos no Brasil, são fundamentais.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar o impacto do Programa Saúde Não Tem Preço no acesso a anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos no Brasil.

#### **3.2 Objetivos específicos**

3.2.1 Analisar a variação percentual do número de unidades dispensadas nos estabelecimentos farmacêuticos privados, nas três classes terapêuticas contempladas no Programa Saúde Não Tem Preço (anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos), durante os 12 primeiros meses de disponibilidade dos medicamentos no programa, em comparação com os 12 meses anteriores.

3.2.2 Analisar as repercussões do Programa Saúde Não Tem Preço sobre o número de unidades dispensadas de outros medicamentos da mesma classe, não contemplados no programa.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Desenho do estudo**

Estudo observacional, longitudinal, sobre o acesso a medicamentos contemplados no Programa SNTP.

### **4.2 Fonte de dados**

Os dados foram obtidos a partir dos relatórios do laboratório EMS, que inclui dados auditados em 55 mil farmácias e drogarias distribuídas por todo o território brasileiro, representando aproximadamente 76% dos estabelecimentos farmacêuticos privados do país (EMS, 2013).

O período de estudo das classes de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos correspondeu a 01 de fevereiro de 2010 e 31 de janeiro de 2012. No caso dos medicamentos antiasmáticos o período de estudo correspondeu aos 24 meses entre 01 de junho de 2011 e 31 de maio de 2013, uma vez que estes medicamentos foram incluídos no Programa SNTP em junho de 2012.

### **4.3 Definição dos grupos de medicamentos estudados**

Atualmente, a lista de medicamentos contemplados no Programa SNTP é constituída por 13 princípios ativos; em fevereiro de 2011 esta lista possuía apenas 11 apresentações (sendo seis indicadas para o tratamento da hipertensão arterial e cinco para o tratamento do diabetes); a partir de junho de 2012, foram incluídas oito apresentações para o tratamento da asma (BRASIL, 2014a).

No Quadro 1 estão descritos os medicamentos dispensados gratuitamente no escopo do Programa SNTP, e suas respectivas indicações terapêuticas principais (BRASIL, 2014b).

**Quadro 1 – Relação de medicamentos contemplados no Programa SNTP e respectiva indicação terapêutica principal.**

Medicamentos	Indicação
captopril 25 mg, comprimido	Hipertensão
maleato de enalapril 10 mg, comprimido	Hipertensão
cloridrato de propranolol 40 mg, comprimido	Hipertensão
atenolol 25 mg, comprimido	Hipertensão
hidroclorotiazida 25 mg, comprimido	Hipertensão
losartana potássica 50 mg, comprimido	Hipertensão
glibenclamida 5 mg, comprimido	Diabetes
cloridrato de metformina 500 mg, comprimido	Diabetes
cloridrato de metformina 850 mg, comprimido	Diabetes
insulina humana NPH 100 UI/mL – suspensão injetável, frasco-ampola 10 mL	Diabetes
insulina humana NPH 100 UI/mL – suspensão injetável, frasco-ampola 5 mL	Diabetes
insulina humana NPH 100 UI/mL – suspensão injetável, refil 3 mL (carpule)	Diabetes

**Quadro 1 – Relação de medicamentos contemplados no Programa SNTF e respectiva indicação terapêutica principal (Continuação).**

insulina humana NPH 100 UI/mL – suspensão injetável, refil 1,5 mL (carpule)	Diabetes
insulina humana regular 100 UI/mL, solução injetável, frasco-ampola 10 mL	Diabetes
insulina humana regular 100 UI/mL, solução injetável, frasco-ampola 5 mL	Diabetes
insulina humana regular 100 UI/mL, solução injetável, refil 3 mL (carpules)	Diabetes
insulina humana regular 100 UI/mL, solução injetável, refil 1,5 mL (carpules)	Diabetes
sulfato de salbutamol 5 mg/mL – Solução para Inalação 1 (um) mililitro	Asma
sulfato de salbutamol 100 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado 1 (uma) dose	Asma
brometo de ipratrópio 0,25 mg/mL - Administração pulmonar, solução para inalação 1 (um) mililitro	Asma
brometo de ipratrópio 0,02 mg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado 1 (uma) dose	Asma
dipropionato de beclometasona 50 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado 1 (uma) dose	Asma
dipropionato de beclometasona 200 mcg/cápsula - Administração pulmonar, cápsulas inalantes 1 (uma) cápsula	Asma
dipropionato de beclometasona 200 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado 1 (uma) dose	Asma
dipropionato de beclometasona 250 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado 1 (uma) dose	Asma

Com base na Classificação Anatômico-Terapêutica e Química (ATC) os medicamentos contemplados no Programa SNTP foram analisados em quatro grupos distintos: anti-hipertensivos (C02), antidiabéticos orais (A10B), insulinas e análogos de insulina (A10A), e antiasmáticos (R03) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013c).

Desta forma, foi possível realizar análises comparativas entre as apresentações contempladas no Programa SNTP e outras não contempladas, pertencentes aos mesmos grupos farmacológicos.

#### **4.4 Procedimentos**

As informações contidas nos relatórios referem-se às unidades de comercialização registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Tais unidades de comercialização são representadas por diferentes apresentações dos medicamentos: uma unidade de comercialização equivaleria a uma caixa contendo 28 comprimidos de captopril na concentração de 25 mg, ou ainda, um frasco-ampola de 10 mL contendo suspensão injetável de insulina humana NPH na concentração 100 UI/mL, por exemplo. Desta forma, foi necessário ajustar as apresentações dos medicamentos na base de dados, a fim de uniformizar a contagem de unidades.

A classe dos medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos orais foram analisadas pelo número de comprimidos dispensados; insulinas e análogos de insulina foram analisados com base no número de unidades internacionais dispensadas.

A classe dos agentes antiasmáticos foi analisada com base no número de unidades de comercialização dispensadas: frascos de solução para inalação, cápsulas para administração pulmonar, etc.

Análise semelhante foi realizada com as apresentações dos medicamentos comercializados na forma de combinações em dose fixa não incluídas no Programa SNTP, mas formuladas com os mesmos princípios ativos disponíveis no programa.



## 5 RESULTADOS

Os resultados estão descritos na forma de artigos científicos, que analisam cada uma das classes de medicamentos mencionadas, conforme apresentado a seguir.

- Artigo 1: *Access to antihypertensive agents in Brazil: evaluation of the “Health Has No Price” Program*
- Artigo 2: Programa Saúde Não tem Preço e o acesso a medicamentos para o tratamento do diabetes no Brasil.
- Artigo 3: Ampliação do acesso aos agentes antiasmáticos no Brasil

A apresentação dos resultados em formato de artigo científico segue as orientações estabelecidas pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba.

### **5.1 Artigo 1: *Access to antihypertensive agents in Brazil: evaluation of the “Health Has No Price” Program***

O artigo científico “*Access to antihypertensive agents in Brazil: evaluation of the “Health Has No Price” Program*” avaliou o acesso a medicamentos anti-hipertensivos no primeiro ano de vigência do Programa SNTP e a repercussão sobre outros medicamentos da mesma classe não contemplados no Programa.

O artigo referido encontra-se apresentado segundo as normas do periódico “*Clinical Therapeutics*” (ISSN 0149-2918; fator de impacto: 2.586; fator de impacto 5-Years: 2.662; Classificação WebQualis/Capes: estrato B1 para a área de Farmácia); ao qual foi submetido e, posteriormente, aprovado para publicação em 02 de junho de 2014, podendo ser acessado pelo respectivo DOI: 10.1016/j.clinthera.2014.06.003.

**Access to antihypertensive agents in Brazil: evaluation of the “Health Has No Price” Program**

**Short title: Access to antihypertensive agents in Brazil**

**João Leopoldo Oliveira Araujo<sup>1</sup>, Mariana Donato Pereira<sup>1</sup>, Fernando de Sá Del Fiol<sup>1</sup> & Silvio Barberato-Filho<sup>1\*</sup>**

<sup>1</sup>Graduate Program in Pharmaceutical Sciences. University of Sorocaba. Sorocaba, Sao Paulo State, Brazil.

\*Corresponding autor: Silvio Barberato-Filho. Universidade de Sorocaba. Rodovia Raposo Tavares, Km 92,5, Sorocaba, SP, Brazil. CEP 18023-000. Phone: +55 15 2101-7124. E-mail: [silvio.barberato@prof.uniso.br](mailto:silvio.barberato@prof.uniso.br)

## **Access to antihypertensive agents in Brazil: evaluation of the “Health Has No Price” Program**

### **Abstract**

**Background:** Adequate access to medicines remains a worldwide problem that affects billions of people, especially those living in poverty and vulnerable conditions.

**Objective:** This article aims to evaluate access to antihypertensive agents during the first year of the “Health Has No Price” Program (*Saúde Não Tem Preço* - SNTP) in Brazil.

**Methods:** Thus, a longitudinal and observational study was performed based on the number of antihypertensive medications supplied in 55 thousand private pharmacies distributed throughout the Brazilian territory during the period between February 1, 2010 and January 31, 2012. The number of antihypertensive pills supplied in the first 12 months of the SNTP Program was compared with the number of pills supplied in the 12 months prior to its implementation.

**Results:** Six antihypertensive medicines showed an increase between 32% and 120% in the number of pills supplied in the first year of the Program. In this same period, the growth of the Brazilian pharmaceutical market was approximately 13%. Additionally, 11 medicines containing the same active ingredients as the antihypertensive agents of the SNTP Program, but at concentrations not available for gratuity, were analysed; it was found that none showed a change above 8%, and five showed a reduction in the number of pills supplied after the implementation of the SNTP Program. The analysis of seven fixed-dose combinations not available in the SNTP Program that were formulated with the same active ingredients showed a change below the annual percentage growth of the Brazilian pharmaceutical market.

**Conclusion:** The SNTP Program may have contributed to increased access to antihypertensive medicines in Brazil.

**Keywords:** Health policy. Health systems. Access to health services. Antihypertensive agents. Cardiovascular.

**Key Messages:**

This paper is the first to present the results of the “Health Has No Price” Program in the access to antihypertensive medicines in Brazil.

In 2011, the Brazilian government began to provide free of charge, six antihypertensive medicines in the private pharmacies accredited by the Ministry of Health.

A significant increase occurred in access to the antihypertensive medicines included in the SNTP Program, especially when compared to other antihypertensive agents available in the Brazilian market.

## Introduction

In Brazil, the public health system (Sistema Único de Saúde - SUS), created in 1990, took over the guarantee of integral therapeutic assistance, including pharmaceutical assistance. Brazil is one of the few countries that maintains a policy of free access to essential medicines in a decentralised network of Health Units, with more than 40,000 basic health units (health centres) covering almost all of its 5,565 municipalities.<sup>1,2</sup>

According to data collected in the Pesquisa de Orçamentos Familiares (Household Budget Survey) from 2008-2009, while the poorest Brazilian families (classified as being in the first tenth of incomes) committed up to 12.0% of their per capita monthly income to the acquisition of medications, the richest families (located at the top tenth of incomes) committed only 1.7% of their per capita monthly income to medications.<sup>3</sup>

Although the percentage of the world population without access to essential medicines has decreased, it is estimated that 1.3 to 2.1 billion people do not have access to them, especially in poor and vulnerable populations.<sup>4,5</sup> Whether funded by patients, subsidised by governments or health systems or even distributed free of charge, the cost of medicines has a decisive role in the financial sustainability of individuals and systems.

The concept of economic accessibility assumes that the cost of medicine does not compromise an excessive proportion of the family income, forcing the user to forego other basic needs to purchase the necessary medicines.<sup>6</sup> Other barriers that make access more difficult are unavailability, the difficulties of transportation and the level of information the users have about their health services.<sup>7</sup>

With the aim of expanding access to medicines, in 2006, the Brazilian government began to subsidise part of the cost of the medicines used in hypertension treatment through a system of copayment of approximately 90% of the value of the medicines purchased in private pharmacies and drugstores accredited with the Ministry of Health.<sup>8</sup>

In February 2011, this policy was reformulated with the launching of the "Health Has No Price" Program - Saúde Não Tem Preço (SNTTP Program), from which the accredited pharmaceutical establishments started to provide six antihypertensive medicines (atenolol, captopril, enalapril, propranolol,

hydrochlorothiazide and losartan) free of charge, with subsequent reimbursement of the amount agreed between the government and the pharmaceutical industry.<sup>9</sup>

These types of partnerships have been important for increasing access to medicines in a short period of time. However, equal access throughout the population requires high distribution coverage in both the private and public sectors.<sup>10,11</sup> In this context, the aim of this study was to evaluate the access to antihypertensive agents during the first year of the “Health Has No Price” Program in Brazil.

## **Method**

This is a longitudinal and observational study on access to antihypertensive medicines in Brazil after the implementation of the SNTP Program. The data were obtained from EMS report for the period between February 1, 2010 and January 31, 2012 and include audited data on 55 thousand pharmacies distributed throughout the Brazilian territory, representing approximately 76% of the private pharmaceutical establishments in the country.<sup>12</sup>

The number of antihypertensive pills supplied for free in the first 12 months of the SNTP Program was compared with the number of pills supplied in the 12 months prior to the implementation of this Program (copayment system).<sup>12</sup> A similar analysis was performed with 11 other antihypertensive medicines not included in the SNTP Program that were formulated with the same active ingredients but in different concentrations.

In addition, seven fixed-dose combinations not included in the SNTP Program but formulated with the same active ingredients as those medicines included in the Program were analysed. These two analyses allowed us to verify the influence of the SNTP Program on the access to antihypertensive medicines in Brazil.

## Results

With the exception of atenolol 25 mg, the other antihypertensive medicines available in the SNTP Program belonged to the National List of Essential Medicines which, in turn, selected 23 antihypertensive medicines, some with restricted use indications.<sup>13</sup>

The percentage change in the number of pills supplied in the first 12 months of the SNTP Program showed an increase between 32% and 120%. In this same period, the growth of the Brazilian pharmaceutical market was approximately 13%.<sup>12</sup> Table I shows the number of pills supplied in the first 12 months of the SNTP Program (free of charge) and in the 12 months prior to the Program (copayment system).

**Table I – Number of antihypertensive pills supplied in the first 12 months of the “Health Has No Price” Program (free of charge) and in the 12 months prior to the Program (copayment system). Brazil, Feb., 2010-Jan., 2012.**

Medicine	Concentration (in mg)	Copayment (Feb., 2010- Jan., 2011)	Free of charge (Feb., 2011- Jan., 2012)	Percent Change
Atenolol	25	304,087,960	482,877,018	58.80
Captopril	25	302,276,025	461,390,233	52.64
Enalapril	10	319,933,350	487,284,458	52.31
Hydrochlorothiazide	25	265,843,910	495,631,100	86.44
Losartan	50	359,962,799	790,687,934	119.66
Propranolol	40	183,980,800	243,642,370	32.43

Source: Adapted from information published by EMS report<sup>12</sup>.



Aiming to verify whether other antihypertensive medicines not available in the SNTP Program had a similar increase in their access, 11 medicines containing the same active ingredients as the antihypertensive medicines from the SNTP Program, but with different concentrations, were analysed. It was found that none showed an increase exceeding 8%, and five had a reduction in the number of pills supplied after the implementation of the SNTP Program. Table II shows the number of pills supplied in the same periods previously analysed (Feb., 2010-Jan., 2011 and Feb., 2011-Jan., 2012).

**Table II – Number of antihypertensive pills not available in the “Health Has No Price” Program, supplied in the first 12 months of the Program and in the 12 months prior to the Program. Brazil, Feb., 2010-Jan., 2012.**

Medicines	Concentration (in mg)	Feb., 2010- Jan., 2011	Feb., 2011- Jan., 2012	Percent Change
Atenolol	50 <sup>a,b</sup>	207,350,020	212,591,140	2.53
	100 <sup>a,b</sup>	28,145,138	27,682,230	-1.64
Captopril	12.5	15,187,500	13,258,408	-12.70
	50 <sup>a</sup>	37,642,478	38,890,779	3.32
Enalapril	5 <sup>a,b</sup>	51,905,810	51,587,040	-0.61
	20 <sup>a,b</sup>	107,881,840	116,156,300	7.67
Hydrochlorothiazide	50	59,456,800	58,039,090	-2.38
Propranolol	10 <sup>a,b</sup>	25,773,300	27,649,182	7.28
	80	20,854,390	20,933,030	0.38
Losartan	25	63,129,260	66,117,270	4.73
	100	1,658,311	1,586,309	-4.34

<sup>a</sup> Concentrations included in the Rename 2010.<sup>13</sup>

<sup>b</sup> Concentrations included in the Rename 2012.<sup>14</sup>

Source: Adapted from information published by EMS report.<sup>12</sup>

The analysis of seven fixed-dose combinations not available in the SNTP Program, but formulated with the same active ingredients, also revealed that only combinations containing losartan increased the number of units supplied after the

implementation of the SNTP Program. Table III shows the number of pills these fixed-dose combinations supplied in the same periods previously analysed.

**Table III – Number of pills of fixed-dose combinations containing antihypertensive agents not included in the “Health Has No Price” Program, supplied in the first 12 months of the Program and in the 12 months prior to the Program. Brazil, Feb., 2010-Jan., 2012.**

Fixed-dose combination	Concentration (in mg)	Feb., 2010-Jan., 2011	Feb., 2011-Jan., 2012	Percent Change
Captopril + hydrochlorothiazide	50 + 25	1,600,522	1,268,052	-20.77
Losartan + hydrochlorothiazide	50 + 12.5	44,679,690	49,341,238	10.43
	100 + 50	149,909,488	155,891,114	3.99
Enalapril + hydrochlorothiazide	10 + 25	18,589,660	16,781,100	-9.73
	20 + 12.5	30,791,790	29,520,450	-4.13
Propranolol + hydrochlorothiazide	40 + 25	30,248,220	28,014,390	-7.38
	80 + 25	12,520,860	11,504,970	-8.11

Source: Adapted from information published by EMS report.<sup>12</sup>

## Discussion and conclusions

The results of this study confirm a significant increase in access to the antihypertensive medicines included in the SNTP Program, especially when compared to other antihypertensive medicines available in the Brazilian market.

Although selected from the National List of Essential Medicines these medicines are not always available in the SUS.<sup>13,14</sup> Problems of scheduling, acquisition, inventory control, storage, distribution and supply of the medicines have been identified as the main causes of medicine shortages in the health units<sup>15</sup>. Vieira<sup>2</sup> also presented the results of several studies that have found problems in the management and application of financial resources for pharmaceutical assistance in

the SUS. According to Helfer *et al.*,<sup>16</sup> the average availability of medicines used in hypertension treatment varied between 80.0% and 100.0% in six municipalities in Southern Brazil, including public and private pharmacies.<sup>15</sup>

In this context, the implementation of the SNTP Program with private pharmacies accredited by the Ministry of Health significantly increased the number of access points to antihypertensive medicines in Brazil. The number of accredited pharmacies went from 14,003 in December 2010 to 22,470 establishments in July 2013, covering 3,664 municipalities and assisting more than 30 million hypertensive Brazilians<sup>17,18</sup>.

The percentage change analysis of the units of other antihypertensive medicines supplied, whether in single-drug formulation presentations or in fixed-dose combinations, proved that the expansion of the access was restricted to the medicines included in the SNTP Program.

The reduction in the number of units supplied observed in some presentations not included in the SNTP Program could be a result of the preference for prescriptions for medicines available in the Program.

The non-inclusion of certain fixed-dose combinations in the SNTP Program can induce the separate prescription of the two medicines. This is the case, for example, for combinations of enalapril 10 mg + hydrochlorothiazide 25 mg or propranolol 40 mg + hydrochlorothiazide 25 mg, whose presentations with a single-drug formulation can be obtained at no cost in the accredited establishments if prescribed separately.

The increase in the number of antihypertensive agent units supplied for those included in the SNTP Program was almost ten times greater than the growth of the pharmaceutical market in Brazil. The largest percentage change was observed in the most expensive medicine among those available in the Program: losartan. According to Dal Pizzol *et al.*,<sup>19</sup> although this medicine is in the Renam (Brazil's National List of Essential Medicines); this antihypertensive agent often has not been available in the Health Centres of the SUS. In contrast, the second largest percentage change was observed for hydrochlorothiazide, which is widely available in the SUS.

It was further observed that the group of antihypertensive medicines included in the SNTP Program should be aligned with Brazil's National List of Essential Medicines. Atenolol 25 mg, for example, is available in the SNTP Program,

but it does not appear in the Renames 2010 or 2012. In contrast, atenolol 50 mg and 100 mg appear in the Renames 2010 and 2012, but they are not available in the SNTP Program<sup>13,14</sup>.

It is worth mentioning that the data do not include the consumption in hospitals or information about medicines distributed freely in the Health Centres in the SUS, which, according to Gialdi (2009), represent approximately 30% of the medicine consumption in Brazil and constitute over 8,000 pharmacies.<sup>6</sup> Economic aspects, such as the amount refunded by the government to private pharmacies, which has been criticised for being much higher than the amount paid in the acquisition of the same medicines for distribution in the pharmacies of the SUS, were not addressed in this study.

According to Hogerzeil *et al.*,<sup>20</sup> the access to medicines is considered insufficient worldwide, with the population of low-income countries being the most affected and depending almost exclusively on the government's actions for access to treatment.<sup>19</sup> In Brazil, the results of this study reveal that the SNTP Program may have contributed greatly to expanding the access to antihypertensive medications. However, additional studies should be conducted to confirm the relation of the increase in access to the antihypertensive medicines included in the SNTP Program, and implementation that this public health policy. Importantly, the selection of the medicines to be available in the Program must always be guided by the criteria of efficacy, safety and cost-effectiveness.

### **Conflicts of interest**

The authors have indicated that they have no conflicts of interest regarding the content of this article.

## References

- [1] Paim J, Travassos CF, Almeida CF, Bahia LF, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011;377:1778-97. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8) PMID: 21561655
- [2] Vieira FS. Pharmaceutical assistance in the Brazilian public health care system. *Rev Panam Salud Public* 2010;27(2):149-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010000200010> PMID:20339620
- [3] Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Programas de Assistência Farmacêutica do Governo Federal: evolução recente das compras diretas de medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008. Brasília: IPEA; 2011. [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1201/1/td\\_1658.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1201/1/td_1658.pdf) . Accessed December 30, 2013.
- [4] *The world medicines situation*. Geneva: World Health Organization; 2004.
- [5] Bigdeli M, Jacobs B, Tomson G, Laing R, Ghaffar A, Dujardin B et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health policy and planning* 2012;27:1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czs108> PMID: 23174879
- [6] Pan American Health Organization. Access to High-Cost Medicines in the Americas: Situation, Challenges and Perspectives. Washington: PAHO; 2010. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19112en/s19112en.pdf>. Accessed December 30, 2013.
- [7] Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health policy and planning* 2012;27(4):288-300. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czr038> PMID:21565939

- [8] Brazil. Portaria nº. 491, 9 March 2006. Providing for the expansion of the “Popular Pharmacy of Brazil” Program. Brasília: Brazil; 2006.  
<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=59&data=10/03/2006>. Accessed December 30, 2013.
- [9] Brazil. Portaria nº. 184, 3 February 2011. Providing for the “Popular Pharmacy of Brazil” Program]. Brasília: Brazil; 2011.  
<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=35&data=04/02/2011>. Accessed December 30, 2013.
- [10] Pratt B, Loff B. The Contribution of Product Development Partnerships to Access to Medicines and Research Capacity Building. *Lancet* 2012; 380:S19. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60305-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60305-0) PMID:24028246
- [11] Cameron A, Ewen M, Ross-Degnan D, Ball D, Laing R. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *Lancet* 2009; 373: 240-9 doi:  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61762-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61762-6) PMID:19042012
- [12] EMS report. Departamento de Treinamento e Desenvolvimento de Vendas. Tudo o que você precisava saber sobre: Programa Farmácia Popular. Campinas: Depto. de Treinamento e Desenvolvimento de Vendas EMS; 2013.  
<http://pdfcast.org/download/manual-de-treinamento.pdf>. Accessed December 20, 2013.
- [13] Ministério da Saúde. National list of essential medicines: Rename. Brasília: MS; 2010. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rename2010final.pdf>. Accessed December 30, 2013.
- [14] Ministério da Saúde. National list of essential medicines: Rename. Brasília: MS; 2012.  
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/CONITECPORTARIAMS5332012.pdf>. Accessed December 30, 2013.

- [15] Macedo EI, Lopes LC, Barberato-Filho S. A technical analysis of medicines request-related decision making in Brazilian courts. *Revista de saude publica* 2011;45(4):706-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000044> PMID:21739077
- [16] Helfer AP, Camargo AL, Tavares NUL, Kanavos P, Bertoldi AD. Affordability and availability of drugs for treatment of chronic diseases in the public health care system. *Rev Panam Salud Publica* 2012;31:225-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000300007> PMID:22569697
- [17] Ministério da Saúde. Health Has No Price: Free Access to medicines grows 273%. Brasília: MS; 2012. <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/01/acesso-a-medicamentos-gratuitos-cresce-273>. Accessed December 30, 2013.
- [18] Ministério da Saúde. Room to Support the Strategic Management of the Ministry of Health: Health Indicators at a click. Brasília: MS; 2013. <http://189.28.128.178/sage/>. Accessed December 30, 2013.
- [19] Dal Pizzol Tda S, Trevisol DJ, Heineck I, Flores LM, Camargo AL, Koenig A, et al. Adherence to essential medicines in cities from three Brazilian states. *Cad Saude Publica* 2010;26(4):827-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400024> PMID:20512222
- [20] Hogerzeil HV, Liberman J, Wirtz VJ, Kishore SP, Selvaraj S, Kiddell-Monroe R, et al. Promotion of access to essential medicines for non-communicable diseases: practical implications of the UN political declaration. *Lancet* 2013;381(9867):680-9. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62128-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62128-X) PMID:23410612

## **5.2 Artigo 2: Programa Saúde Não Tem Preço e o acesso a medicamentos para o tratamento do diabetes no Brasil**

Este artigo científico analisa o impacto do Programa Saúde Não Tem Preço no acesso aos medicamentos utilizados para o tratamento do diabetes no Brasil, no primeiro ano de vigência do Programa.

Encontra-se apresentado segundo as normas do periódico “Revista de Saúde Publica” (ISSN 0034-8910; fator de impacto: 1,328; Classificação Webqualis/Capes: estrato B2 para a área de Farmácia), ao qual foi submetido em 08 de junho de 2014.



**Programa Saúde Não Tem Preço e acesso a medicamentos para o tratamento  
do diabetes no Brasil**

**“Health Has No Price” program and access to medicines for diabetes treatment  
in Brazil**

**Título resumido: Programa Saúde Não Tem Preço**

**Autores: João Leopoldo Oliveira Araujo<sup>1</sup>; Mariana Donato Pereira<sup>1</sup>; Fernando de Sá Del Fiol<sup>1</sup>; Luciane Cruz Lopes<sup>1</sup>; Maria Inês de Toledo<sup>2</sup>; Silvio Barberato-Filho<sup>1\*</sup>.**

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Universidade de Sorocaba. Sorocaba, SP, Brasil. Rod. Raposo Tavares, Km 92,5, Sorocaba, SP, Brasil. CEP 18023-000. Telefone: (15) 2101-7000

<sup>2</sup>Curso de Ciências Farmacêuticas. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília, DF, Brasil. CEP 70910-900.

\*Correspondência: Silvio Barberato-Filho. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Sorocaba. Rod. Raposo Tavares, Km 92,5, 18023-000 Sorocaba, SP. E-mail: [silvio.barberato@prof.uniso.br](mailto:silvio.barberato@prof.uniso.br)

## RESUMO

**OBJETIVO:** Avaliar o impacto do Programa Saúde Não Tem Preço (SNTP) sobre o acesso a medicamentos para o tratamento do diabetes no Brasil.

**MÉTODOS:** Estudo longitudinal e observacional, baseado no número de unidades de antidiabéticos orais, insulinas e análogos de insulina dispensados em 55 mil estabelecimentos farmacêuticos privados do Brasil, durante o período entre 01 de fevereiro de 2010 e 31 de janeiro de 2012. O número de comprimidos (para antidiabéticos orais) e de unidades internacionais (para insulinas e análogos de insulina) dispensados nos 12 primeiros meses de vigência do Programa SNTP (sistema de gratuidade) foi comparado com o número de comprimidos e unidades internacionais dispensados nos 12 meses que antecederam a implantação deste Programa (sistema de copagamento).

**RESULTADOS:** Entre os antidiabéticos orais, glibenclamida 5 mg apresentou aumento de 65,9% no número de comprimidos dispensados no primeiro ano de vigência do Programa SNTP; metformina 500 mg e 850 mg, apresentaram aumento de 46,8% e 39,9%, respectivamente. Entre os antidiabéticos orais não contemplados no Programa SNTP, glimepirida 4 mg apresentou o maior aumento percentual de unidades dispensadas (19,2%) no mesmo período. As insulinas contempladas no Programa SNTP apresentaram as maiores variações percentuais do número de unidades internacionais dispensadas: aumento de 97,8% para insulina regular humana e de 78,0% para insulina isofana (NPH). Entre os análogos de insulina (não contemplados no Programa SNTP), insulina glulisina apresentou o maior aumento percentual de unidades dispensadas (34,2%). Todas as combinações em dose fixa analisadas (contendo antidiabéticos orais ou insulinas) apresentaram redução do número de unidades dispensadas no mesmo período.

**CONCLUSÕES:** Constatou-se que o Programa SNTP contribuiu para a ampliação do acesso aos medicamentos para o tratamento do diabetes no Brasil.

**DESCRITORES:** Política de saúde. Sistemas de saúde. Acesso aos serviços de saúde. Antidiabéticos.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To evaluate the impact of the “Health Has No Price” Program (*Saúde Não Tem Preço* - SNTP) on access to medicines for the treatment of diabetes in Brazil.

**METHODS:** A longitudinal and observational study, based on the number of units of oral hypoglycemic agents, insulin and insulin analogues supplied in 55 thousand private pharmacies in Brazil, during the period between February 1, 2010 and January, 31, 2012. The number of pills (for oral hypoglycemic agents) and international units (for insulins and insulin analogues) supplied in the first 12 months of the SNTP Program (gratuity) was compared with the number of pills and international units supplied in the 12 months prior to its implementation (copayment).

**RESULTS:** Insulin's contemplated in SNTP program had the highest percentage changes in the number of international units supplied: increase of 97.8% for regular human insulin and 78.0% for isophane insulin (NPH). Among the oral hypoglycemic agents, glibenclamide 5 mg increased by 65.9% in the number of pills dispensed in the first year of the SNTP Program; Metformin 500 mg and 850 mg, increased by 46.8% and 39.9%, respectively. Among the hypoglycemic agents not available in the SNTP Program, glimepiride 4 mg had the highest percentage increase in units supplied (19.2%) in the same period. Between insulin analogues (not available in the SNTP Program), insulin glulisine showed the largest percentage increase in units dispensed (34.2%). All fixed-dose combinations analyzed (formulated with oral hypoglycemic agents or insulin) decreased the number of units supplied in the same period.

**CONCLUSIONS:** The SNTP Program contributed to increase access to medicines for the treatment of diabetes in Brazil.

**DESCRIPTORS:** Health Policy. Health Systems. Health Services Accessibility Hypoglycemic Agents.

**Mensagens chave:**

- Em 2011, o governo brasileiro começou a fornecer gratuitamente, em estabelecimentos farmacêuticos privados credenciados pelo Ministério da Saúde, cinco medicamentos para o tratamento do diabetes.
  
- O presente trabalho é o primeiro a descrever o impacto do Programa Saúde Não Tem Preço no acesso aos medicamentos para o tratamento do diabetes no Brasil.
  
- Foi observado aumento expressivo no acesso aos antidiabéticos incluídos no Programa Saúde Não tem Preço, especialmente quando comparado com outros antidiabéticos não contemplados no Programa.

## Programa Saúde Não Tem Preço e acesso a medicamentos para o tratamento do diabetes no Brasil

### Introdução

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o acesso a medicamentos essenciais é reconhecido como um dos cinco indicadores relacionados a avanços na garantia do direito à saúde.<sup>5</sup> Embora o percentual da população mundial sem acesso a medicamentos essenciais tenha diminuído, aproximadamente 1,3 a 2,1 bilhões de pessoas ainda não têm acesso a eles.<sup>9</sup>

Nos países em desenvolvimento, particularmente na América Latina, são grandes as diferenças entre os níveis de consumo de medicamentos em cada um dos estratos populacionais.<sup>7</sup> Camadas de maior poder aquisitivo apresentam padrões de consumo similares aos países mais ricos, enquanto as camadas mais pobres encontram dificuldades de acesso aos medicamentos básicos.<sup>1</sup>

Segundo Cameron et al<sup>2</sup> (2009), no setor público, mesmo quando os medicamentos estão previstos para distribuição gratuita ou a baixo custo, o acesso é limitado pela baixa disponibilidade. Esta baixa disponibilidade pode ser decorrente de uma combinação de fatores, tais como: financiamento insuficiente; falta de incentivos para a manutenção de estoques; incapacidade de prever demandas com precisão; sistemas de distribuição ineficientes; ou desvio de medicamentos para comércio privado.

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha a obrigação de fornecer os medicamentos selecionados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais para o tratamento de diabetes,<sup>2</sup> Bahia et al<sup>1</sup> (2011) constataram que 24,6% dos pacientes com diabetes no país compravam seus medicamentos em estabelecimentos farmacêuticos privados.

---

<sup>1</sup> Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Programas de Assistência Farmacêutica do Governo Federal: evolução recente das compras diretas de medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005 a 2008.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2010 [citado 2014 maio 14]. Disponível em:

[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101216\\_comunicado74.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101216_comunicado74.pdf).

<sup>2</sup> Brasil. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 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. Brasília: Subchefia para Assuntos Jurídicos. 1990 [citado 2014 maio 14]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

Com o objetivo de expandir o acesso a medicamentos no Brasil, a partir de 2006, o Governo passou a subsidiar parte do custo de medicamentos utilizados no tratamento de diabetes, por meio de um sistema de copagamento de aproximadamente 90% do valor dos medicamentos adquiridos em farmácias privadas conveniadas ao Ministério da Saúde.<sup>4</sup>

Em fevereiro de 2011 esta política foi ampliada com a criação do Programa Saúde Não Tem Preço (SNTP), a partir do qual os estabelecimentos farmacêuticos conveniados passaram a fornecer gratuitamente dois tipos de insulina (Insulina Regular Humana e Insulina Isofana ou NPH) e ainda três antidiabéticos orais (glibenclamida 5 mg e metformina 500 mg e 850 mg), com reembolso posterior do valor pactuado entre o governo e a indústria farmacêutica.<sup>4</sup> Neste contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do Programa SNTP sobre o acesso a medicamentos para o tratamento do diabetes no Brasil.

## **Método**

Estudo longitudinal e observacional do acesso a antidiabéticos no Brasil após a implantação do Programa SNTP. Os dados foram obtidos de relatório da empresa EMS<sup>3</sup>, incluindo dados captados em 55 mil farmácias e drogarias, que representam aproximadamente 76% dos estabelecimentos farmacêuticos privados do país, referentes ao período compreendido entre 01 de fevereiro de 2010 e 31 de janeiro de 2012.

O número de comprimidos (para antidiabéticos orais) e de unidades internacionais (para as insulinas e análogos de insulina) dispensados nos 12 primeiros meses de vigência do Programa SNTP (sistema de gratuidade) foi comparado, respectivamente, com o número de comprimidos e de unidades internacionais dispensados nos 12 meses que antecederam a implantação deste Programa (sistema de copagamento).

Dentre os antidiabéticos orais foram selecionados dois subgrupos químicos da Classificação Anatômico-Terapêutica e Química (ATC) da OMS, que incluíam fármacos contemplados no Programa SNTP (biguanidas e sulfonilureias) e também o subgrupo das insulinas.

Análise semelhante foi realizada com três combinações em dose fixa não incluídas no Programa SNTP (duas contendo antidiabéticos orais e uma com insulinas combinadas).

## **Resultados**

Todos os medicamentos para o tratamento do diabetes melitos contemplados no Programa SNTP apresentaram aumento do número de unidades dispensadas quando comparados os primeiros 12 meses de vigência do Programa SNTP e nos 12 meses anteriores à sua implementação. A variação percentual calculada variou entre 39,9% e 97,8%.

Na análise dos antidiabéticos orais foram incluídas quatro sulfonilureias (glibenclamida, glimepirida, glipizida e clorpropamida), uma biguanida (metformina) e três combinações em dose fixa, comercializadas no Brasil. Os medicamentos contemplados no Programa SNTP apresentaram aumento entre 39,9% e 65,9% do número de comprimidos dispensados no primeiro ano de vigência do programa. Nenhum outro antidiabético oral apresentou aumento comparável no número de unidades dispensadas. Três combinações em dose fixa analisadas (nenhuma delas contemplada no Programa SNTP) apresentaram redução do número de comprimidos dispensados após a implantação do Programa SNTP (Tabela 1).

**Tabela 1 – Número de comprimidos de antidiabéticos orais dispensados nos primeiros 12 meses de vigência do Programa Saúde Não tem Preço (Gratuidade) e nos 12 meses anteriores (Copagamento). Brasil, Fev. 2010-Jan. 2012.**

Medicamentos	ATC*	Copagamento (Fev. 2010- Jan. 2011)	Gratuidade (Fev. 2011- Jan. 2012)	Varição Percentual
<b>Medicamentos disponíveis no Programa Saúde Não tem Preço</b>				
glibenclamida 5 mg	A10BB01	158.388.380	262.747.850	65,9
metformina 500 mg	A10BA02	289.027.638	424.146.878	46,8
metformina 850 mg	A10BA02	283.321.454	396.338.216	39,9
<b>Medicamentos não disponíveis no Programa Saúde Não tem Preço</b>				
<b>Fármacos isolados</b>				
glimpirida 4 mg	A10BB12	38.372.010	45.749.970	19,2
metformina 1000 mg	A10BA02	12.940.380	14.202.110	9,8
glimpirida 2 mg	A10BB12	63.221.310	67.166.190	6,2
glipizida 5 mg	A10BB07	1.415.340	1.300.020	-8,2
clorpropamida 250 mg	A10BB02	17.151.540	14.763.550	-13,9
<b>Combinações em dose fixa</b>				
glibenclamida + metformina (1 mg + 500 mg) <sup>a</sup>	A10BD02	25.764.510	22.236.330	-13,7
glibenclamida + metformina (5 mg + 500 mg) <sup>b</sup>	A10BD02	41.330.990	36.197.800	-12,4
glibenclamida + metformina (2,5 mg + 500 mg) <sup>a</sup>	A10BD02	12.895.200	11.573.430	-10,3

\* ATC: Classificação Anatômico-Terapêutica e Química/Organização Mundial de Saúde.

<sup>a</sup> Somente um dos fármacos da combinação está contemplado no Programa SNTP na mesma concentração.

<sup>b</sup> Ambos os fármacos da combinação estão contemplados no Programa SNTP nas mesmas concentrações.

Fonte: Adaptado de EMS.<sup>3</sup>



Avaliação semelhante foi realizada com insulinas e análogos de insulina comercializados no país. As duas insulinas contempladas no Programa SNTP apresentaram as maiores variações percentuais do número de unidades internacionais dispensadas, inclusive quando comparadas com os antidiabéticos orais. A única apresentação de insulina que apresentou redução do número de unidades internacionais dispensadas após a implantação do programa foi a combinação em dose fixa de insulina regular humana + insulina isofana. Análogos de insulina (insulinas lispro, glulisina, glargina, asparte e detemir) também apresentaram aumento do número de unidades internacionais comercializadas, embora nenhuma delas esteja disponível no Programa SNTP (Tabela 2).

**Tabela 2 – Número de unidades internacionais de insulinas dispensadas nos primeiros 12 meses de vigência do Programa Saúde Não tem Preço (Gratuidade) e nos 12 meses anteriores (Copagamento). Brasil, Fev. 2010-Jan. 2012.**

Medicamentos	ATC*	Copagamento (Fev. 2010- Jan. 2011)	Gratuidade (Fev. 2011- Jan. 2012)	Varição Percentual
<b><i>Medicamentos disponíveis no Programa Saúde Não tem Preço</i></b>				
insulina regular humana	A10AB01	1.122.987	2.221.324	97,8
insulina isofana (NPH)	A10AC01	11.435.131	20.352.054	78,0
<b><i>Medicamentos não disponíveis no Programa Saúde Não tem Preço</i></b>				
<b><i>Fármacos isolados</i></b>				
insulina glulisina	A10AB06	429.221	575.883	34,2
insulina detemir	A10AE05	1.644.945	1.864.980	13,4
insulina lispro	A10AC04	1.278.932	1.396.643	9,2
insulina asparte	A10AB05	1.554.705	1.696.280	9,1
insulina glargina	A10AE04	3.328.109	3.533.336	9,1
<b><i>Combinações em dose fixa</i></b>				
insulina regular humana + insulina isofana (NPH) <sup>a</sup>	A10AD30	626.589	595.233	-5,0

\*ATC : Classificação Anatômico- Terapêutica e Química/Organização Mundial de Saúde.

<sup>a</sup> Ambas as insulinas estão contempladas no Programa SNTP, na forma isolada.

Fonte: Adaptado de EMS.<sup>3</sup>

## Discussão

O presente trabalho é o primeiro a descrever o impacto do Programa SNTP no acesso aos medicamentos antidiabéticos no Brasil, e seus resultados confirmaram a expressiva expansão do acesso aos medicamentos utilizados para o tratamento do diabetes contemplados no Programa SNTP, especialmente quando comparados a outros medicamentos pertencentes às mesmas classes terapêuticas disponíveis no mercado brasileiro.

A análise da variação percentual do número de comprimidos dispensados dos antidiabéticos orais e do número de unidades internacionais das insulinas, seja nas apresentações com monofármaco ou nas combinações em dose fixa, comprovou que a expansão do acesso foi maior nos medicamentos incluídos no Programa SNTP.

Constatou-se ainda que, a não inclusão de algumas combinações em dose fixa no Programa SNTP, pode induzir a prescrição dos dois medicamentos isolados. As quatro combinações em dose fixa analisadas, formuladas com princípios ativos que, como monofármacos, podem ser obtidos gratuitamente nos estabelecimentos farmacêuticos conveniados, apresentaram redução do número de unidades dispensadas após o início de vigência do Programa SNTP. Isto pode indicar a preferência pela prescrição de medicamentos disponíveis no programa.

A implantação do Programa SNTP, mediante convênio de estabelecimentos farmacêuticos privados com o Ministério da Saúde, expandiu os pontos de acesso aos medicamentos direcionados ao tratamento do diabetes no Brasil. O número de farmácias e drogarias conveniadas passou de 14.003 em dezembro de 2010 para 22.470 estabelecimentos em julho de 2013, abrangendo 3.664 municípios.<sup>4,5</sup>

A iniciativa de subsidiar a aquisição de medicamentos em estabelecimentos farmacêuticos privados conveniados ao Ministério da Saúde teve início em 2006, por meio de um sistema de copagamento, no qual o governo assumia o pagamento de aproximadamente 90% do valor de alguns antidiabéticos. A partir de 2011, o governo passou a assumir o custeio integral dos medicamentos incluídos no Programa SNTP.<sup>8</sup>

O aumento considerável do número de unidades dispensadas na vigência do Programa SNTP confirma, mais uma vez, o preço dos medicamentos como fator

determinante na acessibilidade econômica e na sustentabilidade financeira dos indivíduos e dos sistemas.<sup>6</sup>

Estima-se que as hospitalizações atribuíveis ao diabetes melito chegaram a 2,2% do orçamento executado pelo Ministério da Saúde<sup>8</sup> e que 80% do total de pacientes diagnosticados com diabetes no país (aproximadamente 7,5 milhões de indivíduos) recebam assistência do SUS.<sup>4</sup>

O número de unidades dispensadas dos antidiabéticos orais incluídos no Programa SNTP chegou a ser oito vezes maior que o crescimento do mercado farmacêutico no Brasil, no mesmo período (12,7%).

O maior aumento percentual nos antidiabéticos orais foi observado no medicamento glibenclamida 5 mg (65,9%); em número de comprimidos, a maior variação foi observada no medicamento metformina 500 mg, com acréscimo de mais de 135 milhões de comprimidos dispensados, em comparação com os 12 meses que antecederam o Programa SNTP.

As insulinas contempladas no Programa SNTP apresentaram as mais expressivas variações percentuais do número de unidades internacionais dispensadas: aumento de 97,8% para insulina regular humana e de 78,0% para insulina isofana (NPH). Entre os antidiabéticos não contemplados no Programa SNTP, apenas insulina glulisina apresentou aumento expressivo (34,2%), mesmo assim, bem abaixo do crescimento observado nas insulinas incluídas no programa.

Apesar de constatado o aumento do número de unidades internacionais dispensadas dos análogos de insulina, avaliações de tecnologias em saúde conduzidas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) em 2013 recomendaram a não incorporação das insulinas análogas de ação rápida (lispro, aspart e glusilina) para o tratamento do diabetes melito tipo 1<sup>3</sup> e das insulinas análogas de longa duração (glargina e detemir) para o tratamento do diabetes melito tipo 1 e tipo 2<sup>4</sup> uma vez que, nos principais parâmetros de controle do

---

<sup>3</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de ciências, tecnologias e insumos estratégicos. Departamento de gestão e incorporação de tecnologias em saúde. **Insulinas análogas para diabetes mellitus tipo 1**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013 [citado 2014 maio 01]. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/28/Relatorio-Insulinas-analogas-diabetes-tipo-I-CP-114.pdf>.

<sup>4</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de ciências, tecnologias e insumos estratégicos. Departamento de gestão e incorporação de tecnologias em saúde. **Insulinas análogas de longa ação diabetes mellitus tipo 2**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013 [citado 2014 maio 01]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/24/Relatorio-Insulina-diabetestipoll-CP.pdf>.

diabetes, estes agentes não apresentaram superioridade em relação às insulinas NPH e regular.

Cabe mencionar que os dados não incluem o consumo em hospitais, nem informações sobre os medicamentos distribuídos gratuitamente nas Unidades de Saúde do SUS que, segundo Gialdi<sup>4</sup> (2010), representam aproximadamente 30% do consumo de medicamentos no Brasil. Também não foram abordados neste estudo aspectos econômicos como, por exemplo, o valor reembolsado pelo governo às farmácias privadas, que tem recebido críticas por ser muito superior ao valor pago nas aquisições dos mesmos medicamentos para distribuição nas farmácias do SUS.

Os resultados deste estudo revelam que o programa SNTF contribuiu fortemente para a ampliação do acesso aos medicamentos para o tratamento do diabetes, indicando que esta política pública de saúde atingiu seu objetivo.

## Referências

1. Bahia LR, Araujo DV, Schaan BD, Dib SA, Negrato CA, Leão MPS, et al. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian public health system. *Value Health*. 2011;14(5):S137-40. DOI:10.1016/j.jval.2011.05.009
2. Cameron A, Ewen M, Ross-Degnan D, Ball D, Laing R. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *The Lancet*. 2009;373(9659):240-249. DOI:10.1016/S0140-6736(08)61762-6
3. EMS. Departamento de Treinamento e Desenvolvimento de Vendas. Tudo o que você precisa saber sobre: Programa Farmácia Popular do Brasil. Campinas: Departamento de Treinamento e Desenvolvimento de Vendas EMS. 2013. Disponível em: Acesso em: 14 de jan. 2014.
4. Gialdi O. Access to high-cost medicines. In: Pan American Health Organization. *Access to high-cost medicines in the Americas: situation, challenges and perspectives*. Washington: PAHO. 2010.
5. Hogerzeil HV, Mirta Z. Access to essential medicines as part of the right to Health. In: World Health Organization. *The world medicines situation*. 3<sup>rd</sup> edition. Geneva, Switzerland: WHO. 2011.
6. Pan American Health Organization. *Access to high-cost medicines in the Americas: situation, challenges and perspectives*. Washington: PAHO. 2010.
7. Rêgo ECL. Políticas de regulação do mercado de medicamentos: a experiência internacional. *Revista do BNDES*. 2000; 7(14):367-400.
8. Rosa RS, Schmidt ML. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2008;17(2):131-4.

9. World Health Organization. *The world medicines situation*. Geneva, Switzerland: WHO. 2004.

### **5.3 Artigo 3: Ampliação do acesso a agentes antiasmáticos no Brasil**

Artigo científico que analisa a ampliação do acesso a agentes antiasmáticos no Brasil, no primeiro ano de disponibilidade destes medicamentos do Programa SNTP. Oportunamente será traduzido para o inglês e submetido à publicação em periódico a ser definido.

Seus resultados corroboram as conclusões dos artigos dos medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos anteriormente apresentados.

## **Ampliação do acesso aos agentes antiasmáticos no Brasil**

### **Expanding access to anti-asthma agents in Brazil**

#### **Título resumido: Acesso a agentes antiasmáticos no Brasil**

**Autores: João Leopoldo Oliveira Araujo<sup>1</sup>; Mariana Donato Pereira<sup>1</sup>; Fernando de Sá Del Fiol<sup>1</sup>; Silvio Barberato-Filho<sup>1\*</sup>.**

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Universidade de Sorocaba. Sorocaba, SP, Brasil. Rod. Raposo Tavares, Km 92,5, Sorocaba, SP, Brasil. CEP 18023-000. Telefone: (15) 2101-7000

\*Correspondência: Silvio Barberato-Filho. Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Sorocaba. Rod. Raposo Tavares, Km 92,5, 18023-000 Sorocaba, SP. E-mail: [silvio.barberato@prof.uniso.br](mailto:silvio.barberato@prof.uniso.br)



## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Visando ampliar o acesso a medicamentos no Brasil, foi implantado o Programa Saúde Não Tem Preço (SNTP), por meio do qual, passaram a ser fornecidos gratuitamente, em estabelecimentos farmacêuticos privados conveniados ao Ministério da Saúde, oito medicamentos para o tratamento da asma. **OBJETIVO:** Avaliar o acesso aos agentes antiasmáticos durante o primeiro ano de disponibilidade no Programa SNTP. **MÉTODOS:** Estudo longitudinal e observacional, baseado no número de unidades de comercialização de medicamentos antiasmáticos dispensadas em 55 mil farmácias privadas distribuídas por todo o território brasileiro, durante o período entre 01 de junho de 2011 e 31 de maio de 2013. O número de unidades de comercialização dispensadas nos primeiros 12 meses do Programa SNTP foi comparado com o número de unidades dispensadas nos 12 meses anteriores à sua implantação. **RESULTADOS:** Os oito medicamentos para o tratamento da asma contemplados no Programa SNTP apresentaram aumento entre 20,9% (ipratrópio 0,25 mg/mL) e 270,7% (beclometasona 50 mcg/dose) no número de unidades de comercialização dispensadas no primeiro ano de gratuidade proporcionada pelo programa. O maior aumento observado foi 20 vezes superior ao crescimento do mercado farmacêutico brasileiro no mesmo período (13%). Medicamentos contendo os mesmos princípios ativos dos antiasmáticos do Programa SNTP, porém em concentrações não disponíveis para gratuidade, apresentaram redução de até 39,5% no número de unidades dispensadas após a implantação do Programa SNTP. Combinações em dose fixa não disponíveis no Programa SNTP também apresentaram redução de até 98,9% no número de unidades dispensadas. **CONCLUSÕES:** O Programa SNTP contribuiu para a ampliação do acesso aos medicamentos antiasmáticos no Brasil, indicando que esta política pública de saúde atingiu seu objetivo.

**Palavras-chave:** Política de saúde. Sistemas de saúde. Acesso aos serviços de saúde. Agentes antiasmáticos.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** In order to increase access to medicines in Brazil, the “Health Has No Price” Program (*Saúde Não Tem Preço* - SNTP) was implemented; seven medicines for the asthma treatment have been supplied free of charge in private pharmacies under contracts with the Ministry of Health. **OBJECTIVE:** To evaluate access to antiasthmatic agents during the first year of availability in the SNTP Program. **METHODS:** A longitudinal and observational study, based on the number of sales units of asthma medications supplied in 55 thousand private pharmacies in Brazil, during the period between June 1, 2011 and May 31, 2013. The number of traded units supplied in the first 12 months of the SNTP Program was compared with the number of traded units supplied in the 12 months prior to its implementation. **RESULTS:** Eight drugs for the treatment of asthma included in the SNTP program had increased from 20.9% (Ipratropium 0.25 mg/mL) and 270.7% (beclomethasone 50 mcg/dose) the number of traded units supplied in first year of gratuity offered by the program. The greatest increase observed was 20 times higher than the growth of the Brazilian pharmaceutical market in the same period (13%). Medicines containing the same active ingredients of asthmatics agents of SNTP program, but at concentrations not available for gratuity, showed a reduction of 39.5% in the number of traded units supplied after implementation of SNTP Program. Fixed-dose combinations not available in SNTP Program decreased 98.9% in the number of traded units supplied. **CONCLUSIONS:** The SNTP Program contributed to the expansion of access to asthma medications in Brazil, indicating that this public health policy achieved its goal.

**Keywords:** Health policy. Health systems. Access to health services. Antiasthmatic agents.

**Mensagens chave:**

- Em junho de 2012, o governo brasileiro passou a fornecer gratuitamente, em estabelecimentos farmacêuticos privados credenciados pelo Ministério da Saúde, oito medicamentos para o tratamento da asma.
  
- O presente trabalho é o primeiro a apresentar os resultados do Programa “Saúde Não Tem Preço” no acesso a medicamentos antiasmáticos no Brasil.
  
- Constatou-se aumento expressivo no acesso aos medicamentos antiasmáticos incluídos no Programa Saúde Não Tem Preço, especialmente quando comparado com outros antiasmáticos disponíveis no mercado brasileiro.

## Introdução

A asma é uma das principais causas de incapacidade, utilização intensiva de recursos de saúde e perda da qualidade de vida em todo o mundo (TO et al., 2012). Afeta mais de 235 milhões de pessoas e sua prevalência está aumentando, sendo responsável por elevados custos em saúde e perda de produtividade no trabalho (THE INTERNATIONAL UNION AGAINST TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASE, 2011; TO et al., 2012). Estima-se que em 2025 o número de pessoas com a doença alcance 400 milhões (MASOLI et al., 2004).

No Brasil, a implementação de programas de saúde direcionados à atenção primária, com a participação de equipe multidisciplinar e fornecimento gratuito de medicamentos, tem se mostrado uma abordagem de sucesso, contribuindo para a redução da morbidade e da hospitalização por asma (SOUZA-MACHADO; SOUZA-MACHADO; CRUZ, 2012; SOUZA-MACHADO et al., 2008).

A diminuição do tabagismo, a disseminação de protocolos clínicos recomendando o uso de corticosteroides inalatórios, o aprimoramento do diagnóstico e tratamento da doença, além do aumento da cobertura vacinal contra o vírus *influenza* e da educação de pacientes e de seus familiares para o manejo da doença, podem contribuir significativamente para a redução das taxas de morbimortalidade (SILVA; AZEVEDO E SILVA, 2013).

Enquanto a maior prevalência global de asma foi observada em países ricos, muitas nações pobres também apresentam elevada prevalência da doença. Isto é preocupante porque, na maioria desses países, as prioridades ainda envolvem o combate a doenças infecciosas e a necessidade de prestar cuidados de saúde primários para a população em geral. Em muitos países, há pouca disponibilidade de medicamentos essenciais, fundamentais para o controle satisfatório da asma (TO et al., 2012).

Embora a percentagem da população mundial sem acesso a medicamentos essenciais tenha diminuído, estima-se que pelo menos um terço dessa população não tenha acesso regular a eles (HOGERZEIL; MIRTA, 2011). Esta desigualdade reflete falhas nos sistemas de saúde e nas políticas de medicamentos, mesmo sendo o acesso a medicamentos essenciais o principal objetivo das políticas de saúde públicas atuais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, e estabeleceu as bases para criação do sistema público de saúde, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, prevendo o fornecimento gratuito dos medicamentos previstos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (BRASIL, 1988; 1990).

A partir do ano de 2006, visando ampliar a rede de distribuição de medicamentos para além das farmácias públicas das unidades de saúde, o governo brasileiro passou a subsidiar parte do custo de alguns medicamentos, por meio de um sistema de copagamento de aproximadamente 90% do valor dos medicamentos adquiridos em farmácias privadas conveniadas ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Em fevereiro de 2011 esta política foi ampliada com a criação do Programa “Saúde Não Tem Preço” (SNTP), a partir do qual os estabelecimentos farmacêuticos privados conveniados passaram a fornecer gratuitamente alguns medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial e diabetes, com reembolso posterior do valor pactuado entre o governo e a indústria farmacêutica (BRASIL, 2011). Em junho de 2012, o Programa SNTP passou a fornecer gratuitamente medicamentos para o tratamento de asma: salbutamol, beclometasona e ipratrópio, em oito apresentações (BRASIL, 2012).

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar o acesso aos antiasmáticos durante o primeiro ano de dispensação desses medicamentos no Programa SNTP, no Brasil.

## **Método**

Estudo observacional longitudinal do acesso a agentes antiasmáticos no Brasil após a implantação do Programa SNTP. Os dados foram obtidos a partir de relatório da empresa EMS, captados em 55 mil estabelecimentos farmacêuticos privados distribuídos por todo território brasileiro (que representa aproximadamente 76% dos estabelecimentos farmacêuticos privados do país), durante o período compreendido entre 01 de junho de 2011 e 31 de maio de 2013 (EMS, 2013).

Os medicamentos analisados foram agrupados segundo as respectivas unidades de comercialização registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(Anvisa). As informações referentes às unidades de comercialização incluem diferentes apresentações dos medicamentos, como por exemplo, frasco com solução para inalação, ou ainda, caixa contendo cápsulas para administração pulmonar.

Foram analisados oito medicamentos utilizados para o tratamento da asma contemplados no Programa SNTP em suas respectivas unidades de comercialização.

Para fins de comparação, também foram analisados sete antiasmáticos não disponíveis no Programa SNTP, contendo estes mesmos princípios ativos: cinco medicamentos formulados em outras concentrações ou formas farmacêuticas; e duas combinações em dose fixa.

## **Resultados**

Os oito medicamentos para o tratamento da asma contemplados no Programa SNTP apresentaram aumento entre 20,9% e 270,7% no número de unidades de comercialização dispensadas no primeiro ano de disponibilidade (Tabela 1).

A maior variação percentual foi observada no medicamento beclometasona 50 mcg/dose, na forma de spray para administração pulmonar. Em número de unidades dispensadas, os maiores aumentos foram observados nos medicamentos salbutamol 100 mcg/dose, na forma de spray para administração pulmonar e ipratrópio 250 mcg/mL, na forma de solução para inalação, ambos com aproximadamente um milhão de unidades dispensadas a mais nos primeiros 12 meses de gratuidade no programa SNTP.

**Tabela 1 – Quantidade (em unidades de comercialização) de agentes antiasmáticos contemplados no Programa Saúde Não Tem Preço, dispensados no Brasil, Jun. 2011-Maio 2013.**

<b>Medicamentos (ATC)</b>	<b>Unidade de comercialização</b>	<b>Jun. 2011-Maio 2012</b>	<b>Gratuidade (Jun. 2012-Maio 2013)</b>	<b>Variação Percentual</b>
Beclometasona 50 mcg/dose (R03BA01)	Frasco de spray para administração pulmonar	26.913	99.761	270,7
Beclometasona 250 mcg/dose (R03BA01)	Frasco de spray para administração pulmonar	102.182	236.520	131,4
Salbutamol 5 mg/mL (R03AC02)	Frasco contendo solução para inalação	190.976	277.674	45,4
Ipratrópio 20 mcg/dose (R03BB01)	Frasco de spray para administração pulmonar	70.034	97.453	39,2
Salbutamol 100 mcg/dose (R03AC02)	Frasco de spray para administração pulmonar	3.004.582	4.026.274	34,0
Beclometasona 200 mcg/dose (R03BA01)	Caixa contendo cápsulas para administração pulmonar	95.625	118.161	23,6
Beclometasona 200 mcg/dose (R03BA01)	Frasco de spray para administração pulmonar	253.972	307.646	21,3
Ipratrópio 0,25 mg/mL (R03BB01)	Frasco contendo solução para inalação	4.559.480	5.510.396	20,9

Fonte: Adaptado de EMS (2013).

Medicamentos contendo os mesmos princípios ativos dos antiasmáticos do Programa SNTP, em concentrações não disponíveis para gratuidade, apresentaram redução de até 39,5% no número de unidades dispensadas após a implantação do Programa SNTP. Salbutamol 0,4 mg/mL, na forma de xarope para administração oral, foi o único medicamento deste grupo que não apresentou redução no número de unidades dispensadas (Tabela 2).

**Tabela 2 – Quantidade (em unidades de comercialização) de agentes antiasmáticos não contemplados no Programa Saúde Não Tem Preço, dispensados no Brasil, Jun. 2011-Maio 2013.**

<b>Medicamentos (ATC)</b>	<b>Unidade de comercialização</b>	<b>Jun. 2011- Maio 2012</b>	<b>Jun. 2012- Maio 2013</b>	<b>Varição Percentual</b>
Salbutamol 0,4 mg/mL (R03AC02)	Frasco contendo xarope para administração oral	1.989.985	2.004.047	0,7
Beclometasona 400 mcg/dose (R03BA01)	Caixa contendo cápsula inalante ou embalagem multidoses	74.882	73.211	-2,2
Salbutamol 2 mg (R03AC02)	Caixa contendo comprimido para administração oral	229.617	195.416	-14,9
Salbutamol 0,4 mg/mL (R03AC02)	Frasco contendo solução para administração oral	21.731	14.092	-35,2
Beclometasona 100 mcg/dose (R03BA01)	Frasco de spray para administração nasal	2.414	1.461	-39,5

Fonte: Adaptado de EMS (2013).

Entre as combinações em dose fixa formuladas com os princípios ativos dos medicamentos pertencentes ao programa, mas não contempladas no Programa SNTP, duas apresentaram redução do número de unidades comercializadas, enquanto uma (salbutamol + beclometasona, 800 + 400 mcg/mL, solução para



administração pulmonar) apresentou aumento. Em número de unidades, a combinação em dose fixa salbutamol + beclometasona, 100 + 50 mcg/dose, na forma de spray para administração pulmonar, apresentou a maior redução: 534.296 unidades deixaram de ser comercializadas em um ano (Tabela 3).

**Tabela 3 – Quantidade (em unidades de comercialização) de agentes antiasmáticos em combinações em dose fixa, não contempladas no Programa Saúde Não Tem Preço, dispensados no Brasil, Jun. 2011-Maio 2013.**

<b>Combinações em dose fixa</b>	<b>Unidade de Comercialização</b>	<b>Jun. 2011- Maio 2012</b>	<b>Jun. 2012- Maio 2013</b>	<b>Variação Percentual</b>
Salbutamol + Beclometasona 800+400 mcg/mL (R03AK)	Frasco contendo solução para administração pulmonar	35.179	38.568	9,6
Salbutamol + Beclometasona 100+50 mcg/dose (R03AK)	Frasco de Spray para administração pulmonar	413.370	351.957	-14,9
Salbutamol+ Ipratrópio 120+20 mcg/dose (R03AL02)	Frasco de spray para administração pulmonar	540.266	5.970	-98,9

Fonte: Adaptado de EMS (2013).

## Discussão e conclusões

O presente trabalho é o primeiro a apresentar resultados, não vinculados ao Ministério da Saúde, sobre o impacto do Programa Saúde Não Tem Preço no acesso a medicamentos antiasmáticos no Brasil. Os resultados confirmaram a expansão do acesso aos medicamentos contemplados no Programa SNTP utilizados para o tratamento da asma, especialmente quando comparados a outros antiasmáticos disponíveis no mercado brasileiro.

A análise da variação percentual das unidades de comercialização dispensadas, seja em apresentações monofármacos ou nas combinações em dose fixa dos agentes antiasmáticos, comprovou que as maiores ampliações do acesso corresponderam aos medicamentos incluídos no Programa SNTP.

Entre os antiasmáticos não disponíveis no Programa SNTP, a combinação em dose fixa na forma de solução para administração pulmonar, contendo salbutamol + beclometasona, 800+400 mcg/mL apresentou o maior aumento (9,6%) no número de unidades de comercialização (ainda assim, inferior ao crescimento do mercado farmacêutico brasileiro ou mesmo de qualquer antiasmático contemplado no Programa SNTP).

Enquanto o mercado farmacêutico brasileiro cresceu 13% no período estudado, o percentual de aumento observado entre os medicamentos do Programa SNTP foi até 20 vezes superior ao crescimento do mercado em um dos itens (EMS, 2013).

A não inclusão de algumas combinações em dose fixa no Programa SNTP pode ter induzido a prescrição dos dois medicamentos isolados, quando disponíveis no Programa SNTP. Duas combinações em dose fixa na forma de spray para administração pulmonar (salbutamol + beclometasona, 100 + 50 mcg/dose e salbutamol + ipratrópio, 120 + 20 mcg/dose), cujos princípios ativos apresentavam concentrações idênticas ou próximas daquelas contempladas no Programa SNTP (como monofármacos) apresentaram redução do número de unidades dispensadas.

No Brasil, estima-se que a asma afete 20 milhões de pessoas, e a taxa média de mortalidade, entre 1998 e 2007, foi de 1,52/100.000 habitantes (variação, 0,85-1,72/100.000 habitantes), com estabilidade temporal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA, 2012). Estima-se que cerca de 700 mil indivíduos tenham sido beneficiados com a gratuidade dos medicamentos

para o tratamento da asma, no escopo do Programa SNTP. Segundo dados do Ministério da Saúde, observou-se redução de 16% no número de internações de pacientes com crises asmáticas em hospitais vinculados ao SUS, quando comparados os períodos de Jul. 2012-Abr. 2013 e Jul. 2011-Abr. 2012 (BRASIL, 2013b).

Importante destacar que a implantação do Programa SNTP, mediante convênio do Ministério da Saúde com estabelecimentos farmacêuticos privados, ampliou o número de pontos de acesso aos medicamentos direcionados ao tratamento da asma no Brasil. Em dezembro de 2010, o número de estabelecimentos farmacêuticos privados conveniados era de 14.003; em julho de 2013, este número passou a 22.470 estabelecimentos, abrangendo 3.664 municípios brasileiros (BRASIL, 2013a; 2012b).

O aumento considerável do número de unidades dispensadas na vigência do Programa SNTP confirma, mais uma vez, o preço dos medicamentos e a expansão dos pontos de dispensação como fatores determinantes na acessibilidade econômica e geográfica, respectivamente (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2010; COMBER et al., 2011; LAW et al., 2011; HISCOCK et al., 2008).

No Brasil, desde meados dos anos 1990, mais de 50 programas de controle da asma foram implementados em nível municipal, estadual ou federal. Alguns modelos exitosos confirmam que, decisões políticas coerentes dos gestores e formuladores de políticas são capazes de transformar radicalmente os indicadores de saúde relacionados à asma e elevar a qualidade de vida de pacientes e de suas famílias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA, 2012).

Cabe mencionar que os dados não incluem o consumo em hospitais, nem informações sobre os medicamentos distribuídos gratuitamente nas Unidades de Saúde do SUS que, segundo Gialdi (2010), representam aproximadamente 30% do consumo de medicamentos no Brasil e somam mais de 8.000 farmácias. Também não foram abordados neste estudo aspectos econômicos como, por exemplo, o valor reembolsado pelo governo às farmácias privadas, que tem recebido críticas por ser muito superior ao valor pago nas aquisições dos mesmos medicamentos para distribuição nas farmácias públicas do SUS.

Os resultados deste estudo revelam que o programa SNTF contribuiu para a ampliação do acesso aos medicamentos para o tratamento da asma no Brasil, indicando que esta política pública de saúde atingiu seu objetivo.

## Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília:

Senado Federal; 1988. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 01 maio 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 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. Brasília: Governo Federal; 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria GM/MS nº. 184 de 3 de fevereiro de 2011**. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília: Diário Oficial da União, Sec. 35:40. 2011. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0184\\_03\\_02\\_2011.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0184_03_02_2011.htm)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 491, de 9 de março de 2006**. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-491.htm>>. Acesso em: 01 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.146 de 1 de junho de 2012**. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº971/GM/MS, de 17 de maio de 2012, para ampliar a cobertura de gratuidade no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1146\\_01\\_06\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1146_01_06_2012.html)>. Acesso em: 01 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde**: indicadores de saúde a um clique. Brasília: Ministério da Saúde. 2013a. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 01 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Medicamentos gratuitos para asma ajudam a reduzir em 16% as internações**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013b. Disponível em:

<<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/06/medicamentos-gratuitos-para-asma-ajudam-a-reduzir-internacoes-no-sus>>. Acesso em: 01 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Saúde Não Tem Preço**: Acesso a medicamentos gratuitos cresce 273%. Brasília: Ministério da Saúde. 2012b. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/1334->>. Acesso em: 01 maio 2014.

COMBER, A. J. et al. A spatial analysis of variations in health access: linking geography, socio-economic status and access perceptions. **International Journal of Health Geographics**, England, v.10, n.44, 2011.

EMS. Departamento de Treinamento e Desenvolvimento de Vendas. **Tudo o que você precisa saber sobre: Programa Farmácia Popular do Brasil**. Campinas: Departamento de Treinamento e Desenvolvimento de Vendas EMS. 2013. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/241751804/EMS-REPORT-pdf>>. Acesso em: 14 de jan. 2014.

GIALDI, O. Access to high-cost medicines. In: Pan American Health Organization. **Access to high-cost medicines in the Americas: situation, challenges and perspectives**. Washington: Paho. 2010. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19112en/s19112en.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

HISCOCK R. et al. Is neighborhood access to health care provision associated with individual-level utilization and satisfaction? **Health Services Research**, Chicago: v.43, n.6, p.2183–200, 2008.

HOGERZEIL, H.V.; MIRTA, Z. Access to essential medicines as part of the right to Health. In: World Health Organization. **The world medicines situation**. 3.ed. Geneva, Switzerland: WHO. 2011. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18772en/s18772en.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

LAW, M. R. et al. Geographic accessibility of community pharmacies in Ontario. **Health Policy**, Toronto, v.6, n.3, p.36-46, 2011.

MASOLI M. et al. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. **Allergy**, Copenhagen, v.59, n.5, p.469-78, 2004.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Access to high-cost medicines in the Americas: situation, challenges and perspectives**. Washington: Paho. 2010. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19112en/s19112en.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

SILVA, E. M.; AZEVEDO E SILVA, G. Asthma-related mortality in the city of Rio de Janeiro, Brazil, 2000-2009: a multicausal analysis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.4, p. 667-80, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma – 2012. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Rio de Janeiro: v.38, p.S1-S46, 2012.

SOUZA-MACHADO, C. et. al. Impacto do PROAR (Programa para o controle da asma e da rinite alérgica na Bahia) sobre a utilização de recursos de saúde, custos e morbi-mortalidade por asma em Salvador. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v.78, p.59-63, 2008.

SOUZA-MACHADO, C.; SOUZA-MACHADO, A.; CRUZ, A. A. Asthma mortality inequalities in Brazil: tolerating the unbearable. **The Scientific World Journal**, New York, v.2012, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3354422/pdf/TSWJ2012-625829.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

THE INTERNATIONAL UNION AGAINST TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASE. **The Global Asthma Report 2011**. Paris, France: The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2011. Disponível em: <[http://www.globalasthmareport.org/images/files/Global\\_Asthma\\_Report\\_2011.pdf](http://www.globalasthmareport.org/images/files/Global_Asthma_Report_2011.pdf)>. Acesso em: 10 de jun. de 2014.

TO, T. Global asthma prevalence in adults: findings from the cross-sectional world health survey. **BMC Public Health**, London: v.12, p.204, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world medicines situation*. Geneva, Switzerland: WHO. 2004. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s6160e/s6160e.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde sua implantação, o Programa SNTP tem como objetivo primordial ampliar o acesso a medicamentos e, segundo informações do Ministério da Saúde, já proporcionou mais de 33 milhões de atendimentos nas farmácias privadas conveniadas (BRASIL, 2011b).

Levantamento realizado pelo Ministério da Saúde indica que o Programa SNTP alcançou, no ano de 2012, após um ano de existência, o expressivo aumento de 273% no número de pacientes atendidos pelo programa, beneficiando aproximadamente três milhões de brasileiros (BRASIL, 2012b).

Estima-se que a hipertensão arterial atinja 24,1% da população adulta brasileira (maiores de 18 anos) e o diabetes 6,9% da população adulta, sendo mais frequente em mulheres, conforme o estudo Vigitel 2013 - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (BRASIL, 2013b).

Em 2013, o número de pacientes com asma, beneficiados pelo Programa SNTP, foi 100% superior quando comparado aos meses correspondentes ao período de copagamento. Este grande aumento na oferta dos medicamentos para o tratamento da asma representou mais de 100 mil atendimentos nos estabelecimentos conveniados ao Ministério da Saúde no mês de maio de 2013. Quando comparados o mês de junho de 2011 (sistema de copagamento) com junho de 2012 (início da gratuidade), o número de internações por crises asmáticas nas unidades de saúde do SUS apresentaram redução de 17.611 para 14.408 casos (BRASIL, 2013e). Importante mencionar que a asma tem sido apontada como a causa da morte de 2,5 mil brasileiros por ano (BRASIL, 2013e; 2013f).

O êxito alcançado com a política que previa o copagamento (de aproximadamente 90% do valor) para um grupo de medicamentos adquiridos em estabelecimentos farmacêuticos privados conveniados ao Ministério da Saúde, não se compara à ampliação do acesso promovida pelo Programa SNTP, que estabeleceu a gratuidade na aquisição de alguns medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial, diabetes e asma (BRASIL, 2006; 2011b).

O aumento considerável do número de unidades dispensadas na vigência do Programa SNTP confirma, mais uma vez, o preço dos medicamentos e a expansão dos pontos de dispensação como fatores determinantes na acessibilidade econômica e geográfica, respectivamente (PAN AMERICAN HEALTH

ORGANIZATION, 2010; COMBER et al., 2011; LAW et al., 2011; HISCOCK et al., 2008).

Os medicamentos da classe dos anti-hipertensivos (C02) apresentaram aumento de 70,6% (6 medicamentos; 32,4%-119,7%) no número de unidades dispensadas nos dois períodos comparados. Antidiabéticos orais (A10B) apresentaram aumento de 48,3% (3 medicamentos; 39,9%-65,9%) no número de comprimidos dispensados. Na classe de insulinas e análogos de insulina (A10A), os medicamentos apresentaram aumento de 79,7% (2 medicamentos; 78,0%-97,8%) no número de Unidades Internacionais dispensadas. Na classe dos antiasmáticos (R03) o aumento médio foi de 28,8% (8 medicamentos; 20,9%-270,7%) no número de unidades de comercialização dispensadas.

Todos os medicamentos incluídos no Programa SNTP apresentaram aumento do número de unidades dispensadas superior ao crescimento do mercado farmacêutico brasileiro em períodos correspondentes. Por outro lado, o aumento do número de unidades comercializadas dos medicamentos disponíveis no Programa SNTP não se estendeu à maioria dos medicamentos não contemplados no programa (seja em apresentação monofármaco ou nas combinações em dose fixa).

A redução no número de unidades dispensadas de algumas combinações em dose fixa constituídas pelos mesmos princípios ativos contemplados no Programa SNTP, pode indicar a preferência, de médicos e pacientes, pela prescrição de medicamentos disponíveis no programa.

Os resultados deste estudo revelam que o Programa SNTP contribuiu fortemente para a ampliação do acesso aos medicamentos essenciais no Brasil, indicando que esta política pública de saúde atingiu seu objetivo. No entanto, não se pode negligenciar a importância de realizar outros estudos para a avaliação qualitativa dos resultados desta ampliação do acesso; da assistência prestada nos estabelecimentos farmacêuticos privados; da adesão ao tratamento; do afastamento de pacientes das unidades de saúde do SUS e das repercussões sobre os programas públicos de saúde responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes com hipertensão, diabetes e asma.



## REFERÊNCIAS

BERMUDEZ, J. Acesso a insumos em saúde: desafios para o Terceiro Mundo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.744-5, 2007.

BERTOLDI, A. D. et al. Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines? **Global Health**, London, v.8, n.6, p.2-10 2012.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; PERES, K. G. Desigualdade socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.5, p.897-905, 2011.

BONFIM, J. R. A.; MAGALHÃES, P. C. Rename 2012: avanço ou retrocesso para a difusão de medicamentos essenciais? In: **Boletim Farmacoterapêutica**. Brasília: Cebrim/CFF. 2013. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/userfiles/09\\_07\\_13%20FARMACOTERAPEUTICA%202%20ED%202013.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/09_07_13%20FARMACOTERAPEUTICA%202%20ED%202013.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 491, de 9 de março de 2006**. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-491.htm>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 533, de 28 de março de 2012**. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. 2012a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533\\_28\\_03\\_2012.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533_28_03_2012.htm)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 2.587, de 06 de dezembro de 2004**. Institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. 2004c. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria\\_2587\\_de\\_06\\_12\\_2004.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_2587_de_06_12_2004.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde**: indicadores de saúde a um clique. Brasília: Ministério da Saúde. 2013f. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. **Ministério da Saúde e municípios**: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2013e. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ministerio\\_municipios\\_juntos\\_acesso\\_integral.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ministerio_municipios_juntos_acesso_integral.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 7ª Edição**. Brasília: Ministério da Saúde. 2010a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rename\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rename_2010.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Manual de Informações às unidades credenciadas**. Brasília: Ministério da Saúde. 2008b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/farmacia\\_popular\\_manual\\_sistema\\_cop\\_agamento\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/farmacia_popular_manual_sistema_cop_agamento_2ed.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Portaria GM/MS nº 1.254, de 29 de julho de 2005**. Constitui a Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – COMARE. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria1254\\_29jul05.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria1254_29jul05.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Portaria nº1, de 22 de janeiro de 2008**. Aprovar o Regimento Interno da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – COMARE. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2008/prt0001\\_22\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2008/prt0001_22_01_2008.html)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2013**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013b. Disponível em: <<http://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Portal Brasil. **Brasileiros compram medicamentos a preço de custo nas farmácias populares**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/brasileiros-compram-medicamentos-a-preco-de-custo-nas-farmacias-populares>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Acesse os medicamentos disponíveis nas unidades da rede própria do Programa Farmácia Popular**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/20/elenco-fp1-20-08-12.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Conheça a lista dos medicamentos disponibilizados para venda nas drogarias e farmácias credenciadas no Aqui Tem Farmácia Popular**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014d. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/20/rol-medicamentos-Copagamento-190214.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Conheça o “Saúde Não Tem Preço”**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011b. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-nao-tem-preco/mais-saude-nao-tem-preco/6730-saude-nao-tem-preco-introducao>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Lista de medicamentos do Programa Saúde Não Tem Preço**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014b. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-nao-tem-preco/mais-saude-nao-tem-preco/6731-medicamentos-introducao>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Perguntas Frequentes – Farmácia Popular**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013c. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30298&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30298&janela=1)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Programa Farmácia Popular do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013b. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21124&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21124&janela=1)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Programa Farmácia Popular – Rede própria e copagamento**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013d. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/faq-s/311-programa-farmacia-popular-rede-propria-e-co-pagamento/9168-definicao>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Rename 2012/2013**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/260-sctie-raiz/dgits/conitec/l3-conitec/8781-rename-2012-2013>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Saúde Não Tem Preço**. Brasília: Ministério da Saúde.

2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/347-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/l2-farmacia-popular/9680-saude-nao-tem-preco>>. Acesso em: 01 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Saúde Não Tem Preço: Acesso a medicamentos gratuitos cresce 273%**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012b. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/1334->>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **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: Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2004b. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2011a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004**. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília: Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2004a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.858.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.858.htm)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

EMS. Departamento de Treinamento e Desenvolvimento de Vendas. **Tudo o que você precisa saber sobre:** Programa Farmácia Popular do Brasil. Campinas: Departamento de Treinamento e Desenvolvimento de Vendas EMS. 2013. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/241751804/EMS-REPORT-pdf>>. Acesso em: 14 de jan. 2014.

COMBER, A. J. et al. A spatial analysis of variations in health access: linking geography, socio-economic status and access perceptions. **International Journal of Health Geographics**, England, v.10, n.44, 2011.

GIALDI, O. Access to high-cost medicines. In: Pan American Health Organization. **Access to high-cost medicines in the Americas:** situation, challenges and perspectives. Washington: Paho. 2010. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19112en/s19112en.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

HISCOCK R. et al. Is neighborhood access to health care provision associated with individual-level utilization and satisfaction? **Health Serv Res**, Chicago: v.43, n.6, p.2183–200, 2008.

HOGERZEIL, H.V.; MIRTA, Z. Access to essential medicines as part of the right to Health. In: World Health Organization. **The world medicines situation**. 3.ed. Geneva, Switzerland: WHO. 2011. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18772en/s18772en.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

HORST, M. M. L. L.; SOLER, O. Fundo estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde: mecanismo facilitador para melhorar o acesso aos medicamentos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.27, n.1, p.43-8, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v27n1/07.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

INTERFARMA. Associação da indústria farmacêutica de pesquisa. **Diagnóstico e diretrizes do complexo de saúde**. São Paulo: Interfarma. 2012. Disponível em: <<http://www.interfarma.org.br/uploads/biblioteca/22-interdocivsite.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2014.

LAW, M. R. et al. Geographic accessibility of community pharmacies in Ontario. **Health Policy**, Toronto, v.6, n.3, p.36-46, 2011.

NWOBIKE, J. C. Empresas farmacêuticas e acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento: o caminho a seguir. **Sur, Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v.3, n.4, p.126-43. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-64452006000100008&lng=en&nrm=iso#back59](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452006000100008&lng=en&nrm=iso#back59)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

OLIVEIRA, M. A.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; BERMUDEZ, J. A. Z. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Fiocruz, v.24, n.6, p.1456-9. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de La OMS**. 4. Selección de Medicamentos Esenciales. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_EDM\\_2002.2\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.2_spa.pdf)> . Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **WHO medicines strategy: countries at the core 2004-2007**. Geneva, Switzerland: WHO. 2004. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_EDM\\_2004.5.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.5.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **WHO model list of essencial medicines – 18th list**. Geneva, Switzerland: WHO. 2013a. Disponível em: <[http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th\\_EML\\_Final\\_web\\_8Jul13.pdf](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML_Final_web_8Jul13.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **WHO model list of essencial medicines for children – 4th list**. Geneva, Switzerland: WHO. 2013b. Disponível em: <[http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/4th\\_EMLc\\_FINAL\\_web\\_8Jul13.pdf](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/4th_EMLc_FINAL_web_8Jul13.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **WHO Colaborating Centre for Drug Statistic Methodology**. Guidelines for ATC classification and DDD assignment. Oslo: WHO. 2013c. Disponível em: <[http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](http://www.whocc.no/atc_ddd_index/)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: OPAS; BRASIL. Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_assistencia\\_farmaceutica\\_estrutura\\_resultados.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_assistencia_farmaceutica_estrutura_resultados.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Access to high-cost medicines in the Americas:** situation, challenges and perspectives. Washington: OPAS. 2010. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19112en/s19112en.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

PAIM, J. The Citizen Constitution and the 25th anniversary of the Brazilian Unified National Health System (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.10, p.1927-53, 2013.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, London, v.377, p.1778-97, 2011.

SANTOS-PINTO, C. B.; COSTA, N. R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. The "Farmácia Popular do Brasil" Program and aspects of public provision of medicines in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.2963-73. 2011.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.27, n.2, p.149-56. 2010.

WANNMACHER, L. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. **Revista Tempus – Acta de Saúde Coletiva**, Brasília, v.4, n.3, p.1-9, 2010.

**ANEXO A – Relação de medicamentos disponíveis no Programa Farmácia Popular do Brasil**

<b>MEDICAMENTO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
acetato de medroxiprogesterona	Ampola de 150 mg/mL
aciclovir	200 mg/comprimidos
ácido acetilsalicílico	500 mg/comprimidos
ácido acetilsalicílico	100 mg/comprimidos
ácido fólico	5 mg/comprimidos
albendazol	400 mg/comprimidos
alopurinol	100 mg/comprimidos
amiodarona	200 mg/comprimidos
amitriptilina (cloridrato)	25 mg/comprimidos
amoxicilina	500 mg/cápsulas
amoxicilina	250 mg/5 mL/pó em frasco de 60 mL
amoxicilina	250 mg/5 mL/pó em frasco de 150 mL
atenolol	25 mg/comprimidos
azatioprina	50 mg/comprimidos
azitromicina	500 mg/comprimidos
benzilpenicilina benzatina	1.200.000 UI/pó
benzilpenicilina procaína + potássica	300.000+100.000 UI/pó/suspensão injetável
benzoato de benzila	200 mg/mL/emulsão em frasco de 100 mL
benzoato de benzila	200 mg/mL/emulsão em frasco de 60 mL
Biperideno	2 mg/comprimidos

brometo de n-butilescopolamina	10 mg/frasco
captopril	25 mg/comprimidos sulcado
carbamazepina	200 mg/comprimidos
carbidopa + levodopa	25 mg + 250 mg/comprimidos
cefalexina (cloridrato ou sal sódico)	500 mg/cápsulas
cefalexina (cloridrato ou sal sódico)	250 mg/5mL/suspensão oral em frasco de 60 mL
cefalexina (cloridrato ou sal sódico)	250 mg/5mL/suspensão oral em frasco de 125 mL
cetoconazol	200 mg/comprimidos
ciprofloxacino	500 mg/comprimidos
cloreto de potássio	60 mg/mL/xarope
cloreto de sódio 0,9%	9 mg/mL/solução nasal
clorpromazina	25 mg/comprimidos
clorpromazina	100 mg/comprimidos
dexametazona	Creme 0,1 %
dexclorfeniramina (maleato)	2 mg/comprimidos
dexclorfeniramina (maleato)	0,4 mg/solução oral
diazepam	5 mg/comprimido sulcado
diazepam	10 mg/comprimido sulcado
digoxina	0,25 mg/comprimidos
dipirona	500 mg/mL gotas
doxiciclina	100 mg/comprimidos
enalapril	10 mg/comprimidos
enalapril	20 mg/comprimidos
enantato de noretisterona + valerato de estradiol	50 mg+5 mg/injetável



eritromicina (estearato ou etilsuccinato)	125 mg/5 mL/suspensão oral
eritromicina (estearato ou etilsuccinato)	500 mg/comprimidos/cápsulas
etinilestradiol + levonorgestrel	0,03 mg+0,15 mg/comprimidos
fenitoína	100 mg/comprimidos
fenobarbital	100 mg/comprimidos
fluconazol	100 mg/comprimidos revestidos
fluconazol	150 mg/comprimidos revestidos
furosemida	40 mg/comprimidos
glibenclamida	5 mg/comprimidos
haloperidol	1 mg/comprimidos
haloperidol	5 mg/comprimidos
haloperidol	2 mg/mL/solução oral
hidroclorotiazida	25 mg/comprimidos
ibuprofeno	300 mg/comprimidos
levonorgestrel	0,75 mg/comprimidos
mebendazol	100 mg/comprimidos
mebendazol	100 mg/5 mL/suspensão oral
metformina	500 mg/comprimidos
metformina	850 mg/comprimidos
metildopa	250 mg/comprimidos revestidos
metildopa	500 mg/comprimidos revestidos
metoclopramida (cloridrato)	10 mg/comprimido
metoclopramida (cloridrato)	4 mg/mL/solução oral

metronidazol	250 mg/comprimido
metronidazol	5 % creme vaginal
metronidazol (benzoato)	200 mg/5 mL/suspensão oral
miconazol (nitrato)	2 %/loção
miconazol (nitrato)	2 %/pó
monitrato de isossorbida	20 mg/comprimidos
neomicina (sulfato) + bacitracina (zíncica)	5 mg + 250 UI/grama/pomada
neomicina (sulfato) + bacitracina (zíncica)	5 mg + 250 UI/grama/pomada
nifedipina	20 mg/comprimido de liberação controlada
nistatina	25.000 UI/creme vaginal em tubo de 60 gramas
nistatina	25.000 UI/creme vaginal em tubo de 50 gramas
nistatina	100.000 UI/mL/ suspensão oral
noretisterona	0,35 mg/comprimidos
omeprazol	20 mg/cápsulas
paracetamol	500 mg/comprimidos
paracetamol	200 mg/mL/Solução oral gotas em frasco de 10 mL
paracetamol	200 mg/mL/Solução oral gotas em frasco de 15 mL
paracetamol	100 mg/mL/Solução oral gotas em frasco de 10 mL
paracetamol	100 mg/mL/Solução oral gotas em frasco de 15 mL
prednisona	20 mg/comprimidos
prednisona	5 mg/comprimidos
prometazina (cloridrato)	25 mg/comprimidos
propranolol (cloridrato)	40 mg/comprimidos

ranitidina	150 mg/comprimidos
sais p/ reidratação oral	Pó para solução oral
salbutamol (sulfato)	2 mg/comprimido sulcado
salbutamol (sulfato)	2 mg/5 mL/xarope em frasco de 120 mL
salbutamol (sulfato)	2 mg/5 mL/xarope em frasco de 125 mL
sinvastatina	20 mg/comprimidos
sulfametoxazol + trimetoprima	400 mg + 80 mg/comprimidos
sulfametoxazol + trimetoprima	200 mg + 40 mg/5 mL em frasco de 50 mL
sulfametoxazol + trimetoprima	200 mg + 40 mg/5 mL em frasco de 60 mL
sulfametoxazol + trimetoprima	200 mg + 40 mg/5 mL/ em frasco de 100 mL
sulfasalazina	500 mg/comprimidos
sulfato ferroso	40 mg Fe(II)/comprimidos revestidos
sulfato ferroso	25 mg/mL Fe(II)/solução Oral
tiabendazol	Pomada 5%
valproato de sódio	50 mg/mL/xarope
verapamila (cloridrato)	80 mg/comprimidos

## ANEXO B – Relação de medicamentos do Programa Aqui Tem Farmácia Popular

PRINCÍPIO ATIVO	APRESENTAÇÃO
acetato de medroxiprogesterona	150 mg frasco ampola
alendronato de sódio	70 mg comprimido
budesonida	50 mcg suspensão nasal
budesonida	32 mcg suspensão nasal
carbidopa + levodopa	25 mg + 250 mg comprimido
cloridrato de benserazida + levodopa	25 mg + 100 mg comprimido
enantato de noretisterona	50 mg + valerato de estradiol 5 mg ampola
etinilestradiol	0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg comprimido - cartela com 21 comprimidos
maleato de timolol	5 mg solução oftálmica
maleato de timolol	2,5 mg solução oftálmica
norestisterona	0,35 mg comprimido - cartela com 35 comprimidos
sinvastatina	40 mg comprimido
sinvastatina	20 mg comprimido
sinvastatina	10 mg comprimido