



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

MESTRADO PROFISSIONAL
EM ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE

Ampliação do Acesso a Medicamentos de
Alto Custo Uma análise da Política Brasileira

ALBERTO BELTRAME

ORIENTADORA: PROF^a. CELIA REGINA PIERANTONI

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

Gestão de Sistemas de Saúde

2002



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL



AMPLIAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS
DE ALTO CUSTO
UMA ANÁLISE DA POLÍTICA BRASILEIRA

Alberto Beltrame

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração de Saúde – Área de Concentração em Gestão de Sistemas de Saúde do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof^a. Celia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro
2002

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

B453 Beltrame, Alberto.
Aplicação do acesso a medicamentos de alto custo: uma análise da política brasileira / Alberto Beltrame. - 2002.
...f.
Orientador: Eduardo Levcovitz.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.
1. Medicamentos - Custos – Teses. 2. Política farmacêutica - Brasil – Teses. 3. Medicamentos - Distribuição – Teses. 4. Política de saúde – Brasil – Teses. I. Levcovitz, Eduardo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 615.012:338.5

RESUMO

AMPLIAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO UMA ANÁLISE DA POLÍTICA BRASILEIRA

A assistência farmacêutica constitui parte fundamental dos serviços de atenção à saúde do cidadão. Em muitos casos, a estratégia terapêutica para a recuperação do paciente ou para redução dos riscos da doença e agravos somente é possível a partir da utilização de algum tipo de medicamento. Nessas situações, o medicamento é elemento essencial para a efetividade do processo de atenção à saúde. Nesse contexto, o direito constitucional à saúde só se materializa em sua plenitude mediante o acesso ao medicamento pelo paciente.

Em pouco mais de uma década de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos avanços foram alcançados. Os problemas iniciais de sua implantação, inclusive os de ordem política e filosófica, foram superados e significativos avanços foram alcançados no tocante à sua organização e à descentralização de sua gestão nos âmbitos político-administrativo e financeiro. Vivemos, hoje, um período de consolidação do SUS onde a organização da atenção e assistência à saúde e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços constituem o principal desafio para os seus gestores, nas três esferas de governo.

É na área de assistência farmacêutica, no entanto, que o sistema de saúde brasileiro ainda se depara com grandes problemas e dificuldades. É aqui que ficam mais evidentes as distorções e problemas que são gerados pelas grandes desigualdades sociais e econômicas ainda existentes no país, e que determinam restrições ao pleno acesso a medicamentos. Esta situação é particularmente dramática em se tratando de medicamentos de uso ambulatorial continuado, quando o tratamento de doenças crônicas, muitas vezes com duração por toda uma vida, se torna inacessível para a maioria da população, quer pelo alto custo do medicamento quer pelo custo total do tratamento. Neste particular é fundamental a ação do poder público para combater a iniquidade no acesso, na formulação de políticas de assistência farmacêutica de alto custo, na garantia do financiamento, na distribuição gratuita de medicamentos e na ampliação do acesso à população a estes tratamentos.

O presente trabalho tem como objetivo analisar a política brasileira de medicamentos, aspectos relativos à assistência farmacêutica de alto custo no país, sua evolução, o comportamento do mercado farmacêutico, o processo de gerenciamento do chamado Programa de Medicamentos Excepcionais, a regulação da atividade, o processo de ampliação da capacidade gestora do Ministério da Saúde e dos estados nesta área e a ampliação do acesso da população a medicamentos de alto custo.

PALAVRAS – CHAVE: Assistência Farmacêutica, Política de Medicamentos, Medicamentos, Medicamentos de Alto Custo, Medicamentos Excepcionais.

ABSTRACT

ENHANCING ACCESS TO HIGH COST PHARMACEUTICALS ANALYSING BRAZILIAN POLICIES

Pharmaceutical assistance constitutes a fundamental part of the services to be provided to health care of the citizens. In many cases, the therapeutic strategy for the recovering of the patient, or to reduce the risk of the disease, is only possible when using some kind of specific pharmaceutical. In such situations pharmaceuticals are a key issue to the effectiveness of the process of health care. Constitutional Right to Health Care is only possible and feasible at its highest level upon access to pharmaceuticals by the patients.

In a little over a decade of existence of the Unified Health System (SUS) many improvements have been achieved. The initial problems of its implementation, including political and philosophical ones, were overcome and significant improvements were achieved in regards to its organization and decentralization in fields such as policies, administration and financing. We currently live a period of consolidation of the SUS where the organization of the health care assistance and enhancing services to population represent the major challenge to its administrators in the three levels of power (federal, state and municipal levels).

However, it is exactly in the pharmaceutical assistance field that the SUS is still facing major problems and difficulties. It is here that it becomes more evident the distortions and problems that are generated by the drastic social and economical disparities still existing in the country, which determine restrictions to

full access to pharmaceuticals. This situation is particularly dramatic in regards to pharmaceuticals of chronic use in ambulatories. When the treatment of such chronic diseases last for example a lifetime, it becomes impossible for the majority of the population to get access to the treatment, either by the cost of the pharmaceuticals, or by the total cost of the treatment. In such point the actions of the federal government are focused in order to fight problems as access, in establishing a high cost pharmaceutical policy, in assuring financing and free distribution of pharmaceuticals, as well as enhancing access to the population of such treatments.

The present work is focused in analysing the brazilian policy of pharmaceuticals, aspects related to high cost ones, its evolution, market behaviour, management process of the so called “Exceptional Pharmaceutical Program”, regulating of the activity, enhancing management capacity of the Health Ministry and the states in this field and enhancing access of high cost pharmaceuticals to population.

Key Words: pharmaceutical assistance, pharmaceutical policies, pharmaceuticals, medicaments, high cost pharmaceuticals, exceptional medicaments.

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde inscreve-se dentre as garantias e direitos fundamentais definidos pela sociedade brasileira na Constituição Federal de 1988. Além de incluir-se dentre os direitos sociais, o direito à saúde foi instituído também como um dever do Estado Brasileiro. Cabe ao poder público organizar o Sistema Único de Saúde, formular e implementar ações que assegurem o acesso da população aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A assistência farmacêutica constitui parte fundamental dos serviços de atenção à saúde do cidadão. Em muitos casos, a estratégia terapêutica para a recuperação do paciente ou para redução dos riscos da doença e agravos somente é possível a partir da utilização de algum tipo de medicamento. Nessas situações, o medicamento é elemento essencial para efetividade do processo de atenção à saúde. Nesse contexto, o direito constitucional à saúde assegurado à população brasileira só se materializa em sua plenitude mediante o acesso ao medicamento pelo paciente.

O atendimento de um direito social, como é o caso do acesso a medicamentos, sempre é confrontado por demandas múltiplas e crescentes. No entanto, em face de restrições operacionais e orçamentárias, as políticas de promoção do acesso a medicamentos são de realização progressiva. Assim, o estado deve orientar-se para o atendimento da demanda daqueles medicamentos considerados essenciais e prioritários do ponto de vista de saúde pública.

Ao mesmo tempo em que o medicamento é um importante insumo no processo de atenção à saúde, pode também se constituir em fator de risco quando utilizado de maneira inadequada. Não se trata, portanto, de promover o acesso a qualquer medicamento ou de qualquer forma, mas sim, de promover o uso racional de seguro desses produtos. O escopo da ação estatal abrange medidas que assegurem oferta adequada de medicamentos em termos de quantidade, qualidade e eficácia.

A grande extensão territorial, uma população de mais de 170 milhões de pessoas, as diferenças regionais, a diversidade climática e topográfica aliadas a diferentes taxas de escolaridade, grau de ocupação e nível de renda da população determinam realidades socioeconômicas diferenciadas e diferentes níveis de necessidades e demandas de atenção e assistência à saúde no Brasil. Esta diversidade faz conviverem um país rico, com bons indicadores de saúde, de desenvolvimento social, de qualidade de vida e de renda, com um país pobre, com grandes problemas de saúde, de renda e qualidade de vida.

Tudo isto torna o Brasil um país de contrastes e, entre outras dificuldades, de grande complexidade na definição e implementação de políticas de saúde. Neste cenário, nos deparamos no Brasil com uma área de saúde que tem todos os problemas dos países desenvolvidos e todos os problemas dos países subdesenvolvidos. Talvez nenhum outro país do mundo reúna características tão diversas, de uma forma tão perfeita e didática e se prestando ao estudo dos problemas e desafios da implantação de uma política de saúde.

Vencer as dificuldades, reduzir as desigualdades sociais, econômicas e de realidade de saúde são os grandes desafios a serem enfrentados pelo governo e pelo conjunto da sociedade brasileira.

Decorridos cerca de 14 anos da instituição do Sistema Único de Saúde – SUS, a partir da Constituição Brasileira de 1988, o panorama da saúde no Brasil sofreu intensas mudanças, venceu muitos desafios, continua a se deparar com problemas e com novos desafios.

Nesta pouco mais de uma década de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos avanços foram alcançados. Os problemas iniciais de sua implantação, inclusive os de ordem política e filosófica, foram superados e significativos avanços foram alcançados no tocante à sua organização e à descentralização de sua gestão nos âmbitos político-administrativo e financeiro. Vivemos, hoje, um período de consolidação do SUS onde a organização da atenção e assistência à saúde e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços constituem o principal desafio para os seus gestores, nas três esferas de governo. Assim, embora já se tenha obtido bons resultados nos últimos anos, ainda são necessárias ações do poder público para combater problemas como a iniquidade no acesso e no financiamento e a oferta desordenada de serviços.

É na área de assistência farmacêutica, no entanto, que o sistema de saúde brasileiro se depara com os maiores problemas e dificuldades. É aqui que ficam mais evidentes as distorções e problemas que são gerados pelas grandes desigualdades sociais e econômicas ainda existentes no país e que determinam restrições ao pleno acesso a medicamentos.

Se por um lado a assistência farmacêutica aos pacientes tratados no nível da internação hospitalar, tanto no sistema público como privado, encontra-se praticamente equacionada, embora com alguns problemas focais relacionados a medicamentos de alto custo, a assistência aos pacientes em nível ambulatorial constitui-se, ainda, em importante problema de saúde pública.

Grande parte do mercado farmacêutico de dispensação ambulatorial - talvez 80% deste mercado, é provido pela compra direta dos usuários. Isto, em razão da diversidade de poder de compra da população determinado pelas desigualdades de renda, gera um acesso assimétrico a medicamentos no país nesta área específica. Esta situação é particularmente dramática em se tratando de medicamentos de uso ambulatorial continuado, quando o tratamento de doenças crônicas, muitas vezes com duração por toda uma vida, se torna inacessível para a maioria da população, quer pelo alto custo do medicamento quer pelo custo total do tratamento. Neste particular é fundamental a ação do poder público para combater a iniquidade no acesso, na formulação de políticas de assistência farmacêutica de alto custo, na garantia do financiamento, na distribuição gratuita de medicamentos e na ampliação do acesso à população a estes tratamentos.

Nos últimos anos o Ministério da Saúde ampliou significativamente as ações de apoio à assistência farmacêutica. A garantia do acesso a seu insumo básico, o medicamento, tem se tornado uma realidade para segmentos crescentes da população.

Os avanços no campo da regulação sanitária e econômica e a reformulação institucional potencializaram os esforços na melhoria da gestão das políticas públicas e a substancial ampliação de recursos do orçamento do Ministério da Saúde destinados a medicamentos.

A disciplina na gestão financeira dos recursos do Fundo Nacional de Saúde permitiu ao Ministério regularidade na transferência dos recursos seja para o pagamento de fornecedores, quando das compras diretas do Ministério, seja nas transferências a estados e municípios quando da execução descentralizada.

O período é marcado pela busca pela estruturação de um modelo alternativo ao modelo anterior para a ação do SUS na assistência farmacêutica e o provimento de seu insumo fundamental, o medicamento. A descentralização na execução das políticas foi uma importante diretriz para viabilizar a execução das ações e ensejar o aprimoramento destas ações nas três esferas de governo.

Dentre as ações de maior porte, fundamentadas nas diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Medicamentos e destinadas a ampliar o acesso da população a medicamentos de uso ambulatorial, destacam-se os Programas de Assistência Farmacêutica Básica, de Medicamentos Estratégicos, de Medicamentos de Saúde Mental e de Medicamentos Excepcionais. Além destes Programas, o Ministério desenvolve outros em que há compra centralizada de medicamentos e posterior distribuição a determinadas regiões do país. Podem ser citados o Programa Farmácia Popular, vinculado ao Programa de Saúde da Família, as campanhas de identificação de hipertensos e diabéticos e as ações de vacinação da população, dentre outros.

O Programa de Medicamentos Excepcionais, objeto deste trabalho, trata do repasse financeiro aos estados e Distrito Federal para a aquisição de medicamentos de alto custo e sua dispensação para a população.

Os recursos são repassados mensal e antecipadamente aos gestores e há um encontro de contas trimestral – quando é cotejado o volume de recursos repassado com o volume de medicamentos dispensados.

Os medicamentos integrantes do Programa, que são destinados a tratamento no nível ambulatorial de doenças crônicas previamente definidas, são todos de alto custo – quer unitário, quer custo total do tratamento e constam da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS.

Nos últimos dezessete anos tenho tido a oportunidade vivenciar e participar de momentos importantes do processo de implantação do Sistema Único de Saúde bem como dos esforços desenvolvidos para a ampliação do acesso da população a serviços e ações de saúde e à assistência farmacêutica. Isto me motiva a fazer uma reflexão crítica deste processo, especialmente no que diz respeito à ampliação do acesso à assistência farmacêutica.

Tendo iniciado minha vida profissional na área pública em meados da década de 80 na então Superintendência Regional do INAMPS do Rio Grande do Sul, inicialmente como Chefe de Gabinete e posteriormente como Superintendente Regional e Chefe do Escritório Regional do INAMPS, tive a oportunidade de participar ativamente de diversas iniciativas que contribuíram para a construção de um sistema de saúde universal e gratuito. Vivi, como Superintendente Regional e como membro do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, a difícil fase de transição INAMPS – SUS ocorrida após a promulgação da Constituição de 1988, quando nos lançamos à tarefa de construir, no nível regional, a prática do novo sistema de saúde brasileiro.

No início da década de 90, na condição de Diretor de Assistência Médica do Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul em dois governos alternados, vivi o desafio de contribuir para a ampliação do acesso aos usuários do Instituto a serviços e ações de saúde. Embora com escopo diferente do SUS, quer pelas características do Instituto, quer pela abrangência de sua atuação e cobertura populacional, a discussão, as dificuldades e os desafios enfrentados eram, em si, bastante semelhantes às experimentadas no início da implantação do SUS. Na área de assistência farmacêutica a discussão se dava em torno de iniciativas para ampliar o acesso a medicamentos aos usuários do Instituto e de alternativas ao esgotado modelo de farmácias próprias com venda de medicamentos com desconto.

Em 1993 e 1994, tive a oportunidade de, na condição de Diretor Superintendente, viver as dificuldades de viabilização de um hospital filantrópico que praticava, na íntegra, os princípios e as diretrizes do SUS.

De 1995 a 1997 ocupei o cargo de Diretor Presidente da Fundação Gaúcha do Trabalho e Ação Social no Rio Grande do Sul. Entre outras atividades inerentes à função da Fundação, aproveitando a experiência acumulada e mantendo o vínculo, inclusive afetivo, com o processo de implantação e consolidação do SUS, desenvolvemos um intenso trabalho de promoção da reconversão da mão-de-obra dos então atendentes de enfermagem do SUS para auxiliares de enfermagem, através de cursos de formação profissional organizados e financiados pela Fundação.

A partir de outubro de 1998, já no Ministério da Saúde, inicialmente como Consultor e Coordenador dos Sistemas de Alta Complexidade e, a partir de janeiro de 2000 como Diretor do Departamento de Redes e Sistemas Assistenciais da Secretaria de Assistência a Saúde, estou tendo a gratificante oportunidade de vivenciar uma rica experiência em diversas áreas relacionadas à implantação e consolidação do SUS.

Dentre as diversas áreas de atuação do Departamento está o gerenciamento do Programa de Medicamentos Excepcionais. Esta experiência e as vivências acumuladas ao longo dos últimos anos me permitiram desenvolver o presente trabalho que, em linhas gerais, tem como objetivo analisar a política brasileira de medicamentos, aspectos relativos à assistência farmacêutica de alto custo no país, sua evolução, o comportamento do mercado farmacêutico, o processo de gerenciamento do chamado Programa de Medicamentos Excepcionais, a regulação da atividade, o processo de ampliação da capacidade gestora do Ministério da Saúde e dos estados nesta área e a ampliação do acesso da população a medicamentos de alto custo.

2. METODOLOGIA

Este estudo, cujo objeto é a ampliação do acesso a medicamentos de alto custo, tem por objetivo analisar a política brasileira de medicamentos, aspectos relativos à assistência farmacêutica de alto custo no país, sua evolução, o comportamento do mercado farmacêutico, o processo de gerenciamento do chamado Programa de Medicamentos Excepcionais, a regulação da atividade, o processo de ampliação da

capacidade gestora do Ministério da Saúde e dos estados nesta área e a ampliação do acesso da população a medicamentos de alto custo.

O trabalho foi desenvolvido como um estudo descritivo - exploratório que, segundo Gil (1996) tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com um problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses.

A fase exploratória da pesquisa já vinha ocorrendo no desenvolvimento das atividades práticas no dia-a-dia de trabalho do autor na gestão do Programa de Medicamentos Excepcionais, o que gerou o interesse pelo estudo. As questões levantadas neste período são diversas e, após “um recorte”, foi possível definir o objeto a ser estudado (Minayo, 1999).

O levantamento bibliográfico, iniciado nesta fase, prosseguiu com o desenvolvimento da pesquisa. Para guiar este desenvolvimento foi estabelecido um roteiro – sumário inicial que, posteriormente, foi sendo alterado e reestruturado de acordo com a pesquisa bibliográfica.

Embora com farta bibliografia a respeito de assistência farmacêutica, os textos disponíveis tratam da questão em seus aspectos mais gerais. Na verdade, sobre o tema objeto deste estudo – medicamentos de alto custo, houve grande dificuldade em localizar trabalhos publicados no país e mesmo no exterior. Assim, dada a especificidade do tema, a praticamente inexistente bibliografia específica e mesmo tendo consultado textos gerais de apoio, o estudo assume, fundamentalmente, a forma de pesquisa documental.

Desta forma a busca e coleta de dados se deu nos arquivos do Ministério da Saúde, especialmente nos da Secretaria de Assistência à Saúde que sucedeu a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde e o INAMPS. Os documentos pesquisados foram todos aqueles como normas técnicas, regulamentos, portarias, leis e textos produzidos para o público interno do Ministério, que pudessem estar relacionados ao tema em estudo de 1982 (ocasião em que pela primeira vez surge a expressão “excepcional” para caracterizar a dispensação de determinados medicamentos) até dezembro de 2002.

De posse de todos os documentos encontrados, foi feita a análise documental que possibilitou reunir uma grande quantidade de informações” (Triviños, 1987: 139) e, a partir daí, foi elaborada uma cronologia para situar marcos importantes na implementação do Programa de Medicamentos Excepcionais. Agregando o relato das experiências vividas pelo próprio autor no gerenciamento do Programa a partir de 1999, as investigações de cunho acadêmico realizadas a partir dos documentos coletados, possibilitaram uma melhor visão da Assistência Farmacêutica de Alto Custo no Brasil.

3. ANALISE E RESULTADOS

3.1. A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

A Assistência Farmacêutica, pela sua importância estratégica para o sistema de saúde e complexidade do assunto, mereceu a publicação da Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que traçou a Política Nacional de Medicamentos. Esta Política configura e explicita uma série de decisões de caráter geral adotadas pelo poder público e que apontam para os rumos e as linhas estratégicas de atuação a serem seguidas na condução da matéria. Este documento é parte essencial da Política Nacional de Saúde do Brasil e se constitui num dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população, para a consolidação do Sistema Único de Saúde e de contribuir para o desenvolvimento social do país.

As diretrizes observadas pelo Ministério da Saúde no desenho da Política Nacional de Medicamentos foram estruturadas a partir de três eixos de ação governamental:

- Regulação Sanitária;
- Regulação Econômica e
- Assistência Farmacêutica

A regulação sanitária objetiva proteger o usuário de medicamentos a partir de padrões de qualidade, segurança, eficácia em relação aos produtos e aos métodos de fabricação, armazenamento, transporte e dispensação, dentre outros aspectos;

A regulação econômica tem como um dos principais objetivos contra-balancear o poder de mercado das empresas e reduzir os custos de aquisição, seja do ponto de vista do setor público, da saúde suplementar (seguros privados) ou do ponto de vista do consumo direto das famílias. Abrange a proteção e defesa do consumidor nas relações de consumo, ações pró-competitivas que procurem estimular a dinâmica de mercado e ações que coíbam as falhas de mercado (assimetria de informações e poder de mercado).

A terceira área de atuação envolve um conjunto de ações e serviços de atenção à saúde do cidadão que culmina, eventualmente, com o acesso propriamente dito ao medicamento. No âmbito da assistência realiza-se o mapeamento das necessidades da população, as prioridades sob o prisma da saúde pública, os objetivos, as estratégias de promoção e expansão do acesso. Promove-se a construção de consensos terapêuticos a respeito da abordagem em doenças específicas e a indicação e uso de medicamentos, bem como avaliação e acompanhamento dos hábitos de prescrição, dispensação e resultados terapêuticos.

Ampliar o acesso da população a medicamentos tem sido um dos grandes desafios impostos ao poder público brasileiro. Se por um lado a Política Nacional de Medicamentos não está, ainda, plenamente implantada por se tratar de um longo processo de construção, por outro lado deve-se salientar a fundamental importância dos grandes esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde nos últimos anos no sentido de promover a ampliação do acesso da população brasileira a medicamentos de qualidade, em quantidade adequada e ao menor preço possível. Para tanto, o Ministério vem implementando, desde 1998, ações que expressam de forma articulada os eixos assumidos no desenho da Política Nacional de Medicamentos. O escopo da atuação envolve a regulação sanitária, regulação econômica, a reestruturação e expansão da assistência farmacêutica e o essencial aparelhamento administrativo e institucional para a consecução destes objetivos.

A Política Nacional de Medicamentos baseia-se nos mesmos princípios que orientam o Sistema Único de Saúde e constitui estratégia essencial para consolidá-lo uma vez que contribui para viabilizar um dos componentes fundamentais da assistência à saúde que é a cobertura farmacológica.

Assim, para implementar a Política traçada, as três esferas de governo – federal, estados e municípios, de acordo com suas respectivas competência e abrangência de atuação, devem desenvolver ações orientadas pelas seguintes diretrizes:

- **Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais** – RENAME, representada por uma lista nacional de referência composta pelos fármacos considerados básicos e indispensáveis para atender ao mais amplo espectro de patologias, em permanente atualização;
- **Regulamentação sanitária de medicamentos**, com foco nos processos de registro de produtos e de autorização para o funcionamento de fabricantes, distribuidores e varejistas do setor farmacêutico, em ações de fármaco-vigilância e na promoção da produção e uso de medicamentos genérico;
- **Reorientação da assistência farmacêutica**, com ênfase na promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais, por meio do desenvolvimento de atividades de descentralização da gestão da assistência farmacêutica, de promoção do uso racional de medicamentos, de otimização do sistema de distribuição no setor público, pautada por critérios de natureza epidemiológica, técnica e administrativa, bem como da adoção de instrumentos e iniciativas que possibilitem a redução nos preços desses produtos;
- **Promoção do uso racional de medicamentos**, destacando a adoção de medicamentos genéricos, assim como o processo educativo dos consumidores de medicamentos e a atualização da informação dos profissionais prescritores e dispensadores a respeito de temas como o risco da auto-medicação, interrupção e troca da medicação prescrita e necessidade de receita médica;
- **Desenvolvimento científico e tecnológico**, mediante a promoção de pesquisas na área farmacêutica, visando a aprofundar a capacitação de recursos humanos, o aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, bem como a estimular medidas de desenvolvimento da tecnologia da produção de fármacos, especialmente os constantes da RENAME, e a revisão constante Farmacopéia Brasileira;
- **Promoção da produção de medicamentos**, baseada na efetiva articulação da capacidade instalada dos segmentos industriais – oficial, privado nacional e transnacional – na produção de medicamentos da RENAME, resultando na capacitação de recursos humanos, no estabelecimento de refe-

rências de preços para o mercado, na menor dependência de importação de insumos e na ampliação da produção de medicamentos destinados ao tratamento de patologias de grande impacto sobre a saúde pública;

- **Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos**, mediante o desenvolvimento da capacidade administrativa de imposição do cumprimento das normas sanitárias, organizadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- **Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos** para atuação nas diversas ações realizadas no âmbito da Política Nacional de Medicamentos.

Paralelamente à estruturação da Política Nacional de Medicamentos, o Ministério da Saúde, para fazer frente ao enorme desafio que representa a implementação de uma eficiente assistência farmacêutica, tem se empenhado com determinação para aparelhar-se com adequado suporte legal, estrutura administrativa e instrumentos de gestão.

O avanço da ação governamental no setor de medicamentos tem requerido o contínuo desenvolvimento de capacidade institucional e administrativa que sejam capazes de proporcionar legitimidade jurídica e eficácia às políticas públicas. Assim, como decorrência e desdobramentos da Política Nacional de Medicamentos, podemos citar as seguintes ações:

A – Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária por meio de Lei em janeiro de 1999, representou um marco no processo de reformulação institucional.

A Agência tem por finalidade institucional a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados. A Agência regulamenta, controla e fiscaliza produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública, tais como os medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processo e tecnologias.

Dentre suas competências está o controle de todo o processo de registro, produção e comercialização de medicamentos no Brasil, incluindo os medicamentos genéricos e os importados.

O registro de medicamentos tem sido re-orientado de forma a priorizar os produtos constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, sem deixar que os produtos novos e os de alta tecnologia sofram restrições de cunho burocrático.

Entre 1998 e 1999 houve uma grande onda de falsificação de medicamentos no Brasil e que gerou a edição de uma Lei que incluiu na categoria de crimes hediondos previstos no Código Penal Brasileiro os delitos contra a saúde pública como a falsificação de medicamentos. A criação da Agência permitiu o aperfeiçoamento das ações para coibir estas atividades e para dotar o Estado Brasileiro de instrumentos mais contundentes para tanto.

B - Medicamentos Genéricos

A criação do medicamento genérico, mediante publicação da Lei nº 9.787, de 10 de janeiro de 1999, significou uma alteração profunda na dinâmica do setor farmacêutico no País. Sua instituição ensejou condições favoráveis à viabilização de pontos importantes dentro da Política Nacional de Medicamentos, seja do ponto de vista da regulação sanitária, da regulação econômica, ou da promoção do acesso.

A entrada do medicamento genérico no mercado farmacêutico constitui-se em medida pró-competitiva que reduz a assimetria de informação, reduz as barreiras à entrada de novos ofertantes produzindo efeitos sobre preços ao mesmo tempo em que assegura qualidade, segurança e eficácia dos produtos.

A legislação aprovada produziu efeitos positivos também para o desenvolvimento técnico e científico nacional, uma vez que estimulou as universidades e as próprias empresas a investirem na estruturação de centros de pesquisas clínicas e farmacêuticas. Esses centros têm por objetivo a execução dos testes de bioequivalência e biodisponibilidade do medicamento genérico em relação ao medicamento de referência, assegurando a intercambialidade entre ambos produtos.

Além destes aspectos, é importante ressaltar o impacto sobre o mercado farmacêutico representado pela introdução dos medicamentos genéricos no país. Com a garantia de mesma qualidade, os medica-

mentos genéricos têm preços, em média, 40% mais baixos que os de referência. A associação de qualidade e preços baixos fez com que os genéricos rapidamente ganhassem a preferência do consumidor e apresentassem impressionante crescimento das vendas.

Entre junho de 2000 e outubro de 2002, considerando-se todos os medicamentos genéricos registrados, verificou-se uma expansão acima de 300% das unidades vendidas. Isto tem provocado mudanças no mercado farmacêutico brasileiro, como a queda de preço do medicamento de referência e a redução das vendas dos medicamentos de marca à medida que se expandem as vendas de genéricos.

Considerando que a implementação dos genéricos no Brasil teve seu início em fevereiro de 2000, quando foram publicados os primeiros registros, o crescimento desse mercado vem demonstrando o grande sucesso da política. Existem casos de medicamentos genéricos que detêm uma participação de 60% no mercado de venda em unidades dos produtos elaborados com o mesmo princípio ativo, a exemplo do que vem ocorrendo em países com uma política de medicamentos genéricos já consolidada há mais tempo. No cômputo geral, os genéricos respondem por em torno de 6,8% do mercado farmacêutico brasileiro.

Há diversos casos em que o medicamento genérico já ultrapassou, em quantidades vendidas, o de referência. O abalo causado pelos medicamentos genéricos em mercados controlados por produtos de marca fez com que as indústrias produtoras desses medicamentos adotassem estratégias de descontos para as vendas dos seus produtos nas grandes redes de drogarias, chegando a conceder até 60% de desconto, como estratégia para reconquistar o espaço perdido.

Isto é um exemplo da introdução de competição no mercado de medicamentos, ocasionando algo até então inédito: a redução de preços de medicamentos de marca. Algumas reduções de preços do medicamento de referência situaram-se entre 40% e 50% do preço máximo ao consumidor (PMC). Observe-se que, no período compreendido entre junho de 2000 e novembro de 2002, foram autorizados vários reajustes dos preços de medicamentos. Entretanto, nos segmentos de mercado em que os medicamentos de referência têm sofrido forte concorrência dos genéricos, o que tem sido verificado é a redução dos preços.

Com o atual número de medicamentos genéricos – 731 fármacos e considerando-se o diferencial de preços em relação aos produtos de referência, estima-se que a economia para o consumidor com o uso de genéricos, no ano de 2002, seja da ordem de R\$ 300 milhões.

A qualidade dos medicamentos genéricos é atestada, na concessão do registro, através dos estudos de equivalência farmacêutica e bioequivalência, realizados tanto no Brasil como no exterior, e, ainda, pela certificação da linha de produção quanto às boas práticas de fabricação e controle. Na fase de pós-registro e comercialização dos genéricos, seu controle de qualidade é feito via Programa de Monitoramento do Pós-registro.

Outro aspecto positivo gerado pela a introdução da política de medicamentos genéricos foi a celeridade na concessão de registro. O tempo médio de análise e concessão de registro para medicamento genérico, segundo os procedimentos detalhados na resolução RE 391/99, era de 120 dias. Através da resolução RDC 10/01, esses procedimentos foram simplificados e melhor clarificados o que acarretou a redução do tempo médio do processo de registro para 30 dias.

C- Câmara de Medicamentos – CAMED

Em dezembro de 2001 definiu-se o arcabouço jurídico para o exercício da regulação econômica do mercado farmacêutico e criou-se a Câmara de Medicamentos. A CAMED é um órgão colegiado interministerial composto por representantes da Casa Civil da Presidência da República, do Ministério da Justiça, do Ministério da Fazenda e do Ministério da Saúde. Coube à Agência Nacional de Vigilância Sanitária e responsabilidade pelo exercício da Secretaria Executiva da Câmara de Medicamentos. A Medida Provisória nº 2.063, de 18 de dezembro de 2000 (convertida na Lei nº 10.213/01) que criou a CAMED, instituiu a fórmula paramétrica para os reajustes e o congelamento dos preços até dezembro de 2001. Este congelamento foi, posteriormente, estendido até dezembro de 2002.

A regulação adotada associa a definição de limites superiores para os reajustes de preços das empresas com a flexibilidade necessária ao desenvolvimento de políticas comerciais competitivas no mercado. As empresas devem observar a Fórmula Paramétrica de Reajuste de preços de Medicamentos para a definição de seus preços.

D - Patentes versus Interesse Social

A proteção que o sistema de patentes proporciona àqueles que investem em inovações é legítima. Entretanto, o monopólio que essa proteção enseja não pode representar um ônus excessivo para a sociedade nem mesmo inviabilizar o atendimento das necessidades de saúde pública.

Podem os interesses comerciais da indústria se sobreporem ao interesse social, à saúde pública, à vida humana? Esta é uma discussão que envolve ética, moral, solidariedade, justiça e que diz respeito à toda a humanidade. Os interesses comerciais, o lucro é um direito de quem investe e gera tecnologia e conhecimento. Este direito, no entanto, deve ter um limite. Este limite é o momento em que vidas humanas estão ameaçadas, às vezes de uma sociedade inteira.

Embora este assunto seja motivo de controvérsia mundial, o Brasil tem adotado uma posição bastante firme sobre o tema. Em defesa da vida, da proteção do cidadão, o Brasil regulamentou o mecanismo de licença compulsória em outubro de 1999, permitindo o uso público não comercial de produto protegido por patente, em casos de emergência nacional e de interesse público.

Tal Licença já era prevista pelo art. 31 do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Trade Related Aspects of Intellectual Rights Including Trade in Counterfeit Goods – TRIPS) e possibilita à União sanar ou impedir o abuso do monopólio patentário em matérias de saúde pública, nutrição, meio ambiente, entre outras, nas hipóteses de abuso de poder de mercado ou pela não-internalização da produção, no país, decorridos três anos da concessão da patente.

Esse recurso é essencial no campo da saúde, onde medicamentos protegidos por patentes têm desempenhado papel decisivo para reverter quadros epidemiológicos graves. Esse é o caso dos programas governamentais voltados para o tratamento da AIDS que, em 2001, consumiram expressiva parcela dos recursos federais destinados aquisição de medicamentos essenciais para distribuição na rede pública.

Em função das controvérsias geradas com as medidas adotadas pelo Governo Brasileiro na área de patentes, submeteu-se à Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) resolução que inscreve o direito ao acesso a medicamentos como uma questão de direitos humanos. A resolução foi aprovada em 2001 reconhecendo a primazia do interesse público e do direito à saúde sobre o interesse econômico.

Esses questionamentos quanto à coerência das medidas brasileiras em relação ao TRIPS, notadamente por parte dos EUA, também foram submetidos, em novembro de 2001, à Organização Mundial do Comércio – OMC na 4ª Conferência Ministerial, realizada em Doha, Catar. Os 142 países membros aprovaram declaração proposta inicialmente pelo Brasil, garantindo que o TRIPS não se sobrepõe às questões de saúde pública.

A nova declaração, que representa um importante avanço, deixa claro que cabe a cada país definir regras para conceder o licenciamento compulsório e os critérios para determinar o que caracteriza uma emergência nacional no campo da saúde pública.

3.2. O MERCADO FARMACÊUTICO NO BRASIL

A indústria farmacêutica brasileira reúne 370 empresas que, juntas, respondem por um faturamento anual da ordem de 7 bilhões de dólares. O volume de receita do setor no Brasil é o décimo maior do mundo e o segundo maior da América Latina, perdendo apenas para o México. Em volume físico, mesmo com o consumo estagnado há cinco anos, o Brasil ocupa a quarta posição no ranking mundial, com 1,6 bilhão de unidades (caixas) vendidas em 2001 (FEBRAFARMA, 2002).

As maiores empresas do setor farmacêutico no Brasil, por volume de vendas, são as relacionadas no quadro a seguir:

Quadro 1

Maiores Laboratórios Farmacêuticos do Brasil – por volume de vendas - 2002

Laboratório	Valor das Vendas (US\$)	Participação %
Aventis Pharma	342.875	6,05
Roche	307.480	5,43
Novartis	250.458	4,42
Abott	208.969	3,69
Aché	190.502	3,36
BMS	176.352	3,11
Janssenn/Cilag	170.718	3,01
Scherinh-Plough	161.618	2,85
Astrazeneca	154.151	2,72
Boehringer Ingelheim	150.647	2,66

Fonte: FEBRAFARMA– Agosto 2002 – 12 meses móveis

Como pode ser verificado acima, das 370 empresas existentes no país, 11 delas são detentoras, em conjunto, de 37,3% do volume de vendas, sendo as demais 359 responsáveis pelos restantes 62,7% do mercado brasileiro. Assim, o mercado farmacêutico é caracterizado por estruturas oligopólicas, geralmente de tipo diferenciado, onde o marketing e o grau de inovação de produtos são variáveis chave na luta pelo poder de mercado da indústria. A inovação é fator propulsor para o crescimento do setor, sendo a habilidade para desenvolver novos medicamentos ou promover diferenciações de produto, elementos cruciais na luta para garantir o poder de mercado entre as indústrias neste segmento.

A competitividade no setor farmacêutico é influenciada por dois componentes: um horizontal e outro vertical. O de natureza horizontal consiste nos investimentos em engenharia de processo produtivo, conferindo maior eficiência às linhas tradicionais de produção. A competitividade a partir da verticalização decorre de investimentos na engenharia de produtos, especificamente na produção de fármacos e em pesquisa. Ambos dependem de investimentos de alto risco (FEBRAFARMA, 2002).

Em decorrência dos pesados investimentos em pesquisa e desenvolvimento de novos produtos, que são protegidos por patentes e produzidos e comercializados em escala mundial, a entrada de novos competidores exige vultosas somas de capital. Além disso, as firmas entrantes deverão competir com empresas já estabelecidas no mercado e que já consolidaram suas marcas como referenciais de qualidade entre os consumidores, fazendo com que o esforço de entrada seja maior.

O fato de o medicamento ser um bem essencial à saúde faz com que exista uma baixa elasticidade preço da demanda, sendo o consumidor pouco sensível à variações de preços. Uma vez diagnosticada a necessidade do uso do medicamento, o paciente não pode simplesmente optar por adiar o consumo do produto.

Além da essencialidade do bem medicamento para a garantia do direito à saúde, outras questões decorrentes das características desse mercado são importantes para a compreensão da necessidade de intervenção do Estado, tanto do ponto de vista da regulação, quanto da implementação de programas governamentais de ampliação do acesso gratuito a medicamentos como é o caso do Programa de Medicamentos Excepcionais. Este item analisa, de modo bastante sintético, as especificidades do mercado farmacêutico, em especial as falhas de mercado que justificam uma ação mais ativa do Estado para assegurar o acesso da população a esses bens.

A teoria econômica reconhece quatro tipos de falhas de mercado que justificariam a intervenção do estado: poder de mercado, informação incompleta, externalidades e bens públicos. O setor farmacêutico é caracterizado por duas delas, quais sejam, o poder de mercado de determinadas empresas em algumas classes terapêuticas e a assimetria de informações. Nesses casos, o sistema de preços falha em dar os sinais necessários aos consumidores e produtores e, como conseqüência, o mercado passa a não operar

de modo eficiente. A intervenção governamental coloca-se como alternativa para reduzir os prejuízos resultantes das imperfeições do mercado.

Essencialmente, trata-se de um mercado em que a concorrência entre produtores opera muito pouco. Por quê? Em primeiro lugar, os consumidores não detêm a informação, o conhecimento sobre os produtos – condição fundamental para que opere bem a concorrência. É diferente comprar um medicamento do que, por exemplo, uma lata de ervilhas. Neste caso, o consumidor sabe bem o que esperar do produto, compara preços, pode mudar de marca ou escolher um sucedâneo. Mesmo quando compra um automóvel, que é mais complexo, ele já se informou antes e é capaz de avaliá-lo razoavelmente ao longo do tempo. Já no caso dos medicamentos a avaliação é mais difícil, a possibilidade de trocar de marca é mínima e a substituição por sucedâneo, quase impossível. Por isso tudo e em razão da maior essencialidade do produto, a demanda por medicamentos tende a ser inelástica ao preço: quando este sobe, as pessoas não deixam de comprá-los nem reduzem o volume de sua demanda proporcionalmente. Por último, há também barreiras tecnológicas, de escala e mercadológicas importantes que dificultam muito a entrada de novos produtos concorrentes no setor, que de outro modo aumentariam a produção e forçariam os preços para baixo (Serra, 2000).

Assim, a estrutura da oferta com poucas empresas atuando em segmentos específicos do mercado e as características de demanda por produtos farmacêuticos reforçam o poder de mercado dessas empresas. A este quadro deve-se agregar a uso de patentes, garantindo poder de monopólio aos seus detentores.

Nos países mais desenvolvidos há defesas maiores contra estas “imperfeições” do mercado de medicamentos, a começar pelo fato que, neles, o poder de compra é mais organizado, como é visto no caso da Inglaterra e dos Estados Unidos e como prevalece em tantos outros países, como Canadá, França e Alemanha.

Já no Brasil, o consumidor é mais indefeso. O poder de compra de medicamentos, embora num grande mercado, é fragilmente organizado, sendo difícil, assim, coibir os abusos de preços da indústria farmacêutica em relação aos consumidores. Essa é a questão mais essencial entre nós, os poderes contrabalançadores são frágeis. Mas não são os laboratórios que irão reforçá-los. Eles cumprem seu papel natural de produzir e ganhar dinheiro. Cabe ao poder público e às forças da sociedade organizarem a defesa dos consumidores, de modo racional e firme (Serra, 2000).

Ao longo da década de 90, as indústrias produtoras de medicamentos praticaram aumentos generalizados e significativos nos preços de seus produtos. Essa trajetória de aumentos acima da inflação só foi interrompida no final da década, quando os preços, em valores reais, começaram a cair. A interrupção deveu-se, em parte, ao ambiente político marcado por um intenso questionamento sobre o setor e, depois, às diversas ações implementadas pelo Governo Federal.

Estava criado o ambiente para a regulação econômica do mercado farmacêutico. Por quê é necessária a regulação pública do mercado farmacêutico? Para proteger o cidadão e garantir seus interesses e direitos. Assim, como já foi dito anteriormente, definiu-se então o arcabouço jurídico para o exercício desta regulação e criou-se a Câmara de Medicamentos – CAMED. A regulação adotada associa a definição de limites superiores para os reajustes de preços das empresas com a flexibilidade necessária ao desenvolvimento de políticas comerciais competitivas no mercado. As empresas devem observar a Fórmula Paramétrica de Reajuste de preços de Medicamentos para a definição de seus preços. Em 2000, cada empresa pôde reajustar seus preços a partir do índice paramétrico de medicamentos (4,4% em janeiro de 2000), descontando a evolução média de preços no período compreendido entre agosto de 1999 e novembro de 2000. O impacto médio desse reajuste no índice de preço de produtos farmacêuticos foi de 1,24%, representando um impacto de 0,05% sobre o índice de preços geral.

A regulação protege a sociedade contra abusos, mas também não pode sujeitar a população ao risco de desabastecimento. Assim, em situações excepcionais onde se verifiquem graves desequilíbrios econômicos, podem ser concedidos reajustes extraordinários. Foi o caso de outubro de 2001 quando, em função da desvalorização cambial, foi concedido reajuste de 4%. Novamente, em novembro de 2002, pelo mesmo motivo, foi concedido um reajuste que variou entre 8 e 9%, complementado, aproximadamente nos meses percentuais em dezembro de 2002.

Esta política tem sido intensamente criticada pela indústria farmacêutica que, em documento da FEBRAFARMA diz:

Os resultados da política oficial desenvolvida a partir de 1999 mostram o malogro de todos os objetivos estratégicos desejáveis para a economia brasileira e para o setor saúde. O acesso da população aos medicamentos deteriorou-se, houve queda na absorção de mão-de-obra, desestímulo à formação de capital e à modernização tecnológica e, não menos preocupante tendência à diminuição da competitividade setorial. O congelamento de preços tem resultado numa significativa redução no preço relativo dos medicamentos, sem qualquer benefício para os mais carentes, uma vez que o determinante de acesso é o nível de renda, e não a elasticidade do preço (FEBRAFARMA, 2002).

Afirmar que o problema do acesso a medicamentos não é o seu preço, mas o nível de renda da população, observação feita também no Relatório da CPI dos Medicamentos de 2000, introduz um sofisma na discussão. Ora, se por um lado é verdadeiro o problema do nível e de distribuição de renda no país, que, de resto, merece toda a atenção da sociedade brasileira e do poder público no sentido de promover ações e medidas destinadas a incrementar a atividade econômica, melhorar o nível de ganho da população e combater a iniquidade na distribuição das riquezas, por outro lado, é inegável que o alto preço dos medicamentos é sim, e importante, fator de restrição a seu acesso. Tanto a questão do preço dos medicamentos é verdadeira que, mesmo nos países desenvolvidos, com níveis de renda muito superiores aos nossos, com melhor distribuição desta renda, este tema tem sido objeto de intenso debate e de adoção de medidas regulatórias pelos seus governos no sentido de proteger suas populações e ampliar a possibilidade de acesso aos tratamentos.

Diante da proximidade do término do período estabelecido de congelamento de preços – dezembro de 2002 – é preciso que se intensifiquem as discussões em torno deste assunto e de que encaminhamento o governo federal dará ao tema. Deve-se considerar o risco, especialmente do ponto de vista social, que um abrupto descongelamento de preços poderia trazer para o setor: uma explosão de preços, penalizando ainda mais a população brasileira.

A FEBRAFARMA propõe, no que diz respeito à política de preços:

- O mercado deve ser livre e as práticas comerciais devem ser pautadas na Lei. Naquilo em que houver regulação, a lei deve ser observada estritamente.
- A liberdade de preços deve ser acompanhada por órgãos competentes para evitar que ações de empresas específicas, seja em que campo for, venham a desacreditar o setor.
- Depois de ouvidos os representantes do setor, a política deve ser definida e mantida estável, garantida por documento oficial que permita alongar os horizontes para as decisões de investimento.

Propõe ainda, a liberdade de preços pautada na concorrência e na influência exercida pelos medicamentos genéricos sobre o preço e que a recomposição dos preços seja feita de maneira escalonada e negociada e, uma vez alcançada a meta, os preços sejam liberados e definido pelo mercado. (FEBRAFARMA, 2002).

Qualquer que seja o encaminhamento a ser dado pelo novo Governo Federal é fundamental que se adotem mecanismos capazes de defender os consumidores.

3.3. ASPECTOS GERAIS DO ACESSO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA A MEDICAMENTOS

Embora sem números precisos sobre a matéria, estima-se que grande parte do mercado farmacêutico de dispensação ambulatorial (talvez 80% deste mercado) é provido pela compra direta dos usuários. Isto, em razão da diversidade de poder de compra da população determinado pelas desigualdades de renda, gera um acesso assimétrico a medicamentos no país.

Esta afirmação pode ser melhor entendida se traçarmos um perfil do consumidor brasileiro de acordo com sua renda, capacidade de compra e efetivo consumo de medicamentos de dispensação ambulatorial. O consumidor brasileiro tem um perfil variado podendo ser classificado, segundo sua renda, em três grandes grupos, conforme o quadro abaixo:

Quadro 2

Brasil: Perfil dos consumidores brasileiros por faixa de renda

Grupos	Classes de Renda	(%) da População	(%) do Mercado (Market Share)	Gastos per capita em medicamentos (R\$)
A	10 SM ou +	15	48	205
B	4 a 10 SM	34	36	68
C	Até 4 SM	51	16	20

Fonte: Coben (2000)

Assim, o Grupo A é composto por pessoas com renda acima de 10 salários mínimos/mês, representa 15% da população brasileira e é responsável por 48% do mercado (percentual do faturamento total do setor representado pelo consumo/gasto deste Grupo). A despesa média destas pessoas com medicamentos gira, segundo este estudo, em torno dos 205 reais/ano.

O Grupo B é composto por pessoas com renda entre 4 e 10 salários/mês, representa 34% da população e é responsável por 36% do mercado (percentual do faturamento total do setor representado pelo consumo/gasto deste Grupo). A despesa média destas pessoas com medicamentos gira em torno dos 68 reais/ano.

Já o Grupo C é composto por pessoas com renda entre 0 e 4 salários/mês, representa 51% da população e é responsável por 16% do mercado (percentual do faturamento total do setor representado pelo consumo/gasto deste Grupo). A despesa média destas pessoas com medicamentos gira em torno dos 20 reais/ano.

Outro estudo que é interessante de ser abordado e analisado é a Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE (POF). A última pesquisa disponível do ano de 1996 traça um perfil com maior detalhamento do consumo de medicamentos por faixa de renda. Os dados são demonstrados no quadro a seguir:

Quadro 3

Participação dos gastos mensais com medicamentos no rendimento familiar em 11 RM's por faixa de renda 1996

Classes	Rendimento médio R\$/mês	Medicamentos R\$/mês	(%)
Até 2 SM	148,10	11,85	8,0
Mais de 2 a 3 SM	281,52	14,05	5,0
Mais de 3 ^a 5 SM	445,03	17,11	3,8
Mais de 5 a 6 SM	616,52	20,36	3,3
Mais de 6 a 8 SM	786,11	21,68	2,8
Mais de 8 a 10 SM	1.016,68	24,73	2,4
Mais de 10 a 15 SM	1.81,28	28,60	2,1
Mais de 15 a 20 SM	1.968,58	35,02	1,8
Mais de 20 a 30 SM	2.760,58	42,81	1,6
Mais de 30 SM	6.700,15	50,13	0,7

Fonte: POF/IBGE 1995-1996

Pela análise dos dados, pode-se verificar que o gasto com medicamentos pelas famílias com renda superior a 30 salários mínimos mensais foi cerca de 4 vezes superior ao das famílias com renda de até 2 salários mínimos. Isto se torna ainda mais expressivo se considerarmos que a renda da primeira classe citada é cerca de 45 vezes superior ao da segunda, o que demonstra a grande regressividade dos gastos com medicamentos. Para as famílias com renda de até 4 salários mínimos, o comprometimento desta renda com gastos com medicamentos chega aos 8%.

Já no quadro abaixo, observa-se que em 1996 os gastos com medicamentos representaram cerca de 50% dos dispêndios com assistência à saúde das famílias com rendimentos até 2 salários mínimos. Nos estratos intermediários, o percentual de gasto com medicamentos das famílias permanece praticamente inalterado, representando metade do total da despesa com assistência à saúde. Por outro lado, nos estratos mais altos de renda, menos de 20% da despesa familiar com assistência à saúde se dá com medicamentos.

Quadro 4

Participação dos gastos mensais com medicamentos no total da despesa mensal com Assistência à Saúde em 11 RM's em 1996 por faixa de renda

Classes	Assistência à Saúde R\$	Medicamentos R\$/Mês	(%)
Total	90,75	26,3	28,9
Até 2 SM	23,54	11,85	50,4
Mais de 2 a 3 SM	26,63	14,05	52,8
Mais de 3 a 5 SM	32,93	17,11	51,9
Mais de 5 a 6 SM	41,42	20,36	49,2
Mais de 6 a 8 SM	52,13	21,68	41,6
Mais de 8 a 10 SM	66,96	24,73	36,9
Mais de 10 a 15 SM	87,26	28,60	32,8
Mais de 15 a 20 SM	132,14	35,02	26,5
Mais de 20 a 30 SM	161,89	42,81	26,4
Mais de 30 SM	286,39	50,13	17,5

Fonte: POF/IBGE 1995-1996

A análise dos Quadros abaixo identifica que a amplitude entre os gastos com medicamentos realizados pela população do primeiro e a do décimo decil é muito pequena se comparada à amplitude de renda entre essas duas classes. Se por um lado, a renda do décimo decil chega a ser cerca de 40 vezes maior do que a renda do primeiro decil, por outro, a primeira classe citada chega a gastar no máximo 1,7 vezes mais com medicamento do que a segunda.

Além disso, verifica-se uma elevada participação dos gastos com medicamentos na renda domiciliar média nos primeiros decis de renda. Tais gastos chegam a representar 32% da renda no primeiro decil para as Regiões Norte e Nordeste, 30% na Região Centro-Oeste, 26% na Região Sudeste e 24% na Região Sul.

O alto patamar de preços dos medicamentos implica em considerável comprometimento das condições de atenção à saúde da população. As barreiras no acesso à assistência farmacêutica se refletem sobre o sistema público de saúde através da expansão dos gastos com internações e atendimento ambulatorial.

Quadro 5

Gastos médios com medicamentos da parcela da amostra que realizou algum gasto com saúde que não plano ou seguro, em valores absolutos (R\$ Set/1998)

	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
Decil 1	27.19	23.98	35.50	29.37	33.76
Decil 2	27.34	24.67	36.52	35.22	38.34
Decil 3	34.04	23.50	38.25	35.18	35.77
Decil 4	28.06	27.60	41.48	31.81	34.71
Decil 5	29.34	28.05	44.52	33.75	41.46
Decil 6	28.37	29.11	47.42	36.79	38.72
Decil 7	33.21	31.93	51.79	43.65	45.40
Decil 8	38.80	37.54	53.45	43.92	47.16
Decil 9	42.50	45.48	61,07	48.05	54.59
Decil 10	58.74	65.07	77,81	66.67	75.80

Fonte: PNAD 1998

Quadro 6

Renda domiciliar mensal média por decil (R\$ Set/1998)

	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
Decil 1	84	75	125	125	113
Decil 2	186	136	262	261	232
Decil 3	269	187	363	365	309
Decil 4	351	246	470	473	402
Decil 5	449	304	598	592	514
Decil 6	572	387	756	474	650
Decil 7	734	498	971	955	866
Decil 8	990	672	1299	1285	1204
Decil 9	1499	1053	1909	1895	1872
Decil 10	3852	3193	4738	4597	5485

Fonte: PNAD 1998

Todos os dados expostos acima demonstram um quadro bastante desfavorável à equidade no acesso aos medicamentos que, além das questões relacionadas ao poder de compra da população, é agravado por muitos aspectos dos quais podem ser citados alguns:

a - O alto e crescente preço dos medicamentos: Embora a questão acesso versus preço de medicamentos versus renda da população esteja no centro de uma controvérsia que já foi abordada anteriormente, o fato é que os preços dos medicamentos, no período de 10 anos (1989-1999), subiram 54% acima da inflação. Como média de aumento, este número esconde algumas distorções como, por exemplo, o preço dos medicamentos para doenças cardiovasculares que subiu 105% reais neste período, enquanto nos para doenças respiratórias o salto foi de 143% acima da inflação.

Para contrapor a idéia de que os medicamentos têm registrado grandes altas de preços, setores da indústria farmacêutica têm adotado a estratégia de demonstrar os preços em dólares para evidenciar que, eventualmente, os preços brasileiros são mais baixos do que em outros países. Esta estratégia tem tomado força, particularmente, nos últimos meses de 2002, quando ocorreu importante desvalorização do real

frente ao dólar. Ora, a desvalorização cambial distorce o significado deste tipo de comparação e, além disso, apesar de que eventualmente gostassem, os brasileiros não ganham em dólares. Além disso, o peso da flutuação do dólar não é tão grande no preço dos medicamentos domésticos, pois há também matérias-primas nacionais, alto valor adicionado local, gastos com distribuição, propaganda e comercialização e amplas margens de lucro nestes setores: o custo das importações no preço de farmácia dos medicamentos raramente ultrapassa os 10%.

Deve ser considerada ainda no aspecto custo dos medicamentos a freqüente utilização de um expediente por setores da indústria farmacêutica que é o de introduzir pequenas alterações nos medicamentos já existentes no mercado e relançá-los a preços bastante mais elevados. Como estes medicamentos são, em tese, “novos”, não entram no cálculo do aumento geral de preços. Além disso, esta estratégia permite, como ocorre nos Estados Unidos, a manutenção, por mais um período (3 anos nos EUA), de exclusividade no mercado deste tipo de medicamento. Um estudo realizado pelo National Institute Of Health Care Management – NIH (NIH, 2002), dos Estados Unidos, publicado no final de maio de 2002 aponta que de todos os medicamentos aprovados pelo Food and Drug Administration – FDA no período compreendido entre os anos de 1989 e 2000, apenas 35% deles continham substâncias ativas novas. Assim, das 1.035 drogas aprovadas pelo FDA no período, 361 (35%) eram drogas que continham uma nova substância ativa e 674 (65%) eram drogas que continham substâncias ativas já existentes em outros medicamentos disponíveis no mercado. Destas 674, 558 (54% do total aprovado) eram diferentes dos medicamentos existentes no mercado na dosagem, via de administração ou eram combinadas com outras substâncias ativas – este é o tipo de droga, normalmente mais cara, que se beneficia com o recebimento de mais um período de proteção patentária. Ainda das 674, 116 (11% do total aprovado) eram medicamentos idênticos aos já disponíveis no mercado. (NIH, 2002)

b - A fragmentação do Mercado: também conspira em favor dos preços altos a verdadeira pulverização da rede varejista no mercado farmacêutico brasileiro. A existência de mais de 50 mil farmácias no Brasil, quando segundo avaliações da ANVISA, 25 mil seriam suficientes para o atendimento à população, e ainda uma estrutura fortemente oligopolizada na distribuição atacadista, favorecem o aumento dos preços e possibilitam a ampliação das margens de lucro.

c - A desarticulação da assistência farmacêutica no âmbito dos serviços de saúde: embora com avanços já perceptíveis ao longo dos últimos anos, observa-se, ainda, uma desarticulação na assistência farmacêutica no SUS. Isto pode ser observado na formulação de políticas, nos processos de aquisição e distribuição de medicamentos, na definição de macro-estratégias, no processo de consolidação e implementação da Política Nacional de Medicamentos já definida pelo Ministério da Saúde. Mais próximo ao usuário, ainda se observa a falta de prioridade na adoção, pelos médicos prescritores, de medicamentos padronizados constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Embora já com alterações perceptíveis de conduta ao prescrever, o mesmo acontece com os medicamentos genéricos. Graças a uma intensa campanha de conscientização empreendida pelo Ministério da Saúde junto à população e aos médicos, os genéricos, decorridos quase 3 anos de sua implantação, já são responsáveis por cerca de 6,8% do mercado farmacêutico brasileiro.

d - O processo indutor do uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à auto-medicação: as dificuldades existentes no acesso à assistência médica, à própria prescrição médica e ainda características sociais, econômicas e culturais presentes na sociedade brasileira promovem um hábito fortemente arraigado em nossa população que é a auto-medicação e o uso irracional de medicamentos. Este hábito, se assim se pode chamá-lo, além dos notórios prejuízos que pode acarretar à saúde dos indivíduos e da própria sociedade, responde por um importante componente no aumento na demanda por medicamentos, no desperdício de recursos financeiros e dos próprios medicamentos.

Reforça este processo indutor, a importância comercial e o estímulo a sua venda que representam os medicamentos ditos “populares”, que “não necessitam de receita médica” e que são “prescritos” no balcão das farmácias. Estes medicamentos denominados OTC (over the counter – “sobre o balcão”), também conhecidos no jargão varejista brasileiro pela perversa denominação de BO (bom para otário), são escorados por agressivas estratégias de marketing e por incentivos a sua venda em farmácias (bonificação do tipo pague um e leve dois), representam importante parcela das vendas de diversos laboratórios e são responsáveis por parte significativa da “empurro-terapia” que se vê em muitas farmácias pelo Brasil afora. Talvez seja esta a face mais cruel da dificuldade de acesso da população brasileira a uma adequada assistência farmacêutica .

e - A pressão pela incorporação tecnológica baseada em “evidências” nem sempre confiáveis: diversos estudos têm demonstrado que uma mudança para novos e mais caros medicamentos tem contribuído para o aumento de custos das drogas e tratamentos nos últimos anos. Os benefícios obtidos com esta mudança, no entanto, não são muito claros. Alguns argumentam que novas drogas levam a melhores resultados clínicos e reduzem os custos do tratamento não relacionados a medicamentos. É claro que diante esta situação, a questão que interessa aos que pagam e consomem é: quais novas drogas melhoram os resultados e reduzem custos e quais não? (NIH – 2002).

O processo de incorporação tecnológica na área de assistência farmacêutica é tema que tem crescido em importância nos últimos anos e tem sido, cada vez mais, fruto da preocupação e da adoção de medidas para seu adequado gerenciamento por parte dos gestores públicos de saúde. Diante das praticamente inesgotáveis pressões pela incorporação de novas tecnologias no SUS, é preciso que se enfrente o desafio de estabelecer mecanismos para diferenciar as pressões legítimas pela conquista do acesso a tratamentos que, embora mais caros, representem reais benefícios aos usuários e melhores resultados clínicos, daquelas movidas puramente pelo interesse comercial dos produtores interessados em conquistar mercado entre os usuários do SUS.

No que diz respeito aos chamados medicamentos excepcionais, o Ministério da Saúde tem desenvolvido estratégias para avaliação de incorporação tecnológica na assistência farmacêutica baseadas em evidências científicas e na elaboração de protocolos e diretrizes terapêuticas para estes medicamentos. A elaboração de tais estratégias envolve um enorme esforço que inclui a avaliação das melhores evidências publicadas na literatura médica e a adaptação para o contexto brasileiro, a exemplo do que ocorre com o NICE no Reino Unido, no sistema Canadense e Australiano e em vários outros países que adotaram os “CTAs” = *Center of Technology Assessment* para tomada de decisão sobre incorporação de medicamentos ou equipamentos em saúde.

A principal barreira que tem sido enfrentada nessa construção é representada pela forma como têm sido produzidas as evidências científicas relacionadas ao desenvolvimento e incorporação de novos medicamentos no tratamento de algumas doenças e pela forte pressão de setores da indústria farmacêutica que “acossados” nos países mais desenvolvidos voltam-se com mais força para o terceiro mundo, em especial para o Brasil, dado o tamanho e potencial de seu mercado.

Uma parcela significativa da literatura médica é representada por ensaios clínicos norteados pela indústria que, via de regra, não atendem aos interesses de saúde pública: usam desfechos secundários, o que os torna mais baratos, não comparam o medicamento estudado com alternativas mais baratas de tratamento, testam apenas a nova e mais cara droga e não a comparam com outras disponíveis no mercado e assim por diante. Exemplo concreto deste tipo de situação e que enfrentamos no DSRA no gerenciamento do Programa de Medicamentos Excepcionais é o que diz respeito ao uso do interferon peguilado no tratamento da Hepatite C. Os estudos publicados a respeito deste assunto no *Lancet* e no *Gastroenterology* foram objeto de atenta análise no Departamento e que gerou cartas a estas duas importantes publicações internacionais criticando os estudos publicados. Ambas as cartas foram publicadas sendo que na do *Lancet* (Picon, 2002) chamamos a atenção sobre um problema metodológico do estudo onde não havia menção às perdas o que poderia invalidar o trabalho. Na carta do *Gastroenterology* (Sander, 2002 – no prelo) nós criticamos a afirmação de que interferon reduz fibrose pois faltam evidências para tal afirmação. Em ambas as situações, o Ministério deixa de ter uma postura passiva, de aceitação incondicional deste tipo de “evidência científica”, para criticar a literatura internacional no sentido de executar uma política de uso racional de medicamentos com otimização de recursos. Isto, sem dúvida, caracteriza uma significativa mudança na postura política e técnica do Ministério da Saúde.

Além disso, há uma série de questões de saúde pública, incluindo as doenças e medicamentos “órfãos” que dificilmente serão avaliadas por uma agenda de pesquisa de medicamentos exclusivamente pautada pelo interesse de mercado da indústria farmacêutica. Por outro lado, a academia pouco tem feito além de cobrar uma parceria mais estreita com as indústrias farmacêuticas, com uma noção simplista de que a mera aproximação com a indústria garantiria uma pesquisa de melhor qualidade.

Os editoriais de revistas de impacto convencem acadêmicos em todas as universidades do mundo. Recentemente um conselho de editores liderados pelos editores-chefes do *JAMA* e do *NEJM* entre outros editaram um verdadeiro tratado de Normas e Princípios acerca da pressão exercida pelos financiadores sobre os pesquisadores e sobre o poder exagerado das CROs (*NEJM*, 2001).

Assim deparamo-nos com a força da máquina de ensaios clínicos dirigidos aos interesses de setores da indústria que controla resultados das pesquisas através das CRO (Contract Research Organizations) e influencia fortemente editores e editoriais.

f- A evolução do perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira e sua conseqüência sobre o sistema de saúde: A expectativa de vida do brasileiro era de 34 anos, no início do século. Hoje, a expectativa de vida no país situa-se em torno de 67 anos, próxima da média mundial (68 anos). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, no ano de 2025 a expectativa de vida deve atingir os 73 anos.

A tendência de envelhecimento da população e as importantes mudanças ocorridas no perfil epidemiológico nos últimos anos tem repercussões no incremento da demanda por medicamentos de uso continuado e de maior custo. Hoje temos um perfil que compreende doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de países desenvolvidos.

Assim, ao mesmo tempo em que são prevalentes as doenças crônico-degenerativas, aumenta a morbimortalidade decorrente da violência, especialmente a violência urbana e os acidentes de trânsito. Além disso, emergem e re-emergem outras doenças como a cólera, a dengue, a malária, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.

Deve-se considerar, ainda, que modificações qualitativas e quantitativas no consumo de medicamentos são influenciadas pelos indicadores demográficos, os quais têm demonstrado clara tendência de aumento na expectativa de vida ao nascer. O processo de envelhecimento populacional gera novas demandas, um maior consumo de medicamentos e um maior custo social. Grande relevância tem neste processo o aumento da demanda de medicamentos destinados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas, além de novos procedimentos terapêuticos com utilização de medicamentos de alto custo. Além disso, especial atenção deve ser dada ao aumento da demanda dos medicamentos de uso contínuo, com é o caso dos utilizados no tratamento das doenças cardiovasculares, reumáticas e da diabetes. Ressalte-se o fato de que é bastante comum o fato de pacientes sofrerem de várias destas doenças simultaneamente.

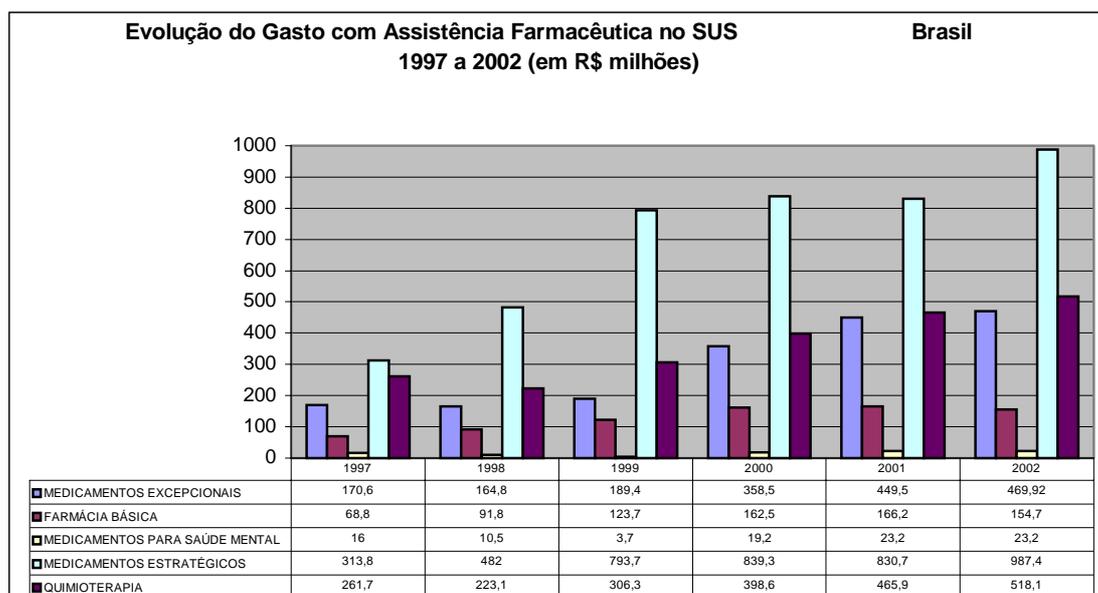
Diante de todo o quadro regressivo para o acesso da população brasileira a medicamentos, que foi sinteticamente exposto e analisado acima, justifica-se, plenamente, a necessidade de intervenções do setor público para garantir este acesso.

Como já foi dito anteriormente, o Ministério da Saúde, especialmente nestes últimos anos, tem empreendido importantes esforços no sentido de ampliar e tornar mais equânime o acesso da população brasileira a medicamentos. Fazem parte destes esforços, a definição de uma Política Nacional de Medicamentos e todos os desdobramentos dela decorrentes, a implementação/aperfeiçoamento/ampliação de programas e ações específicas destinadas a viabilizar a distribuição gratuita de medicamentos, a ampliação da produção de medicamentos nos laboratórios públicos, as medidas reguladoras sobre o mercado farmacêutico, dentre outras atividades.

Neste contexto, desempenham papel essencial, com grande importância e alcance social, os diversos Programas de assistência farmacêutica gratuita que têm sido desenvolvidos pelo Ministério.

Embora a análise deste Programas fuja do escopo deste trabalho, um breve relato e demonstração de sua evolução é útil para a compreensão dos esforços desenvolvidos e da complexidade do tema ampliação de acesso a medicamentos, especialmente diante de um quadro de recursos escassos. Embora sem resolver de pleno a questão e quitar a imensa e histórica dívida existente para com a população brasileira, podem ser verificados na figura abaixo os significativos incrementos nos investimentos realizados nesta área.

Figura 1
Evolução do gasto com assistência farmacêutica no SUS – Brasil 1997 a 2002 (em R\$ milhões)



Fonte: elaboração própria

A assistência farmacêutica prestada na internação hospitalar – medicamentos utilizados durante a internação hospitalar, não está demonstrada no quadro acima. Estes medicamentos, inclusos no item Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – SADT, não são separáveis e identificáveis no volume de recursos despendidos neste item da AIH. Pode-se estimar, no entanto, que o volume de gastos com medicamentos na AIH em 2002 seja de em torno de R\$ 1,2 bilhões. Assim, os gastos totais com medicamentos no ano de 2002 deve girar em torno dos R\$ 3,36 bilhões. O crescimento dos investimentos realizados nos Programas identificados no Quadro acima é significativo.

Para uma melhor compreensão, os Programas serão sinteticamente abordados a seguir:

- O Programa de Assistência Farmacêutica Básica financia a aquisição, pelos municípios ou estados, de um elenco de medicamentos básicos por estes definidos. Este elenco pode variar de estado para estado ou de município para município dependendo de sua realidade epidemiológica.

O objetivo da Assistência Farmacêutica Básica é o de atender os problemas de saúde mais comuns de cada população, promover, proteger e recuperar a saúde do indivíduo e da coletividade e atuar nos âmbitos ambulatorial e domiciliar.

O financiamento das atividades é tripartite – o governo federal repassa o equivalente a R\$ 1,00 habitante/ano. O estado entra com R\$ 0,50 habitante/ano e o município com R\$ 0,50 habitante/ano.

Os recursos deste Programa, bem como a população beneficiada, tem aumentado ano a ano. Em 1997 foram R\$ 68,8 milhões, em 1998 R\$ 91,8 milhões, em 1999 R\$ 123,7 milhões, em 2000 R\$ 162,5 milhões, em 2001 R\$ 166,2 milhões e em 2002 R\$ 154,7 milhões, com um crescimento entre 1997 e 2002 da ordem de 124,85%. O Programa está presente em 5.561 municípios (mais de 90% dos municípios brasileiros) e beneficiou, no ano de 2002, cerca de 139 milhões de pessoas.

Outra forma de assistência farmacêutica básica é a chamada Farmácia Popular – A Farmácia Popular é um programa do Ministério da Saúde de distribuição de medicamentos básicos à população de todos os Municípios que tenham equipes do Programa de Saúde da Família já implantadas, e em funcionamento. Seu objetivo é otimizar as ações das equipes de Saúde da Família, mediante a distribuição de medicamentos. Cada equipe recebe, trimestralmente, um kit, composto de 32 medicamentos, com aproximadamente 80 quilos. Em 2001, o Ministério da Saúde adquiriu dos laboratórios oficiais e está distribuindo medicamentos para composição de 44.000 kits, a um custo global de R\$ 67,9 milhões. A distribuição foi realizada nos meses de março, junho, setembro e dezembro.

- O Programa de Medicamentos de Saúde Mental foi instituído em março de 1999. Funciona por meio do repasse de recursos financeiros aos Estados e Municípios, que utilizam-nos para adquirir e distribuir os medicamentos de acordo com as necessidades de sua população.

Tais recursos são adicionados àqueles do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, e transferidos “fundo a fundo” aos gestores estaduais e municipais, em duodécimos mensais, exigindo-se contrapartida financeira das unidades sub nacionais.

É importante fazer constar que mesmo antes da instituição deste Programa, o Ministério já participava com recursos para aquisição e distribuição dos medicamentos de Saúde Mental.

Em 1997 foram repassados, para os estados e municípios, recursos da ordem de R\$ 16,0 milhões, em 1998 R\$ 10,5 milhões, em 1999 R\$ 3,7 milhões, em 2000 R\$ 19,2 milhões, em 2001 R\$ 23,2 milhões e em 2002 R\$ 23,2 milhões, com um crescimento entre 1997 e 2002 da ordem de 45,0%.

- Os chamados medicamentos estratégicos são destinados à assistência farmacêutica dos seguintes Programas: AIDS, Pneumonia Sanitária (Tuberculose), Dermatologia Sanitária (Hanseníase), Controle de Endemias (Malária, Esquistossomose, Tracoma, Leishmaniose, Meningite, Cólera e Filariose), Diabetes e Hemofilia

Em 1997 foram investidos, para aquisição e distribuição de medicamentos estratégicos, recursos da ordem de R\$ 313,8 milhões, em 1998 R\$ 482,0 milhões, em 1999 R\$ 793,7 milhões, em 2000 R\$ 839,3 milhões, em 2001 R\$ 830,7 milhões e em 2002 R\$ 987,4 milhões, com um crescimento entre 1997 e 2002 da ordem de 214,66%.

Dada sua especificidade, estes medicamentos são adquiridos pelo Ministério e distribuídos aos estados, para que sejam disponibilizados à população por meio das redes estaduais e municipais de saúde.

A ação de maior destaque no âmbito do Programa de Medicamentos Estratégicos – e também mais conhecida no exterior - refere-se aos medicamentos para AIDS, como são conhecidos os anti-retrovirais (ARV).

A política de medicamentos de AIDS objetiva garantir, a todos os pacientes infectados pelo HIV, o acesso gratuito a toda medicação necessária para seu tratamento, observando sempre a atualização das drogas e a disponibilidade de medicamentos mais seguros e eficazes.

A distribuição de medicamentos anti-retrovirais pelo Ministério da Saúde, iniciou-se em 1991, com a distribuição do AZT. Atualmente, o Ministério garante a distribuição de 14 medicamentos, em 27 apresentações farmacêuticas, com valor estimado em R\$ 515 milhões/ano.

A iniciativa de distribuir os medicamentos anti-retrovirais garante a sobrevivência dos pacientes soropositivos, minimizando o impacto da epidemia sobre os grupos da população infectados, especialmente sobre aqueles em idade produtiva. Além disso, o acesso universal ao Programa, em conjunto com outras iniciativas, tais como a utilização mais comum de quimioprofilaxia para prevenir as principais infecções oportunistas e os diferentes tipos de tratamento disponíveis (domiciliar e ambulatorial), possibilitou a queda na necessidade de internações, com conseqüente redução de custos para o Sistema de Saúde, assim como uma redução considerável na freqüência de infecções oportunistas.

A mortalidade desses pacientes caiu pela metade de 1995 a 1999 - de 12,2 por grupo de 100 mil habitantes, em 1995, para a taxa de 6,3/100 mil, no ano de 1999.

Há alguns anos, o banco Mundial estimava que, na virada do século, 1,2 milhão de brasileiros estariam contaminados pelo vírus da AIDS. Graças ao Programa Brasileiro de AIDS, da distribuição gratuita de medicamentos e, especialmente, o desenvolvimento de grandes campanhas públicas de esclarecimento, orientação e prevenção, hoje o número de brasileiros infectados é de cerca de 597 mil. Ou seja, segundo esta estimativa, 600 mil brasileiros deixaram de contrair AIDS neste período.

No aspecto gerencial, o Ministério da Saúde tem alcançado bons resultados nas negociações de preços com as empresas produtoras de medicamentos de AIDS, em especial com as que detêm a produção de medicamentos protegidos por patente. Inclusive no rumoroso caso internacional envolvendo a ameaça de quebra de patentes e acabou por ser discutida na OMC e ONU.

De janeiro de 2001 até o presente momento, acumula-se uma economia na ordem de R\$ 165 milhões obtida por meio de negociações de preços dos medicamentos de AIDS.

O custo paciente/ano caiu de US\$ 4.700 em 2000, para cerca de US\$ 2.500 em 2002.

- Os medicamentos utilizados para tratamentos quimioterápicos são adquiridos e disponibilizados pelos serviços ou centros cadastrados para a assistência oncológica (CACON) devidamente cadastrados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, espalhados pelo território nacional, atualmente são 266 unidades cadastradas em oncologia, sendo que destas 69 estão localizadas no estado de São Paulo, 26 no estado do Rio Grande do Sul, 23 no estado do Rio de Janeiro, 22 no estado de Minas Gerais, 20 no estado do Paraná, 18 no estado da Bahia, 14 no estado de Santa Catarina, 12 no estado de Pernambuco, as quais representam 76,7% do total de unidades cadastradas no Brasil.

A principal característica dos CACON é a de que eles adquirem os medicamentos, nas quantidades necessários para os tratamentos quimioterápicos, bastando-lhes codificá-los e cobrá-los conforme as normas estabelecidas.

Em 1997 foram transferidos recursos da ordem de R\$ 261,7 milhões para os CACON, em 1998 foram transferidos R\$ 223,10 milhões, em 1999 foram transferidos R\$ 306,3 milhões, em 2000 foram transferidos R\$ 398,6 milhões, em 2001 foram transferidos R\$ 465,9 milhões e em 2002 foram transferidos R\$ 518,1 milhões, com um crescimento entre 1997 e 2002 da ordem de 97,97%.

- O Programa de Medicamentos Excepcionais será abordado no item 3.5 deste trabalho.

Todos estes programas abordados acima têm, sem dúvida, significado importantes avanços na ampliação do acesso da população brasileira a medicamentos. Não se pode, no entanto, deixar de considerar que a existência de uma adequada política de assistência farmacêutica, a disponibilidade de medicamentos, corretos mecanismos de distribuição e dispensação, por melhores que sejam, não são capazes de, por si só, isoladamente, equacionar o problema de acesso ainda existente.

Além de todos os problemas que já foram listados anteriormente, deve-se agregar um, muito presente nos programas de distribuição gratuita de medicamentos. Trata-se da dificuldade de acesso indireta, representada pelas, embora com avanços significativos nos últimos anos, restrições ao acesso aos serviços de saúde, à assistência médica, aos serviços de diagnóstico e à própria prescrição dos medicamentos, ainda existentes no SUS. Esta não é uma questão que uma política de medicamentos seja capaz de resolver. Depende, sim, de uma ampla política de saúde que seja capaz de melhorar as condições gerais de saúde da população e, efetivamente, garantir o acesso às ações e serviços de saúde à toda a população. Manifesta-se, desta forma, a inter-dependência entre a política de assistência farmacêutica e a política geral de saúde do país.

3.4. ANTECEDENTES DO PROGRAMA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Para traçarmos os antecedentes da assistência farmacêutica com a prestação de serviços e dispensação de medicamentos na forma de programa com financiamento individual, precisaríamos, no mínimo, recuar no tempo até o ano de 1923, ocasião em que o Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro daquele ano - a chamada Lei Eloy Chaves, criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões. Estas Caixas já tratavam da questão da assistência farmacêutica entre seus benefícios e criaram mecanismos destinados a vender, a seus usuários e dependentes, medicamentos a preços especiais. Teríamos ainda que, a partir daí, traçar a evolução histórica do tratamento dispensado à assistência farmacêutica pelos diversos Institutos que sucederam as Caixas, avaliar o comportamento da previdência social em anos mais recentes, passando pela criação da CEME em 1971, pelas discussões em torno da elaboração dos primeiros esboços da RENAME, pelas drogas do INPS, sindicatos e empresas conveniadas e assim por diante, até chegarmos aos dias de hoje.

Para uma maior objetividade e clareza na exposição desta breve resenha histórica e para fins deste estudo, optamos por realizar alguns saltos no tempo.

O primeiro destes saltos leva-nos ao ano de 1971, ocasião em que foi criada a CEME, que seria, em 1974, vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. Esta Central foi criada para cumprir a função de coordenar a política de assistência farmacêutica a ser desenvolvida pelo governo federal. Em seu Plano Diretor de Medicamentos, estava prevista a manutenção de estoques de medicamentos importados e utilizados em doenças cuja incidência no país era rara. A partir de 1975, agregam-se às funções da CEME a responsabilidade pela aquisição e distribuição de medicamentos a serem utilizados pelas instituições vinculadas ou conveniadas ao MPAS, permitindo-se a aquisição de medicamentos fora

da padronização quando houvesse justificativa para tal, mas, necessariamente, similar terapêutico aos da Relação de Medicamentos Básicos.

A ampliação da assistência farmacêutica que se deu em decorrência das ações desenvolvidas pela CEME, tanto na área hospitalar como ambulatorial, o incremento no rol de medicamentos disponíveis para dispensação e ainda as compras de medicamentos para os ambulatórios conveniados permitiu a abertura de um espaço para a entrada de medicamentos que passariam a ser denominados de excepcionais. Assim, saltamos para o ano de 1982, quando a Portaria MPAS/MS/MEC nº 03, de 15 de dezembro daquele ano, que dispunha sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, abriu a brecha na normatização para os medicamentos então considerados de aquisição e dispensação excepcionais. A Portaria, ainda que implicitamente, introduziu o conceito de medicamentos excepcionais ao estabelecer:

3.2 – Em caráter excepcional, os serviços, prestadores de assistência médica e farmacêutica poderão adquirir e utilizar medicamentos não constantes da RENAME, quando a natureza ou a gravidade da doença e das condições peculiares do paciente o exigirem e desde que não haja, na RENAME, medicamento substitutivo aplicável ao caso.

3.3 – A prescrição excepcional de que trata o subitem 3.2 será obrigatoriamente objeto de justificativa, a ser apresentada, por escrito, pelo médico assistente do caso, e homologada a posteriori, pelo órgão de auditoria médica da instituição prestadora do atendimento. (BRASIL, 1982)

Esta Portaria, ao regulamentar e estabelecer a RENAME como definidora dos produtos farmacêuticos prioritários para a prevenção e tratamento das doenças prevalentes na população brasileira, ao definir normas para a distribuição gratuita de medicamentos e ainda, ao abrir exceção para a aquisição e distribuição de medicamentos não constantes desta Relação e destacar 15% do valor global dos recursos financeiros de cada Ministério destinados à compra de medicamentos RENAME à compra direta dos chamados excepcionais, pode ser considerada um marco para o estudo dos chamados medicamentos excepcionais.

Regulamentava-se, a partir daí, uma prática que já ocorria há alguns anos, como por exemplo, a compra do Hormônio do Crescimento. Este hormônio, em função de seu alto custo e necessidade de importação, foi um dos primeiros medicamentos a serem adquiridos como excepcional. A partir dele e do surgimento de novas e crescentes demandas, outros medicamentos foram sendo agregados como a ciclosporina para transplantados, medicamentos destinados ao tratamento da leucemia e outros.

Em 1993, com a extinção do INAMPS, a responsabilidade pelos programas de assistência, no nível federal, passa a ser do Ministério da Saúde (MS). Nesse mesmo ano, os medicamentos excepcionais para transplantados e renais crônicos, Ciclosporina e Eritropoetina, são incluídos na tabela de valores dos procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). Os valores desses medicamentos são divulgados por meio de Portaria MS/SAS. Com relação aos demais medicamentos excepcionais, as despesas passam a ser realizadas por meio de Guias de Autorizações de Pagamento (GAPs). A relação de medicamentos excepcionais, nesse ano, é composta por 15 (quinze) substâncias em 31 (trinta e uma) apresentações.

Em 1995, a (SAS) inclui novos medicamentos na relação dos excepcionais, perfazendo um total de 22 (vinte e duas) substâncias em 33 (trinta e três) apresentações.

No ano de 1996, através da Portaria MS/SAS nº 204, de 06 de novembro, são estabelecidas medidas para maior controle dos gastos com medicamentos excepcionais. Criam-se, então, códigos na tabela SIA/SUS, determina-se a obrigatoriedade de dispensação no serviço público, institui-se o formulário de Solicitação de Medicamentos Excepcionais (SME) e determina-se a mudança do sistema de cobrança, extinguindo a GAP e criando o Boletim de Procedimento Ambulatorial (BPA). Os medicamentos excepcionais para pacientes em Terapia Renal Substitutiva passam a ser administrados por meio de APAC. Nesse mesmo ano, a relação de medicamentos excepcionais passa a contar com 32 (trinta e duas) substâncias em 53 (cinquenta e três) apresentações, e, em 1997, passa a ter 34 (trinta e quatro) substâncias e 56 (cinquenta e seis) apresentações.

Em 1998, é aprovada a Política Nacional de Medicamentos, que estabelece a reorientação da assistência farmacêutica, com a garantia de acesso da população aos medicamentos de custo elevado.

Em 1999, para obter informações da realidade da execução e para melhor planejar o gerenciamento do Programa, o Ministério da Saúde determina que os gestores do SUS elaborem programação físico-financei-

ra anual de medicamentos, para cobertura da demanda. Também nesse ano é implantada a sistemática de APAC para fornecimento de todos os medicamentos excepcionais. São estabelecidas normas para o fornecimento dos referidos medicamentos: controle individualizado dos pacientes através de CPF, utilização da Classificação Internacional de Doenças (CID), definição de quantidades máximas de medicamentos e outros procedimentos, gerando, assim, um avanço importante no controle dos gastos. Em outubro desse mesmo ano, é implantada, no SIA/SUS, a tabela de procedimentos com 08 (oito) dígitos, ficando os medicamentos excepcionais com o código 36 (trinta e seis). Também em 1999, é criada a Comissão de Assessoria Farmacêutica, com a finalidade de estabelecer critérios para medicamentos excepcionais na tabela SIA/SUS. A partir de 1999, o que consideramos o Atual programa de Medicamentos Excepcionais, será abordado no item 3.5 a seguir.

3.5. POLÍTICA DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO – O ATUAL PROGRAMA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Como já foi dito anteriormente, as distorções e problemas gerados pelas grandes desigualdades sociais e econômicas ainda existentes no país determinam restrições e assimetrias no acesso a medicamentos. Isto é particularmente verdadeiro quando se trata de medicamentos de alto custo, quando o custo unitário do medicamento ou o custo total do tratamento torna inviável a sua aquisição pela maioria da população brasileira. Esta iniquidade no acesso, profundamente injusta do ponto de vista social e causadora de graves prejuízos à saúde da população, requer uma firme ação do poder público no sentido de combater esta iniquidade e de promover a ampliação do acesso a medicamentos.

Assim, plenamente em conformidade com os princípios e diretrizes traçados na Política Nacional de Medicamentos, o Ministério da Saúde, em parceria com o gestores estaduais do SUS, tem se empenhado em criar mecanismos destinados a garantir o fornecimento gratuito de medicamentos de alto custo à população brasileira, denominados “excepcionais” e que estão incluídos no Programa de Medicamentos Excepcionais. Esta ação complementa as destinadas a garantir o fornecimento de medicamentos no tratamento hospitalar (incluídos no pagamento das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH), os que fazem parte da assistência ambulatorial -como é o caso da quimioterapia do câncer, os integrantes da farmácia básica, os denominados estratégicos, os de saúde mental e ainda os integrantes de diversos outros programas desenvolvidos pelo Ministério.

Como já foi dito em diversas oportunidades, o Programa de Medicamentos Excepcionais teve, ao longo da história vários marcos na sua implementação. Assim, podem ser considerados marcos:

- A Portaria MPAS/MS/MEC nº 03, de 15 de dezembro de 1982, que introduziu o conceito de medicamentos excepcionais;
- O processo de descentralização da assistência farmacêutica ocorrida em decorrência da criação do SUS e da extinção do INAMPS;
- A Portaria MS/SAS nº 204, de 06 de novembro de 1996 que delimitou o Programa em moldes semelhantes aos atuais e, mais recentemente;
- As importantes mudanças na formulação, gerenciamento e financiamento do Programa ocorridas a partir do final de 1999 e início de 2000. Estas mudanças é o que consideramos o marco do início do desenvolvimento do atual Programa de Medicamentos Excepcionais.

A partir de 1999 a SAS se auto-impôs um compromisso de romper com o isolamento dos chamados medicamentos excepcionais do processo geral de definição de políticas de medicamentos. Adotou mecanismos para “arejar” a discussão em torno do assunto, ampliar esta discussão, envolver diversos setores na definição das políticas, tornar transparentes os critérios de inclusão/exclusão de medicamentos, enfim, alterar as relações entre a burocracia estatal, sociedade, indústria farmacêutica, profissionais de saúde, gestores do SUS. Assim, a partir de processos de negociação e de construção de consensos, evoluir para uma postura democrática e ética na condução e no manejo dos diferentes interesses envolvidos no processo e permitindo uma ampla participação de seus representantes. O objetivo final era, e é, o de lançar os fundamentos e estabelecer uma prática que permita viabilizar uma melhor assistência farmacêutica à população brasileira.

Passo importante no cumprimento deste compromisso foi a criação, pela Portaria GM/MS nº 1.310, de 28 de outubro de 1999, da Comissão de Assessoria Farmacêutica da SAS e a transferência do gerenciamento do Programa para o Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais, ocorrida no final de janeiro de 2000.

Esta Comissão é composta por 10 membros, sendo da SAS (2), SPS (2), SE (1), ANVISA (1), CONASS (3) e CONASEMS (1). Tem como finalidade estabelecer critérios que devem ser permanentemente avaliados para seleção, inclusão, substituição e exclusão de medicamentos excepcionais na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS. Instituída no âmbito da SAS, a Comissão iniciou seu funcionamento vinculada ao Departamento de Controle e Avaliação para, poucos meses após, em janeiro de 2000, com a reestruturação da SAS, passar para o Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Além de o assunto estar mais afeto à estrutura do novo Departamento, que passou a gerenciar o Programa de Medicamentos Excepcionais, facilitou o breve período de transição o fato de que, substituindo o coordenador da Comissão designado desde o início dos trabalhos, esteve o então Coordenador dos Sistemas de Alta Complexidade que veio a assumir a direção do novo Departamento.

As reuniões da Comissão, que recentemente, foram ampliadas com a presença dos membros da Câmara Técnica do CONASS e dos Coordenadores de Assistência Farmacêutica das Secretarias Estaduais de Saúde e ainda, em algumas ocasiões, de representantes da Secretaria de Investimentos em Saúde – SIS, têm tido uma pauta variada de temas submetidos à discussão e deliberação. Estas discussões têm envolvido as políticas gerais para a área, a definição de critérios para a inclusão de medicamentos, debates sobre compras e preços praticados pelo mercado, dificuldades e problemas operacionais enfrentados pelos gestores na implementação das políticas traçadas, estratégias para redução de preços dos medicamentos e custos do Programa, estabelecimento de Protocolos, estruturação das coordenações estaduais de assistência farmacêutica, treinamento de servidores, entre outros temas.

Iniciava-se, assim e prosseguindo até os dias de hoje, um grande processo de transformação na condução e nas definições do Programa de Medicamentos Excepcionais, que abordaremos nos sub-itens a seguir.

3.5.1 - DENOMINAÇÃO DO PROGRAMA

O uso da expressão/denominação “medicamentos excepcionais” embora inadequada para abrigar a atual forma de aquisição e dispensação destes medicamentos, tem origem num conceito colocado de forma implícita na Portaria MPAS/MS/MEC nº 03, de 15 de dezembro de 1982, que já foi abordada no item - Antecedentes.

Nascia assim, a denominação que expressava medicamentos de dispensação excepcional ou de alto custo cuja aquisição pelo setor público se dava em caráter excepcional, individual e com recursos financeiros independentes daqueles destinados à compra dos medicamentos integrantes da RENAME, utilizando-se critérios especiais de dispensação.

Esta nomenclatura utilizada tem sido motivo de polêmica e de discussões ao longo dos últimos anos. Por não expressar fielmente as atuais características de aquisição e dispensação deste tipo de medicamento, como já foi mencionado acima, muitos profissionais que atuam na área de assistência farmacêutica no país contestam esta denominação.

Por ocasião do início dos trabalhos da Comissão de Assessoria Farmacêutica da SAS, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.310, de 28 de outubro de 1999, o tema “nomenclatura” foi colocado na pauta das discussões. Neste processo de discussão, diversos novos nomes foram propostos e debatidos, como: “medicamentos de alta complexidade” e “medicamentos de alto custo”. Estas expressões, embora “politicamente” mais corretas que “medicamentos excepcionais”, também continham imprecisões para denominar este conjunto de medicamentos. A expressão “alta complexidade” por exemplo, tem sido normalmente utilizada para designar procedimentos em que há a utilização de tecnologia de ponta, executados por serviços especialmente habilitados para tal, obedecendo critérios técnicos pré-estabelecidos. Aplicá-la a medicamentos, embora justificável em alguns casos, criaria uma “casta” de medicamentos, fazendo supor que os mesmos seriam todos de tecnologia de ponta e produzidos de uma maneira diferenciada dos demais medicamentos. Já a expressão “alto custo”, aparentemente mais adequada, também apresentaria algumas incongruências, pois diversos medicamentos integrantes do Programa são antigos, sem proteção patentária, com similares e genéricos no mercado, o que determina, para estes, um baixo valor unitário de comercialização. A denominação poderia, no entanto, ser defendida pelo fato de que, embora com custo

unitário baixo, estes medicamentos, pela cronicidade do tratamento, representariam um alto custo total deste tratamento. Esta discussão, no entanto, leva a outra discussão: o que é alto custo? Qual o valor de corte? E assim por diante.

Diante desta discussão, pela falta de consenso em torno de uma nova nomenclatura a ser utilizada na denominação destes medicamentos e, ainda, por julgar que existiam questões mais relevantes para serem discutidas no âmbito do novo fórum de discussões criado na Comissão de Assessoria Farmacêutica, optou-se por manter a antiga nomenclatura de “medicamentos excepcionais”. Esta decisão baseou-se, também, em aspectos práticos como a manutenção de uma nomenclatura já consagrada pela tradição, vastamente divulgada em todo o país, inclusive pela mídia, e ainda como forma de manter uma certa unidade nas denominações utilizadas para fins de levantamentos e estudos, já tão dificultada, como se pode verificar na busca de informações para a realização deste trabalho, pela grande variação de nomenclaturas, códigos, formas de pagamento, entre outros aspectos.

3.5.2 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROGRAMA

Conforme Monteiro et al. (1995:354), “é verdade que em um contexto de simultaneidade de problemas, ‘antigos e novos’, é cada vez mais difícil para os tomadores de decisão, e para a sociedade em geral, estabelecer prioridades... afinal tudo parece prioritário! Mais ainda, a definição de prioridades é politicamente difícil, pois expõe de modo transparente quem perde, quem ganha. No entanto, nunca é demais insistir, escolhas serão sempre feitas, explícita ou implicitamente”.

Ainda que considerados os enormes avanços verificados nos últimos anos no incremento dos recursos orçamentários destinados à saúde – o orçamento do Ministério da Saúde teve um crescimento real de cerca de 60% no período de 1997 a 2002 – a racionalização dos gastos, a adoção de uma rigorosa disciplina financeira dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, as perspectivas favoráveis geradas pela aprovação pelo Congresso Nacional da Emenda Constitucional nº 29, a realidade que se vive no gerenciamento do SUS é a da escassez de recursos para fazer frente às já enormes e crescentes demandas sociais relacionadas à saúde.

Diante deste quadro, como enfrentar o desafio de garantir a universalidade diante de recursos contingenciados? Como resolver problemas que surgem no dia a dia de pessoas que comparecerem às SES com prescrições de medicamentos caros, que não podem comprar a sua custa, e que não se encontram inclusos nos programas governamentais de distribuição gratuita? Como enfrentar a verdadeira indústria das ações judiciais que, muitas vezes, alheias a questões técnicas, de eficiência e eficácia, de adequada relação custo-benefício, determinam aos gestores do SUS, nas três esferas de governo, a aquisição e dispensação de determinados medicamentos? Como fazer a adequada “escolha” dos medicamentos que integrarão os programas governamentais de distribuição gratuita?

Por diversos anos o estabelecimento da política, a definição do rol medicamentos do Programa de Medicamentos Excepcionais, de aquisição e dispensação destes medicamentos, se deu à margem das discussões e medidas adotadas para adoção de uma política geral para a assistência farmacêutica no país. Como já foi visto quando da apresentação dos antecedentes do programa, a entrada deste tipo de medicamentos na agenda do setor público se deu num caráter de “excepcionalidade”, individual e excludente. A forma de aquisição destes medicamentos e problemas relacionados à regularidade nas entregas da CEME permitiram um crescimento desordenado nas aquisições, à margem da RENAME, a desarticulação das ações, a falta de uma lógica estruturada na condução desta política e a própria falta de critérios claros para a definição do financiamento e da inclusão de medicamentos no programa.

O distanciamento histórico do início do programa e a falta de relatos a respeito de como e com que critérios as decisões eram tomadas dificulta grandemente uma análise deste passado relativamente recente. As portarias emitidas nesta época, relacionando os medicamentos considerados excepcionais e incluídos na forma de financiamento então vigente, não nos permite avaliar estas questões. No entanto, nos é permitido inferir que, evidentemente, havia sim, critérios de inclusão e que possivelmente estavam vinculados ao atendimento de demandas específicas, individuais ou de grupos de pacientes e à solução de determinações judiciais, não se podendo excluir ainda, as pressões exercidas por setores da indústria farmacêutica e de grupos organizados de pacientes. Esta inferência nos permite encontrar o porque da presença de determinados medicamentos na relação dos Excepcionais e o fato de muitos deles estarem isolados como opção terapêutica para determinadas doenças, apesar de haver outras opções de medica-

mentos, inclusive com eficiência e eficácia iguais ou superiores e melhor relação custo-benefício, não presentes no Programa.

Esta falta de transparência na condução do programa foi alvo, por diversas vezes, de severas críticas de profissionais de saúde envolvidos com a questão da assistência farmacêutica, gestores do SUS, parlamentares e setores da própria indústria farmacêutica. A recente CPI dos Medicamentos fez menção ao Programa dos Medicamentos Excepcionais, confirmando esta questão, ao incluir em seu relato o seguinte:

“A eleição de medicamentos que entram nesta modalidade (medicamentos excepcionais, pelo seu alto custo) não era um processo muito transparente. Existe uma grande pressão dos laboratórios produtores para que seus produtos sejam incluídos. Atualmente, foi nomeada uma comissão (referindo-se à Comissão instituída pela Portaria GM/MS nº 1.310, de 28 de outubro de 1999) para estudar os critérios de inclusão e outras regulamentações desta modalidade”.

Alguns estados e municípios agregam recursos próprios para fazer frente à demanda por estes medicamentos que têm um custo altíssimo incapacitando a esmagadora maioria da nossa população a ter acesso aos mesmos no caso de contraírem aquelas doenças” (CPI 2000:178).

A partir de 1999, ao promover profundas mudanças na formulação, gerenciamento e financiamento do Programa, os critérios de inclusão/exclusão de medicamentos foram tornados transparentes e alterou-se profundamente as relações entre o Ministério, entre a burocracia estatal, sociedade, indústria farmacêutica, profissionais de saúde, gestores do SUS. A partir da criação da Comissão de Assessoria Farmacêutica da SAS, as grandes decisões relacionadas aos encaminhamentos do Programa passaram a ser discutidas e deliberadas em suas reuniões.

No que diz respeito à definição de critérios de inclusão de medicamentos no Programa, tema deste item do trabalho, já nas primeiras reuniões da Comissão iniciou-se o debate. Em algum tempo de trabalho, as linhas gerais a serem observadas para estas inclusões estavam definidas.

Assim, foram estabelecidos os seguintes princípios gerais que passaram a ser observados na inclusão de medicamentos no Programa:

a - Utilização de critérios epidemiológicos: As históricas dificuldades brasileiras geradas pela relativa e, em algumas áreas, absoluta, falta de informações epidemiológicas como prevalência de algumas doenças, frequência de utilização dos serviços de saúde, custos dos serviços prestados, impacto real dos tratamentos na saúde dos usuários, medidas de qualidade de vida, entre outras, dificultou e dificulta a plena utilização deste critério no gerenciamento do Programa. No entanto, a grande preocupação existente, no momento em que foi definido este princípio geral, era a de se evitar a manutenção, como ocorria no passado, da discussão das inclusões restrita ao medicamento em si, descolada da realidade epidemiológica e de para que doenças se pretendia ampliar a cobertura farmacêutica provida pelo Programa.

Assim, embora não tendo um perfeito e desejável quadro epidemiológico em que basear decisões, a discussão de que doenças deveriam ser cobertas pela assistência farmacêutica provida pelo Programa passou a preceder a discussão de que medicamento(s) deveria(m) ser incluído(s). Desta forma, alterou-se o eixo das discussões, definindo-se que não seriam avaliados e, tampouco, incluídos novos medicamentos no Programa de forma isolada. A discussão passou a envolver não o medicamento em si, mas a que doenças se pretendia tratar por meio do Programa e, a partir daí, com que medicamento(s).

A discussão, por sua vez, de que doenças deveriam ter seus tratamentos cobertos pelo Programa é tema controverso, capaz de alimentar um interminável processo de argumentos e contra-argumentos. Assim, diante das quase inesgotáveis demandas e necessidades, da dificuldade de eleição de prioridades e, ainda, diante dos contingenciamentos determinados pelo próprio financiamento do Programa, foi preciso que fossem feitas algumas escolhas. Hoje, o Programa estende cobertura a mais de 70 diferentes doenças, sem contar aquelas que o CID classifica como “outras”, representando um importante incremento nesta cobertura. Neste processo de escolha, diversas doenças até então consideradas de “média-complexidade” como a asma, a doença de Parkinson, as dislipidemias, a dor crônica, entre outras, passaram a fazer parte do Programa.

b - Utilização de Evidências Científicas: a partir da decisão de que doenças contemplar, os medicamentos a serem incluídos deveriam ser selecionados segundo critérios da melhor evidência científica

disponível, da avaliação da eficiência e eficácia dos medicamentos e ainda, na medida do possível, de uma avaliação de fármaco-economia de cada opção terapêutica;

c - Elaboração/publicação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Cada doença com cobertura pelo Programa deveria ser objeto da elaboração e publicação do respectivo Protocolo de tratamento. Este princípio é válido para as doenças/medicamentos já presentes no Programa e condição indispensável para a inclusão de novas doenças e medicamentos. Este assunto será abordado em detalhes mais adiante.

Assim, publicado o Protocolo para tratamento de uma nova doença a ser coberta pelo Programa, paralelamente são incluídos os novos medicamentos previstos. Quando da publicação de Protocolo para tratamento de doença já contemplada pelo Programa e com medicamentos já inclusos na Tabela, checa-se, quando for o caso, a existência de outros medicamentos ausentes da Tabela e que tenham a mesma importância terapêutica, adequada relação custo – benefício, eficiência e eficácia daqueles já presentes e promove-se sua inclusão no Programa. Desta forma completam-se as opções terapêuticas para o tratamento destas doenças.

d - Isonomia entre Fabricantes: definidos os medicamentos que deveriam passar a integrar o rol das opções terapêuticas para cada doença, a definição de quais entrariam na Tabela deveria contemplar todas as apresentações disponíveis no mercado nacional produzidos pelos diversos fabricantes, quando fosse o caso. Este princípio tem como objetivos evitar a promoção de reservas de mercado para determinadas apresentações/fabricantes, promover a competição de preço e qualidade entre os produtores, oferecer melhores condições aos pacientes e para o processo de aquisição e distribuição pelos estados.

Para cumprir este princípio, foram identificadas e corrigidas pela inclusão de novos medicamentos/apresentações, aquelas situações em que a Tabela contemplava apenas um medicamento/apresentação mesmo havendo mais de um medicamento ou apresentação disponível para o adequado tratamento das doenças cobertas pelo Programa.

Ainda dentro deste princípio, foram identificadas e incluídas, para medicamentos já inclusos no Programa, apresentações que ainda não estavam inclusas, mas que representavam comodidade de administração aos pacientes, como variedade de dosagens e de formas de aplicação, como a aplicação trimestral se contrapondo à aplicação mensal de alguns medicamentos.

Estes princípios definidos, aparentemente óbvios numa primeira vista, aliados ao compromisso assumido pelo representante da SAS na Comissão de não promover nenhuma nova inclusão de medicamento no Programa sem que a mesma estivesse respaldada por estes princípios e pela prévia formulação do respectivo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, representou uma significativa mudança nas práticas que vinham sendo utilizadas no passado e um grande avanço na condução do Programa de Medicamentos Excepcionais daí em diante.

O quadro com as inclusões realizadas na Tabela de Medicamentos a partir de 2000, todas de acordo com os critérios estabelecidos, com a citação das respectivas Portarias e motivo de inclusão, encontra-se no ANEXO I.

3.5.3 A TABELA DE MEDICAMENTOS E A DEFINIÇÃO DOS VALORES

A questão relacionada aos valores dos medicamentos excepcionais teve, ao longo de sua história, diversos tratamentos por parte do então INAMPS e posteriormente pelo Ministério da Saúde: compras individualizadas na Direção Geral do então INAMPS e suas Superintendência Regionais, compras por Adiantamento Básico, Destaque Orçamentário, reembolso por Nota Fiscal (da mesma forma em que na época eram remuneradas as órteses e próteses) e assim por diante.

O primeiro movimento no sentido de estabelecer uma Tabela para estes medicamentos ocorreu com a edição da Portaria SAS/MS nº 142, de 06 de outubro de 1993. A Tabela, após diversas alterações ocorridas ao longo do tempo, com inclusões, exclusões e mudanças nos mecanismos operacionais de pagamento evoluiu, em 1996, para um formato de Tabela próximo ao que hoje trabalhamos no gerenciamento do programa de Medicamentos Excepcionais.

Assim, no que diz respeito à definição de uma Tabela Nacional para Medicamentos Excepcionais, próxima aos moldes atuais, podemos considerar como marco a edição da Portaria SAS/MS nº 204, de 06 de novembro de 1996. Além disso, esta Portaria tem grande importância para o Programa tanto do ponto de vista operacional como de controle, pois cria os códigos de medicamentos na Tabela do SIA/SUS para

informatização das informações, retira os códigos provisórios da Ciclosporina e Eritropoetina da área de órteses e próteses, define como obrigatória a dispensação dos medicamentos somente no serviço público, cria o Formulário de Solicitação de Medicamentos Excepcionais e estabelece que, a partir de janeiro de 1997, a cobrança passe a ser feita por meio de BPA, excluindo-se a cobrança por meio de GAP (esta forma de cobrança evoluiria para a atual APAC). A APAC foi empregada, inicialmente, para os medicamentos utilizados na Terapia Renal Substitutiva (Portaria SAS/MS nº 138, de 20 de abril de 1999) e, a partir de outubro 1999 (Portaria SAS/MS nº 409, de 05 de agosto de 1999) para todos os Medicamentos Excepcionais). A Portaria SAS/MS nº 204 foi complementada em 26 de dezembro de 1996 pela edição da Portaria SAS/MS nº 235, que fixou os valores dos procedimentos criados (medicamentos).

Feita esta breve digressão histórica, chegamos aos dias de hoje com uma Tabela de Medicamentos Excepcionais definida no Grupo 36- Medicamentos da Tabela do SIA/SUS, com cada medicamento e respectivas apresentações individualizadas com códigos de oito dígitos e valores estabelecidos, com todos os procedimentos processados por meio de APAC – Portaria GM/MS nº 1.318, de 23 de julho de 2002 complementada pela Portaria SAS/MS nº 921, de 22 de novembro de 2002 – vide ANEXO II.

Para se ter uma dimensão da importância da existência de uma Tabela desta natureza, é preciso, no entanto, que se compreenda o seu significado e a forma como, em termos práticos, ela funciona. Para esta compreensão, é preciso que se esclareça uma freqüente confusão a respeito do papel da Tabela no processo de gerenciamento do Programa que é feita por profissionais de assistência farmacêutica, gestores do SUS, compradores de medicamentos e fornecedores. Esta incompreensão leva, algumas vezes, a uma incorreção no seu uso.

Assim, a Tabela não define valores de compra de medicamentos e, tampouco, valores de pagamento aos fornecedores no processo de compra pelos estados. A Tabela, na verdade, é um balizador do processo de compra, buscando, através dos valores nela expressos, estabelecer, de acordo com uma série de critérios que serão abordados abaixo, parâmetros de valores que têm sido praticados pelo mercado e que devem ser utilizados pelos estados nas aquisições. Assim, determinado estado, de acordo com seu processo de compra, volume de compra, forma e assiduidade no pagamento, entre outros fatores, pode adquirir os medicamentos pelo valor estabelecido na Tabela ou por valor inferior ou superior a este.

Outro papel essencial desempenhado pela Tabela é o que servir como parâmetro na definição pelo Ministério da Saúde, de acordo com o volume de medicamentos dispensados pelos estados, dos valores a serem a eles repassados mensalmente a título de co-financiamento do Programa – o que será abordado com mais detalhes no item Financiamento.

Desta forma, como se vê, embora a Tabela não defina o valor de pagamento que é feito ao fornecedor na “ponta” do processo de aquisição dos medicamentos pelos estados, tem papel essencial na parametrização do mercado e na definição do financiamento do Programa. Resulta deste papel a importância que tem sido dada pelo Ministério a uma adequada administração desta Tabela quanto aos valores nela estabelecidos.

Não existem registros a respeito dos critérios adotados na definição dos valores de medicamentos da Tabela anteriores a 1999, o que impede a elaboração de comentários a respeito deste período. A partir de 1999 e, especialmente a partir do início de 2000, com as alterações promovidas pela SAS no processo de gerenciamento do Programa de Medicamentos Excepcionais que já foram abordadas anteriormente, foi estabelecida uma sistemática clara e transparente para a definição de valores de Tabela para os Medicamentos Excepcionais, que serão avaliadas a seguir.

A definição de valores de Tabela tem dois momentos cruciais: o primeiro deles ocorre por ocasião da inclusão do medicamento no Programa e conseqüente definição do respectivo valor em que será incluso na Tabela. O segundo não é um momento isolado, mas um processo contínuo de acompanhamento do comportamento de mercado dos medicamentos já inclusos e que determinará a manutenção de seus valores de Tabela ou eventuais alterações valores – reduzindo-os ou aumentando-os.

O momento da inclusão de um novo medicamento e a definição de seu valor de Tabela é precedido de um extenso processo de levantamento de realidade de mercado deste medicamento. Fazem parte deste levantamento o valor definido como “Preço de Fábrica” por ocasião do registro do medicamento junto à ANVISA e sua evolução definida pela CAMED, informações a respeito de seu comportamento de mercado através de consultas a registros existentes na ANVISA sobre volume de vendas no mercado brasileiro e preços médios praticados, consulta a Bancos de Preços e de valores definidos em Concorrências Públicas

para compra do medicamento (na situação em que o mesmo já venha sendo comprado por algum órgão público), a existência de genérico ou similar no mercado e sua implicação nos preços de mercado, análise da situação tributária do medicamento, informações a respeito de preços praticados no exterior, avaliação de custo tratamento/mês comparado a este mesmo custo com o uso medicamentos com mesma eficiência e eficácia clínica daquele a ser incluído, estudos de fármaco-economia (quando existentes ou realizados pela Assessoria Farmacêutica com base em informações disponíveis), proposição de preço a ser praticado pelo fabricante para compras pelo SUS e, por fim, negociações com os fabricantes. Como princípio geral, os valores de inclusão são sempre menores que o estabelecido como “Preço de Fábrica” no momento da inclusão, com percentuais de desconto sobre este preço de, no mínimo, 5%, podendo ser um percentual significativamente maior em função dos estudos realizados em conformidade com os levantamentos sinteticamente expostos acima.

A partir da definição do valor inicial de inclusão e efetiva inclusão do medicamento na Tabela, cada medicamento passa a fazer parte de um permanente monitoramento de seu preço de mercado. Este monitoramento, a partir de 2001, foi significativamente aperfeiçoado pelo levantamento periódico, junto às Coordenações de Assistência Farmacêutica dos estados, da realidade de compra de cada medicamento pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Estes levantamentos, cuja periodicidade mínima foi definida como anual, já foram realizados em duas ocasiões: em março de 2001 e em março de 2002. O próximo levantamento está programado para meados do mês de março de 2003.

Apenas para exemplificar este trabalho que tem sido feito pelo Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais da SAS e para que se possa fazer alguns comentários, o extrato do ultimo levantamento realizado em março de 2002 encontra-se no ANEXO III.

Como se pode observar neste Anexo, o levantamento realizado foi sistematizado e ordenado de forma a agrupar os estados por valor de compra de cada medicamento, com o respectivo valor pago e percentual que a dispensação estadual representa na frequência total de dispensação/Brasil, em três grupos: estados que compram abaixo do valor de Tabela, estados que compram no valor de Tabela e estados que compram acima do valor de Tabela. A soma dos percentuais de dispensação nos três grupos não perfaz, na maioria das vezes, os 100% em função da irregularidade das informações prestadas pelos estados, que não informaram a totalidade dos preços dos medicamentos que compram e dispensam.

Embora com algumas dificuldades de análise, em função da diversidade de datas de última compra pelos estados, a falta de informações completas sobre cada medicamento e outros problemas de ordem organizacional, os levantamentos realizados têm sido preciosos para uma visualização, ainda que parcial, da realidade vivida pelos estados. Pode-se verificar no último levantamento alguns pontos importantes:

a - A diversidade de valores de compra praticados pelos estados: Esta realidade tem sido objeto de debate em várias reuniões da Comissão de Assessoria Farmacêutica da SAS, com a participação da Câmara Técnica do CONASS e com os Coordenadores de Assistência Farmacêutica dos estados. Estes debates têm por objetivo a troca de informações, a comparação de preços praticados, o estabelecimento de estratégias comuns de enfrentamento do problema, a discussão de fatores que, em alguns estados, tem determinado a elevação de preços acima da média praticada no país e assim por diante. Todo este processo tem como objetivo final contribuir para o aperfeiçoamento das negociações e dos processos de compras nos estados.

Esta situação, longe de ser equacionada, precisa ainda de um maior aprofundamento das discussões e, com certeza, a adoção de medidas saneadoras tanto de parte do Ministério da Saúde quanto das Secretarias Estaduais de Saúde.

b - A propriedade dos valores da Tabela: Muitos afirmam, sem o devido embasamento fático, de que os valores de Tabela estão, de modo geral, muito aquém do valor efetivamente praticado nas compras dos estados. Ao contrário disso, o levantamento demonstra que parte predominante dos estados compra os medicamentos do Programa no valor ou abaixo do valor de Tabela. Esta realidade fica ainda mais evidente se analisarmos os percentuais de dispensação relativos a medicamentos que são adquiridos abaixo do valor de Tabela. Verifica-se, também, que alguns medicamentos, como é o caso da imiglucerase e da olanzapina, são comprados pelos estados sempre acima da Tabela.

O caso da imiglucerase, por sua especificidade, pelo fato de ser medicamento de produtor único no mundo, de não ter registro no Brasil, de atender pouco menos de 300 pacientes em todo o país, de ser de altíssimo custo (o mais caro tratamento/paciente/mês incluso no Programa de Medicamentos Excepcionais) merece um comentário adicional. Estes fatos, aliados à pulverização de compras nos estados em

decorrência da distribuição de pacientes no país e à conduta do laboratório produtor, tem gerado a prática de preços bastante acima da Tabela e muito variados entre os estados. Esta situação está motivando um debate com o CONASS a respeito de uma eventual retirada deste medicamento da Tabela e a previsão de sua compra centralizada no Ministério da Saúde.

Já o caso da olanzapina, a exemplo o que ocorre com outros medicamentos, deverá ter seu comportamento de mercado regulado pela inclusão de outros medicamentos que concorrem diretamente com ela no tratamento da esquizofrenia refratária, como é o caso da quetiapina e da ziprasidona (de acordo com o protocolo estabelecido).

A análise dos dados destes levantamentos tem permitido a realização de revisões na Tabela dos Medicamentos Excepcionais. O levantamento realizado em março de 2001, por exemplo, permitiu a formulação de uma revisão na Tabela dos Medicamentos Excepcionais que foi estabelecida pela Portaria SAS/MS nº 346, de 15 de maio de 2002, com efeitos financeiros a contar da competência julho (a Tabela, logo a seguir, foi novamente revisada em decorrência da desoneração de PIS, COFINS e ICMS, pela Portaria GM/MS nº 1.318, de 23 de julho de 2002, com efeitos financeiros a contar da competência setembro).

Nas revisões da Tabela, tem sido grande motivo de preocupação para a SAS a definição dos novos valores dos medicamentos que dela farão parte. Ao realizar os levantamentos de preços praticados nos estados, não seria adequado, para fins apenas de economicidade do desenvolvimento do Programa, realizar um raciocínio linear e simplista ao definir os novos valores: Para as reduções de valor, utilizar o menor valor praticado entre os estados que comprem determinado medicamento abaixo da Tabela. Para as majorações, utilizar o menor valor praticado entre os estados que comprem determinado medicamento acima da Tabela.

A aplicação deste raciocínio na definição dos novos valores levaria a grosseiros erros estratégicos, pois não considera uma enorme gama de variáveis que influenciam os preços nos estados, como a data da última compra efetuada, o volume de compras, a assiduidade e prazos de pagamento, o fornecedor, a marca comercial do medicamento adquirido (quando há mais de uma), o comportamento do mercado e a evolução histórica do preço de determinado medicamento e assim por diante. Definir uma fórmula matemática e absolutamente objetiva, que leve em conta todas estas variáveis, não tem parecido possível.

Assim, mesmo correndo o risco de uma certa subjetividade na avaliação de todas as variáveis envolvidas, a SAS tem procurado desenvolver um processo de definição de preços que leve em conta, sim, os preços praticados nos estados e obtidos através dos levantamentos realizados, mas cotejando-os com todas estas variáveis e ainda a realidade econômica do desenvolvimento do Programa nos estados e a própria disponibilidade financeira global do Programa.

Desta forma, ao reduzir valores da Tabela, toma-se o cuidado de, por um lado definir uma redução de valor que contribua para o aperfeiçoamento dos mecanismos de indução da redução dos preços de mercado que representam estes valores de Tabela e, por outro lado, sem reduzi-los ao menor preço praticado para não criar dificuldades financeiras ainda maiores aos estados que praticam preços um pouco maiores.

Da mesma forma, ao definir eventual majoração de preços, toma-se um cuidado redobrado para que se evite impactos financeiros desastrosos para o desenvolvimento do Programa e, especialmente, evitando que os eventuais aumentos possam servir de estímulo à majoração de preços praticados pelos fornecedores a todos os estados.

Como se pode ver, a definição dos valores de Tabela é tarefa complexa, mas que, no entanto, tem sido objeto da maior atenção por parte da SAS e fruto de uma construção que equilibre a realidade dos preços praticados, com todas as suas variáveis determinantes, e a realidade de financiamento do Programa.

Outro aspecto importante no gerenciamento dos Medicamentos Excepcionais, com significativos reflexos sobre os custos de cada medicamento, seu valor de Tabela e, conseqüentemente, sobre os gastos no desenvolvimento do Programa, é a incidência de tributos sobre estes medicamentos. Esta incidência de tributos, como o PIS, COFINS e ICMS, representa importante fator para o alto custo destes medicamentos e ampliação das despesas no gerenciamento do Programa de Medicamentos Excepcionais.

Trabalhar para obter sua desoneração e, conseqüentemente, a redução de seus preços foi uma das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a área. Por meio de negociações com a área econômica do Governo Federal e com os estados representados no Conselho de Política Fazendária –CONFAZ, o Ministério obteve grandes avanços nos últimos tempos nesta direção.

Um importante passo em direção ao objetivo de redução dos preços dos medicamentos foi a aprovação da Lei 10.147, de 21 de dezembro de 2000. A Lei dispõe sobre a concessão de crédito presumido sobre a Contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/PASEP e para a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS, nas operações de venda de medicamentos sujeitos à prescrição médica identificados por tarja vermelha ou preta e destinados à venda no mercado interno.

O efeito prático da concessão do crédito presumido é que a venda de medicamentos tarjados, listados pelo Governo, deixa de ser onerada pelas alíquotas do PIS/PASEP e COFINS. Esse benefício permitiu a redução dos preços máximos ao consumidor em 10,2% nos estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro, onde a alíquota do ICMS é de 18%, e em 11,3% nos estados onde a alíquota do ICMS é de 17%.

O Decreto nº 3.803, de 24 de abril de 2001, relaciona os princípios ativos dos medicamentos que têm direito ao crédito presumido (Lista Positiva). Dentre os medicamentos beneficiados, encontram-se aqueles utilizados no tratamento de doenças crônico-degenerativas que envolvem uso contínuo e alguns antibióticos, representando cerca de 50% do mercado farmacêutico brasileiro.

É importante observar que a concessão do regime especial de tributação às empresas requerentes não é automática, mas está condicionada à redução dos preços dos medicamentos. Esse compromisso visa assegurar que a redução da carga tributária, resultante do crédito concedido, seja apropriada pelo consumidor final através da redução dos preços dos produtos. A Câmara de Medicamentos editou a Resolução nº 6, de 10 de abril de 2001, determinando os procedimentos que as empresas deveriam adotar para que o benefício fiscal repercutisse diretamente no preço dos medicamentos.

O Decreto 4.266, de 11 de junho de 2002, exclui da Lista Positiva as substâncias que não estavam contempladas na Lei 10.147, de 21 de dezembro de 2000, mas que equivocadamente foram incluídas no Decreto 3.803, de 24 de abril de 2001 e adicionou substâncias novas (em geral, novos lançamentos da indústria) que não haviam sido inseridas no Decreto 3.803, de 24 de abril de 2001.

A MP 41, de 20 de junho de 2002, alterou a Lei 10.147, de 21 de dezembro de 2000, aumentando o rol dos produtos sujeitos ao regime especial de crédito presumido das contribuições ao PIS/PASEP e da COFINS. Esta MP estabelece a possibilidade de desoneração destas contribuições por meio de regime especial de utilização de crédito presumido por parte das pessoas jurídicas que industrializam e importam medicamentos elaborados a partir das substâncias relacionadas no Decreto 4.275, de 20 de junho de 2002. Desta forma, as substâncias que haviam perdido o benefício do crédito presumido após a publicação do Decreto 4.266, de 11 de junho de 2002 puderam voltar a compor a Lista Positiva.

Em 5 de julho de 2002, foi publicado pelo Conselho de Política Fazendária (CONFAZ) o Convênio ICMS 87, de 28 de junho de 2002, que concedeu isenção do ICMS às operações realizadas com diversos fármacos e medicamentos do Programa de Medicamentos Excepcionais.

A desoneração tributária permitiu uma redução dos custos de aquisição dos medicamentos integrantes do Programa por parte das Secretarias Estaduais de Saúde, permitindo, também ao Ministério a redução – em média de 24,75% - nos preços de referência destes medicamentos na Tabela do SIA/SUS, a partir de agosto de 2002 – Portaria SAS/MS nº 1318, de 23 de julho de 2002.

A economia gerada pela desoneração tributária – cerca de R\$ 87 milhões em 2002 (agosto a dezembro) e de R\$ 119 milhões em 2003 - está sendo investida, integralmente na ampliação do Programa de Medicamentos Excepcionais. Este foi o compromisso assumido pelo Ministério da Saúde por ocasião das negociações com o CONFAZ para a obtenção da desoneração do ICMS, ou seja, o Ministério, independentemente da economia gerada com esta desoneração, deveria manter os valores totais programados para transferência aos estados, devendo adotar providências para que o saldo gerado fosse utilizado para a inclusão e compra de novos medicamentos, inclusão de cobertura farmacêutica a novas doenças e ampliação do acesso a medicamentos pela população. Mantidos os repasses financeiros e, em função desta economia, foi possível incluir, em julho de 2002, 43 novos medicamentos na relação dos Medicamentos Excepcionais que passarão a ser distribuídos gratuitamente, facilitando o acesso da população ao tratamento de doenças crônicas anteriormente não cobertas pelo Programa – estas inclusões são abordadas em outro item deste trabalho. Os novos medicamentos incluídos, por sua vez, foram igualmente desonerados por Resolução do CONFAZ de setembro de 2002.

Todo este processo de desoneração, por suas peculiaridades e complexidade, pelo fato de que o PIS, COFINS e ICMS deve ser, automática e obrigatoriamente, descontado nos processos de pagamento de fornecimento dos medicamentos pelos estados (inclusive para contratos anteriores à desoneração), a falta de familiaridade do pessoal da saúde com o assunto e a ainda a pequena articulação das Secretarias de Saúde com as Secretarias de Fazenda dos Estados, tem gerado, especialmente em seu início, algumas dificuldades no gerenciamento do Programa. Estas dificuldades, decorrido algum tempo, realizadas diversas reuniões de esclarecimento com a Câmara Técnica do CONASS e os próprios Coordenadores de Assistência Farmacêutica dos estados, têm sido gradualmente superadas e obtidos os benefícios econômico-financeiros decorrentes da desoneração. Permanecem, no entanto, com perspectiva de solução na reunião do CONFAZ programada para dezembro de 2002, alguns problemas operacionais para a plena implementação da desoneração e que são decorrentes da falta de uma definição sobre a questão da manutenção do crédito de ICMS (o que determina, entre outros problemas, a desoneração parcial quando se tratar de compra de medicamento via distribuidor) e questões relativas à tributação de importação de matérias-primas pelos fabricantes.

A administração da Tabela dos Medicamentos Excepcionais, desta forma, tem sido um importante instrumento para o adequado gerenciamento do Programa, permitindo a otimização da utilização dos recursos disponíveis, ampliação no rol de medicamentos e número de pacientes atendidos.

Esta administração tem sido feita em estrita observância da política geral de medicamentos traçada pelo Ministério e tem sido possível graças a um conjunto de fatores que têm contribuído para a redução de preços no mercado farmacêutico brasileiro. Entre estes fatores pode-se citar a entrada no mercado de diversos genéricos, a competição de preços de produtos no processo de compra pelos estados e, ainda, a inclusão na Tabela – com base nos Protocolos publicados, de diversas opções de medicamentos com indicação no tratamento das doenças cobertas pelo Programa, o que também estimula a disputa de preços entre diversos produtos com mesma indicação terapêutica para fornecimento aos estados.

Apenas para ilustrar esta administração que tem sido realizada nos últimos anos, vamos tomar o exemplo do comportamento de valor de Tabela da Eritropoetina neste período (este medicamento é, individualmente, o responsável pelo maior volume de gastos do Programa).

Quadro 6
Evolução dos Valores de Tabela da Eritropoetina em R\$ 1,00

	1995	1996	1997	1998 a partir de março	1999 a partir de fevereiro	1999 a partir de abril	1999 a partir de outubro	2000	2001	2001 agosto	2001 a partir de setembro	2002 a partir de julho	2002 a partir de agosto	Varição 1997 a 2002
1.000 UI			30,50	13,96	10,95	14,24	14,83	14,83	14,83	11,35	11,35	9,12	6,86	-77,51%
2.000 UI	59,28	59,28	59,28	20,18	14,29	18,52	21,37	21,37	21,37	13,21	11,35	8,48	6,38	-89,24%
3.000 UI			66,44	28,84	21,80	28,34	32,59	32,59	32,59	25,14	21,00	13,58	10,22	-84,62%
4.000 UI	90,80	90,80	90,80	28,86	22,69	29,50	33,93	33,93	33,93	25,70	21,00	13,58	10,22	-88,74%
10.000 UI			271,00	154,58	75,88	98,64	123,30	123,30	123,30	96,12	96,12	86,67	65,22	-75,93%

Como se pode verificar, a queda no valor de Tabela foi extremamente significativa no período de 1997 a 2002 – chegando a quase 90% de redução em uma das apresentações. Isto significa dizer que o custo do tratamento com eritropoetina por paciente/ano, que era de R\$ R\$ 11.382,70 em 1997, caiu, com a Tabela de setembro de 2002, para R\$ 1.354,30 por paciente/ano.

O número de pacientes em tratamento com eritropoetina cresceu de 4.295 em 1997, para 25.763 em 2002. Para dar uma idéia da importância econômica representada pelas revisões de Tabela vamos avaliar os seguintes dados:

- Mantida, sem revisão, a Tabela de 1997, gastaríamos R\$ 293.252.500,00/ano para tratar os atuais 25.763 pacientes.
- Com a Tabela revisada de setembro de 2002, gastaremos R\$ 34.890.830,00/ano, para tratar os atuais 25.763 pacientes.

Como se pode verificar, apenas neste produto, as revisões de Tabela geraram economia de R\$ 258.361.694,00 por ano.

Muitos outros medicamentos, como por exemplo a ciclosporina, tiveram comportamento semelhante à eritropoetina. Assim, a administração da Tabela tem gerado excelentes resultados no gerenciamento do Programa e significativa redução de gastos com sua manutenção. Para exemplificar a economicidade que tem representado estas medidas para o Programa, podemos tomar a frequência de dispensação ocorrida em 2002 e projetar os gastos que teríamos com a Tabela de 1997, sem as revisões ocorridas – isso resultaria em mais do dobro gastos realizados em 2002.

3.5.4. FINANCIAMENTO

O financiamento da compra dos Medicamentos Excepcionais, estritamente relacionado à evolução do tratamento dado aos valores destes medicamentos e forma de sua aquisição, teve ao longo de sua história diversas modalidades. Este financiamento ocorreu por recursos alocados em Adiantamento Básico, Destaque Orçamentário, orçamento previsto para órteses e próteses (reembolso por nota fiscal) e evoluiu para, mais recentemente, composição dos tetos financeiros alocados aos estados.

No Programa atual, até o final de 1999, os medicamentos excepcionais eram financiados com recursos repassados pelo Ministério da Saúde e integrantes dos tetos financeiros dos estados. Os repasses eram realizados após a apresentação da “fatura” pelos estados, ou seja, após a compra e fornecimento dos medicamentos.

Em janeiro de 2000, o financiamento dos medicamentos excepcionais foi incluído no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC e, embora com previsão para cada estado, passou a ser extra-teto, deixando de onerar os tetos financeiros dos estados. Neste mesmo momento foi implantado, ainda, um sistema de transferência de recursos aos estados, fundo a fundo, de forma antecipada. Esta antecipação teve como objetivo de, ao possibilitar o encaixe prévio dos recursos por parte dos estados, viabilizar uma compra dos medicamentos em melhores condições de mercado pelas Secretarias de Saúde, melhorar a economia do processo e assim garantir a distribuição regular desses medicamentos pelos estados. Essas medidas permitiram um grande incremento no fornecimento de medicamentos, no número de pacientes atendidos e nos gastos realizados.

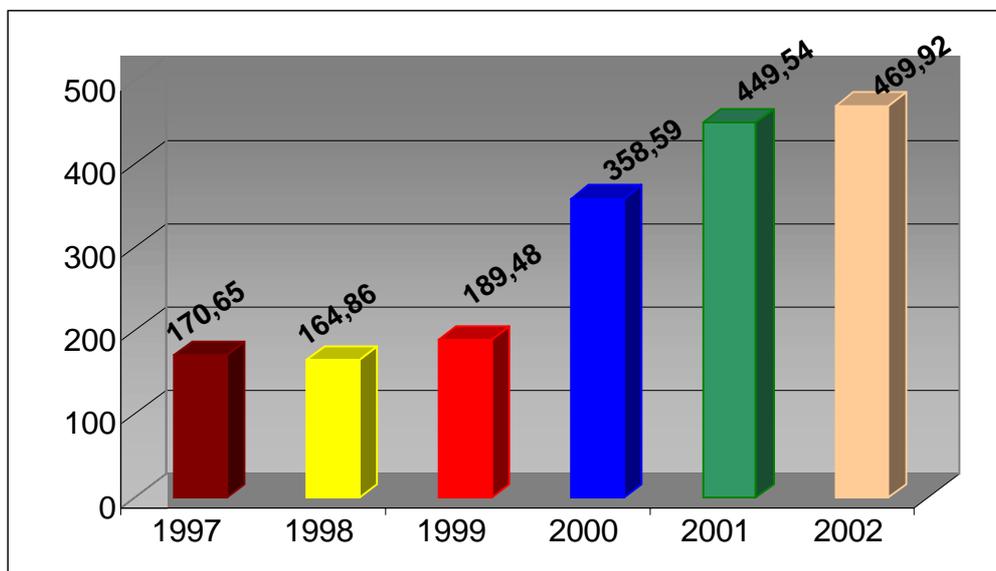
Paralelamente à antecipação dos recursos financeiros foi criado um mecanismo de “encontro de contas” trimestral. Neste encontro de contas os valores repassados no trimestre passado são cotejados com os valores “faturados” pelos estados no período (calculados pela frequência da dispensação mensal de cada medicamento x o valor de tabela do medicamento). Este mecanismo tem permitido ajustar os valores a serem repassados a cada estado de acordo com sua realidade de desenvolvimento do Programa. Assim, os valores de repasse podem aumentar ou diminuir, de acordo com os valores definidos na tabela e volume de dispensação ocorrido em cada estado.

No período de 1997 a 2002 houve um significativo incremento no volume de recursos financeiros alocados para a aquisição dos medicamentos integrantes do Programa de Medicamentos Excepcionais. Este aumento na disponibilização de recursos retrata a intenção do Ministério da Saúde de, entre outras

ações desenvolvidas com a mesma finalidade, de criar os mecanismos financeiros necessários para a efetiva ampliação do Programa e do acesso a medicamentos.

Assim, conforme demonstrado na figura abaixo, os gastos realizados em 2002 (R\$ 469,92 milhões) representam um incremento de cerca de 175,37% em relação aos recursos alocados em 1997 (R\$ 170,65 milhões), portanto 2,69 vezes mais recursos disponíveis.

Figura 2
Medicamentos Excepcionais - Evolução dos gastos - 1997/2002



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SLA/SUS

• Os gastos realizados em 2002 foram calculados pela projeção para 12 meses dos gastos ocorridos nos meses de janeiro a setembro de 2002. Nestes gastos não estão computados os novos medicamentos incluídos no Programa a partir de julho de 2002.
Elaboração própria

Além disso, um aspecto importante de ser abordado no financiamento dos Medicamentos Excepcionais é a otimização da utilização e dispêndio dos recursos alocado ao Programa. Assim um crescimento de 2,69 vezes o volume de recursos alocados permitiu o crescimento de 5,72 vezes no número de pacientes atendidos pelo Programa. Com a desoneração de PIS, COFINS e ICMS, a partir de setembro de 2002 a otimização dos recursos será ainda maior, pois mantidos os mesmos valores de repasse financeiro, será possível comprar os novos medicamentos incluídos e – dependendo da velocidade de compra por parte dos estados e de implantação dos novos Protocolos – mais do que duplicar o número de pacientes atendidos nos próximos 12 meses.

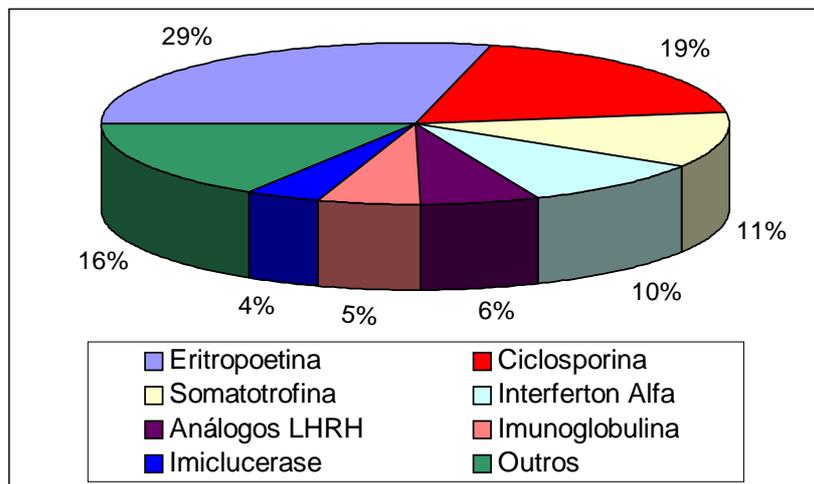
Outro aspecto que merece menção é a alteração no perfil percentual de gasto por medicamento e no percentual do total da população beneficiada por cada um destes medicamentos. Esta alteração está intimamente relacionada com a evolução do Programa, o gerenciamento da Tabela, o aperfeiçoamento dos mecanismos de compra dos estados, o incremento no número de medicamentos integrantes do Programa e no número de pacientes atendidos.

Assim, com pode ser verificado nas figuras e quadro abaixo, quando listados os sete medicamentos com maior gasto (calculado pelo percentual em relação ao gasto total) e o número de pacientes atendidos por medicamento (calculado pelo percentual em relação ao número total de pacientes atendidos) e comparando-se o ano de 1997 com 2002, observa-se uma mudança nesta composição. Os demais medicamentos são listados como outros.

Desta forma, verificamos que em 1997, os medicamentos com maiores gastos são a eritropoetina, ciclosporina, somatotrofina, interferon alfa, análogos do LHRH, Imunoglobulina e Imiglucerase. Em 2002, permanecem nesta lista de maiores gastos a eritropoetina, ciclosporina, somatotrofina e imiglucerase e deixam a lista o interferon alfa, análogos do LHRH e Imunoglobulina sendo substituídos pelo interferon beta, micofenolato e olanzapina.

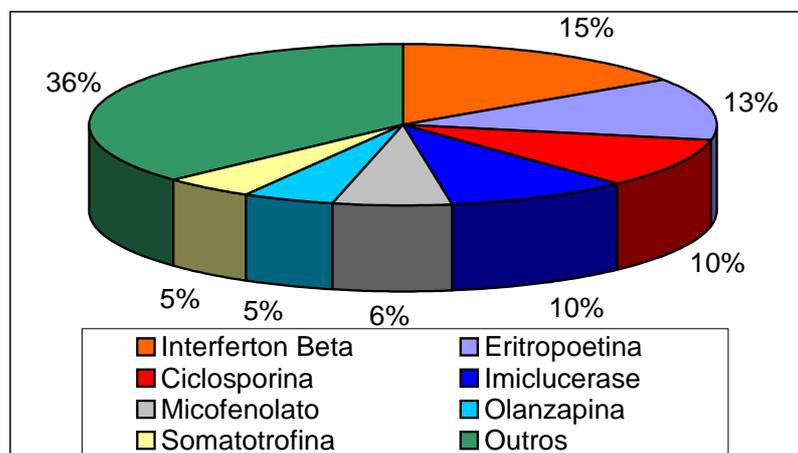
Quando analisamos medicamento a medicamento verificamos o seguinte: a eritropoetina que em 1997 representava 29% dos gastos totais e atendia 19% do total de pacientes, cai em 2002 para menos da metade do percentual total de gastos – 13%, mantendo praticamente inalterado o percentual de pacientes atendidos – 19,3%. A ciclosporina que em 1997 representava 19% dos gastos totais e atendia 17% do total de pacientes, cai, em 2002, para 10% dos gastos e 7,6% dos pacientes. A somatotrofina que em 1997 representava 11% dos gastos e atendia 3% dos pacientes, cai, em 2002, para 5% dos gastos e 2,5% dos pacientes. A imiglucerase que em 1997 representava 4% dos gastos e atendia somente 0,1% dos pacientes, salta, em 2002, para 10% dos gastos e 0,2 dos pacientes (este salto nos gastos, uma vez que foi mantido o valor de tabela, deve ser atribuído ao aumento significativo no número de pacientes com diagnóstico de Doença de Gaucher e tratados pelo Programa). Já o interferon alfa, análogos do LHRL e imunoglobulina que em 1997 respondiam, respectivamente, por 10%, 6% e 5% dos gastos totais e atendiam 5%, 8% e 1% dos pacientes, em 2002 deixam de compor a lista dos sete medicamentos com maiores gastos sendo substituídos pelo interferon beta, micofenolato e olanzapina que respondem neste último ano, respectivamente, por 15%, 6% e 5% do total dos gastos e 2,7%, 0,9% e 5,4% dos pacientes. Já todos os demais medicamentos denominados nas figuras e quadro abaixo como Outros, respondiam em 1997 por 16% dos gastos totais e atendiam 46,9% dos pacientes e, em 2002, saltaram para 36% dos gastos totais e 61,4% dos pacientes.

Figura 3
Medicamentos Excepcionais – distribuição dos maiores gastos apresentados pelas SES (por medicamento) – 1997



Fonte: Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Elaboração própria

Figura 4
Medicamentos Excepcionais – distribuição dos maiores gastos apresentados pelas SES (por medicamento) – 2002



Fonte: Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Elaboração própria

Quadro 7

Medicamentos Excepcionais – comparativo 1997/2002 percentual gasto por medicamento versus percentual de pacientes atendidos por medicamento

Medicamentos	1997		2002	
	% relativo ao total de gastos	% relativo ao total de pacientes	% relativo ao total de gastos	% relativo ao total de pacientes
Eritropoetina	29%	19%	13%	19,3%
Ciclosporina	19%	17%	10%	7,6%
Somatotrofina	11%	3%	5%	2,5%
Interferon Alfa	10%	5%		
Análogos LHRH	6%	8%		
Imunoglobulina	5%	1%		
Imiglucerase	4%	0,1%	10%	0,2%
Interferon Beta			15%	2,7%
Micofenolato			6%	0,9%
Olanzapina			5%	5,4%
Outros	16%	46,9%	36%	61,4%

Fonte: Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Elaboração própria

3.5.5. PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

Como já foi dito anteriormente, ao mesmo tempo em que o medicamento é um importante insumo no processo de atenção à saúde, pode também se constituir em fator de risco quando utilizado de maneira inadequada. Não se trata, portanto, de promover o acesso a qualquer medicamento ou de qualquer forma, mas sim, de promover o uso racional de seguro desses produtos. O escopo da ação estatal abrange medidas que assegurem oferta adequada de medicamentos em termos de quantidade, qualidade e eficácia.

Assim, plenamente em conformidade com a Política Nacional de Medicamentos, a necessidade de gerenciar adequadamente o Programa de Medicamentos Excepcionais e de promover o uso racional de medicamentos, é que o Ministério da Saúde lançou-se, a partir de 2000, ao desafio de formular, para os medicamentos integrantes deste programa, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Esses Protocolos têm o objetivo de, ao estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, mecanismos de controle, acompanhamento e verificação de resultados dos tratamentos, racionalizar a prescrição e o fornecimento dos medicamentos. Observando ética e tecnicamente a prescrição médica, os Protocolos têm, também, o objetivo de criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz. Além disso, como poderá ser observado pela estrutura dos Protocolos que será brevemente descrita adiante, o Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais da SAS ao elaborá-los, não teve apenas a preocupação de orientar o diagnóstico das doenças e a prescrição dos tratamentos com os medicamentos integrantes do Programa de Medicamentos Excepcionais. A iniciativa tem uma amplitude maior do que esta: pretende, além do já abordado, contribuir para a melhoria dos processos envolvidos na dispensação dos medicamentos, orientação aos pacientes, realização de controles e registros, avaliação farmacoterapêutica, monitoramento de tratamentos, enfim, contribuir de forma efetiva para o aperfeiçoamento do processo de gestão do Programa de Medicamentos Excepcionais pelas Secretarias Estaduais de Saúde e suas respectivas Comissões de Assistência Farmacêutica.

Ao desenvolver o trabalho de construção dos Protocolos, o Ministério da Saúde incorpora-se ao movimento internacional da Medicina Baseada em Evidências e passa a disseminar o conhecimento, assume responsabilidades antes não expressas, dispõe-se ao debate, chama os agentes deste processo à discussão, conta com o auxílio da comunidade científica, constrói uma nova dimensão de gestão em medicamentos.

A criação de Protocolos Nacionais para Medicamentos Excepcionais envolveu a formação de uma equipe de trabalho que contou com médicos, professores universitários com formação em farmacologia clínica e epidemiologia, farmacêuticos e um serviço de apoio. A necessidade de revisão atualizada da literatura para criação dos Protocolos exigiu da equipe técnica capacidade de leitura crítica e dedicação

extremas. Apoiaram de forma decisiva todo este esforço a Organização Pan-Americana de Saúde -OPAS, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde -CONASS, os Coordenadores de Assistência Farmacêutica dos estados, a Comissão de Assessoria Farmacêutica da SAS, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, o Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva –CEPESC, do Rio de Janeiro, diversas Sociedades Médicas, médicos, gestores de saúde, usuários do SUS e a própria indústria farmacêutica.

Autoridades internacionais admitem que, infelizmente, a boa pesquisa médica não se transforma imediatamente em boa prática clínica. Há um longo caminho entre a descoberta científica e a chegada desta ao médico que toma as decisões e outro longo caminho até chegarmos ao real benefício aos pacientes. Na construção dos Protocolos, foi assumido o desafio de fundamentar as condutas adotadas na melhor evidência científica disponível. É crescente a preocupação, por parte dos editores das principais revistas médicas do mundo, com a vinculação dos autores dos trabalhos científicos e com a verdadeira manipulação de dados imposta pelo agente financiador tanto no planejamento dos estudos quanto na confecção e publicação dos textos. Este grupo de editores elaborou, recentemente um verdadeiro manual de boas práticas de pesquisa clínica e de publicação. Recentemente abriu-se uma grande discussão internacional no jornal *New England Journal of Medicine* (NEJM, 2001) sobre o tema da submissão acadêmica e intelectual de numerosas instituições em todo o mundo. É nossa opinião que um editorial de uma revista importante é o mais poderoso agente de convencimento médico, pois reúne algumas características essenciais quais sejam: a) é escrito por uma autoridade a convite do conselho editorial; b) é curto, fácil de ler, ótimo para quem não tem tempo de ler todo o artigo a que o editorial se refere; c) sugere claramente, autoriza e/ou avaliza a tomada de decisão; e d) a leitura crítica adequada exige alto conhecimento de epidemiologia e métodos quantitativos, incomuns na classe médica em todo o mundo. Daí a responsabilidade que devem assumir os editores de revistas científicas e a importância do trabalho que foi desenvolvido no processo de formulação dos Protocolos que foram publicados pela SAS.

O trabalho desenvolvido foi baseado na convicção de que toda política de saúde onde uma nova recomendação é instituída, somente recebe a atenção dos profissionais e apoio das instituições públicas governamentais e não-governamentais se for construída em bases sólidas e de forma participativa e democrática.

Assim, cada Protocolo publicado passou por um longo, trabalhoso, e com certeza, gratificante processo de construção participativa para todos os que nele se envolveram. No início de cada processo, a equipe constituída pelo Ministério elaborou todas as primeiras versões dos textos dos Protocolos. Cada texto, então, foi submetido a médicos consultores. A partir daí, a versão revisada pelos consultores foi submetida à Comissão de Assessoria Farmacêutica da SAS para discussão com seus técnicos nos estados para, então, ser publicada no Diário Oficial da União em Consulta Pública por um período de pelo menos 60 dias.

As Consultas Públicas, a que foram submetidos todos os Protocolos, tiveram um grande volume de respostas. Estas Consultas promoveram uma ampla discussão de cada Protocolo e possibilitaram a participação efetiva da comunidade técnico científica, sociedades médicas, profissionais de saúde, gestores do Sistema Único de Saúde, usuários e da própria indústria farmacêutica na sua formulação. A cada Consulta, foram recebidas centenas de correspondências com críticas, elogios e, principalmente, valiosas contribuições e sugestões para o aprimoramento do texto original publicado. Especial atenção foi dada às sugestões apresentadas pelos usuários do SUS que, sempre que tecnicamente corretas e feitas com o intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente e facilitar seu acesso aos medicamentos, foram aceitas pelo Ministério e incorporadas ao texto final.

Após concluído o período da Consulta Pública, estabeleceu-se, na SAS, um processo de re-edição dos textos. Avaliadas as sugestões apresentadas, descartadas aquelas sem adequada fundamentação científica e, algumas vezes, aquelas apresentadas com uma perspectiva puramente comercial, as contribuições fundamentadas na literatura científica foram incorporadas ao texto final do Protocolo, que foi, finalmente, publicado sob forma de Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde no Diário Oficial da União como versão final.

Além disso, à SAS coube a importante tarefa de avaliação do impacto financeiro de cada decisão sobre a nova tecnologia acrescentada em cada passo do processo de diagnóstico e tratamento gerados pelos Protocolos. Dadas às históricas dificuldades brasileiras geradas pela falta, em algumas áreas absoluta, de informações epidemiológicas como prevalência de algumas doenças, frequência de utilização dos serviços de saúde, custos dos serviços prestados, impacto real dos tratamentos na saúde dos usuários, medidas de qualidade de vida, entre outras, esta tomada de decisão pelas autoridades tornou-se muito mais difícil. Assim, a equipe de trabalho preocupou-se, também, com a criação de uma assessoria de custo-efetividade.

Para alguns Protocolos foi possível propor uma avaliação de custo-efetividade com dados nacionais. Em outros baseamo-nos em literatura internacional e os cálculos gerados foram usados como estimativa. Em outros foram propostas iniciativas e projetos de estudos futuros que incluam avaliação de custo-efetividade.

A partir dos textos dos Protocolos, foram elaborados fluxogramas de tratamento, fluxogramas de dispensação, textos de Consentimento Informado, fichas farmacoterapêuticas e guias de orientação aos pacientes e cuidadores.

Os Protocolos publicados no Diário Oficial da União, enriquecidos pelos fluxogramas, fichas fármacoterapêuticas e guias de orientação aos pacientes e cuidadores foram reunidos em um livro publicado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2002 – protocolos Clínicos e Diretrizes terapêuticas – Medicamentos Excepcionais (BRASIL, 2002o).

Os Protocolos foram estruturados em seis módulos inter-relacionados abordando aspectos médicos, farmacêuticos e de gerenciamento. Cada módulo segue uma padronização de formato que é exposta a seguir:

Módulo 1 – Diretrizes Terapêuticas

Neste módulo, são delineadas as linhas gerais de diagnóstico e tratamento da doença, que, na forma de texto, são subdivididos em itens abaixo relacionados. Após um período de Consulta Pública, este módulo, juntamente com o Termo de Consentimento Informado, foi publicada no Diário Oficial da União, sob a forma de Portaria da SAS.

Os itens básicos dos protocolos com seus subitens estão apresentados abaixo:

a - Introdução

Corresponde à conceituação da situação clínica a ser tratada, com uma revisão de sua definição, epidemiologia, diagnóstico, potenciais complicações e morbi-mortalidade associada à doença, além dos benefícios esperados com o tratamento.

b - Classificação CID 10

Classificação segundo a CID 10 da situação clínica.

c - Diagnóstico

Apresenta os critérios diagnósticos para a situação clínica, subdivididos em diagnóstico clínico e laboratorial quando necessário.

d - Critérios de Inclusão no Protocolo de Tratamento

Correspondem aos critérios a serem preenchidos pelos pacientes para serem incluídos no protocolo de tratamento. Podem ser apenas clínicos ou incluir exames laboratoriais. A subdivisão em itens pode ocorrer de acordo com a necessidade.

e - Critérios de Exclusão do Protocolo de Tratamento

Correspondem aos critérios que contra-indicam a participação do paciente no protocolo de tratamento. Em geral são contra-indicações relacionadas ao medicamento ou a situações clínicas peculiares.

f- Casos Especiais

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo Gestor Estadual poderá ou não ser consultado para a decisão final.

g - Comitê Técnico/Centro de Referência

Presente em alguns protocolos nos quais é julgada necessária a avaliação dos pacientes em um Centro de Referência, por motivos de subjetividade de diagnóstico ou de complexidade do tratamento.

h - Tratamento

Indicação das opções de tratamento e discussão das evidências que as embasam. Apresenta-se dividido em subitens.

- Fármacos

Descrição das apresentações disponíveis dos medicamentos e, em alguns casos, discussão das particularidades dos mesmos. Em geral, havendo mais de uma opção terapêutica, estas são colocadas em ordem crescente de prioridade, seguida de ordem alfabética.

- Esquema de administração

São apresentadas as doses dos medicamentos, com as respectivas vias de administração e cuidados especiais, quando pertinentes.

- Tempo de tratamento – critérios de interrupção

Definição do tempo de tratamento assim como dos critérios de interrupção do mesmo.

- Benefícios esperados

Relato, de forma objetiva, dos desfechos esperados com o tratamento.

i - Monitorização

Descrição de quando e como monitorizar a resposta ao tratamento. Efeitos adversos e contra-indicações significativas que possam orientar uma mudança de opção terapêutica são também relatados.

j - Consentimento Informado

Refere a necessidade de preenchimento do Termo de Consentimento Informado, integrante do Protocolo.

l - Referências Bibliográficas

Referências utilizadas para a elaboração do Protocolo Clínico e da definição das condutas.

Módulo 2- Termo de Consentimento Informado

A inclusão de Termo de Consentimento Informado (TCI) nos Protocolos tem por objetivo o comprometimento do paciente (ou seu responsável legal) e de seu médico com o tratamento. Deve ser assinado por ambos após ter sido lido pelo paciente e/ou seu responsável legal e esclarecidas todas as dúvidas com o médico. Este se responsabiliza pelo esclarecimento das informações relativas a benefícios e potenciais riscos, e o paciente explicita sua compreensão e concordância com o tratamento.

Para facilitar o entendimento por parte do paciente e/ou de seus cuidadores, o texto foi escrito em linguagem clara e de fácil compreensão. Em algumas situações, porém, foram mantidos os termos técnicos devido à falta de um sinônimo de fácil entendimento pelo paciente. Nessas situações, o médico que entrega o TCI fica responsável por tais esclarecimentos.

São citados como possíveis efeitos adversos aqueles com maior incidência, descritos pelo fabricante ou pela literatura internacional. Efeitos raros são referidos apenas quando apresentam grande relevância clínica.

Os TCIs podem se referir a um único medicamento ou a um conjunto deles, a serem ou não empregados simultaneamente no protocolo em questão. Nos TCIs que se referem a mais de um medicamento, ficam assinalados, de forma clara para o paciente, os que compõem seu tratamento. Em alguns casos, os Protocolos incluem medicamentos que não fazem parte da lista de “Medicamentos Excepcionais”, apresentando dispensação através de outros Programas de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde. Tais medicamentos não são incluídos nos TCIs.

A concordância e a assinatura do TCI constituem condição indispensável para a dispensação do medicamento.

Módulos 3 e 4 - Fluxogramas

Cada Protocolo inclui fluxogramas de tratamento e de dispensação.

Os fluxogramas de tratamento são constituído por figuras e setas contendo texto no seu interior onde são colocadas as fases ou etapas de diagnóstico e tratamento, de forma escalonada, produzindo uma imagem seqüencial e temporal de todo o processo de tratamento.

Os fluxogramas de dispensação constam de orientações aos farmacêuticos dispensadores e são constituídos por figuras e setas contendo texto no seu interior onde são colocadas as fases ou etapas do

processo de dispensação de cada fármaco, de forma escalonada, produzindo uma imagem seqüencial e temporal de todo o processo de dispensação, desde o momento em que o paciente solicita o medicamento até sua entrega.

A estrutura dos fluxogramas de tratamento varia uma vez que as situações clínicas são muito diversas. Os fluxogramas de dispensação, entretanto, apresentam uma estrutura geral comum. Alguns aspectos previamente estabelecidos podem facilitar a compreensão dos fluxogramas de dispensação e são abaixo discutidos.

- Possui formulário de SME corretamente preenchido?

O farmacêutico deve averiguar os critérios de inclusão e exclusão, de acordo com o Protocolo Clínico de cada doença, além de conferir os itens pertinentes do formulário de Solicitação de Medicamentos Excepcionais (SME).

- Dose(s) prescrita(s) está(ão) de acordo com o estabelecido na Diretriz Terapêutica?

O farmacêutico deve averiguar se a(s) dose(s) prescrita(s) está(ão) em conformidade com o estabelecido na Diretriz Terapêutica.

- Exames obrigatórios para a abertura do processo

Informa a respeito dos exames necessários para o encaminhamento do pedido do medicamento. Este item não é obrigatório para todos os Protocolos. Além dos exames obrigatórios, deve ser encaminhado para a abertura do processo o Termo de Consentimento Informado do medicamento solicitado, devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo paciente ou seu responsável legal.

- Entrevista inicial do paciente com o farmacêutico

Ocorre no momento da entrega da documentação necessária para abertura do processo. Esta atividade deve ser desenvolvida pelo profissional farmacêutico, que deve utilizar a Ficha Farmacoterapêutica integrante de cada Protocolo.

O farmacêutico deve investigar possíveis interações medicamentosas, alergias a medicamentos e hábitos de vida. Os dados coletados devem servir para a etapa de orientação ao paciente e repasse de informações relevantes ao médico especialista do Centro de Referência, quando for o caso.

- Encaminhamento ao Centro de Referência

Refere-se o Centro de Referência ao qual o paciente deverá ser encaminhado para avaliação clínica por especialistas. O Centro de Referência deve informar à unidade de dispensação se o processo foi deferido ou indeferido. Este item não é obrigatório para todos os Protocolos. Utilizando-se a Central de Regulação, quando houver, o agendamento de consultas deverá ser feito através da unidade de dispensação. Caso o paciente seja proveniente do Centro de Referência o fluxograma deve pular a etapa de encaminhamento ao mesmo. Neste caso, a avaliação do processo deve ser feita por peritos (médico e/ou farmacêutico) da própria unidade de dispensação.

- Avaliação do processo

Nos Protocolos onde não estão preconizados Centros de Referência, a avaliação do processo deve ser feita por peritos (médico e/ou farmacêutico) da própria unidade de dispensação.

- Processo deferido?

Sendo o processo aprovado, o farmacêutico deve proceder à orientação ao paciente. A periodicidade da dispensação é estabelecida no quadro a seguir do fluxograma. Caso seja indeferido, o motivo deve ser explicado ao paciente.

- Orientação ao paciente

Com base nas informações coletadas na entrevista inicial do paciente, o farmacêutico deve avaliar e elaborar uma estratégia que melhor represente as necessidades para orientação do paciente e registrar a conduta em Ficha de Registro do Plano de Ação. O farmacêutico deve informá-lo oralmente sobre o uso correto do medicamento dispensado e entregar-lhe o respectivo Guia de Orientação ao Paciente integrante de cada Protocolo.

- Entrevista de monitorização com o paciente

Atividade a ser desenvolvida pelo profissional farmacêutico, que deve voltar a utilizar a Ficha Farmacoterapêutica.

A cada dispensação o farmacêutico deve solicitar, avaliar e registrar os exames laboratoriais, bem como detectar e registrar a ocorrência de problemas relacionados aos medicamentos (PRMs). Em caso de alteração significativa dos exames laboratoriais ou suspeita de reações adversas, o paciente deve ser encaminhado ao médico assistente e, como regra geral, o medicamento deve ser dispensado. Em casos em que o farmacêutico avalie os efeitos como potencialmente graves, ele poderá suspender a dispensação até a avaliação pelo médico assistente. Na ocorrência de PRMs, a próxima dispensação só poderá ser efetuada mediante nova receita médica e parecer favorável do médico assistente à continuação do tratamento. O farmacêutico deve manifestar seu parecer através de carta ao médico assistente (anexo 2), entregue ao paciente, ou entrar em contato diretamente por telefone.

- Reavaliação pelo Centro de Referência

Apresenta a periodicidade necessária para reavaliação clínica dos pacientes no Centro de Referência. O agendamento de consulta deve ser feito através da unidade de dispensação. Este item não é obrigatório para todos os Protocolos.

- Os exames laboratoriais mostraram alterações significativas ou o paciente apresentou sintomas que indiquem reações adversas?

Esta pergunta é direcionada à investigação da ocorrência de PRMs. Orientação sumária para investigação encontra-se na Ficha Farmacoterapêutica.

- Exames necessários para as dispensações/monitorização

Informa a respeito dos exames que devem ser apresentados a cada dispensação. Este item não é obrigatório para todos os Protocolos.

Módulo 5 - Ficha Farmacoterapêutica

Para cada protocolo é apresentada uma Ficha Farmacoterapêutica, caracterizada por um roteiro de perguntas que tem o intuito de servir como instrumento para o controle efetivo do tratamento estabelecido, promovendo o acompanhamento dos pacientes relativo a reações adversas, interações medicamentosas, contra-indicações, entre outros. O farmacêutico tem liberdade para incorporar outras perguntas pertinentes. Além disso, a Ficha Farmacoterapêutica tem como propósito servir de instrumento de acompanhamento dos desfechos de saúde da população brasileira.

Como regra, a Ficha Farmacoterapêutica é concebida para 1 ano de acompanhamento e consta dos quatro itens abaixo.

- a - Dados do paciente: apresenta dados de identificação do paciente.

b - Avaliação Farmacoterapêutica: o farmacêutico deve entrevistar o paciente de maneira a obter respostas para os questionamentos presentes neste item. São apresentadas perguntas de cunho geral (outras doenças diagnosticadas, uso de outros medicamentos, história de reações alérgicas, uso de bebidas alcoólicas) e específico para cada medicamento. Quando pertinentes, são listadas as principais interações medicamentosas e as doenças nas quais o risco-benefício para uso do medicamento deve ser avaliado.

c - Monitorização do Tratamento: deve proporcionar acompanhamento do paciente e registro dos exames laboratoriais. Apresenta perguntas que orientam o farmacêutico a avaliar o paciente quanto aos exames laboratoriais e ocorrência de reações adversas. As principais reações adversas já relatadas para o medicamento são listadas. Em caso de suspeita de uma reação, o farmacêutico deve encaminhar o paciente ao médico assistente e, posteriormente, quando pertinente, notificar ao Programa de Farmacovigilância da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

d - Registro de Dispensação: apresenta tabela para registro do que foi dispensado, com informações sobre data da dispensação, medicamento (registrando-se o nome comercial para controle do produto efetivamente dispensado), lote, dose, quantidade dispensada e farmacêutico responsável pela dispensação. Nesta tabela também consta se há necessidade de que a próxima dispensação seja feita mediante parecer médico.

Módulo 6 - Guia de Orientação ao Paciente

O Guia de Orientação ao Paciente constitui-se de material informativo com as principais orientações sobre o medicamento a ser dispensado. O farmacêutico deve dispor deste material que, além de lhe servir como roteiro para orientação oral, será entregue ao paciente, complementando o processo educativo do mesmo.

A linguagem utilizada está voltada para o entendimento do paciente; na medida do possível, não foram empregados jargões médicos ou vocabulário rebuscado.

Como regra, o elenco de medicamentos da Diretriz Terapêutica encontra-se em um único Guia de Orientação ao Paciente, no qual os medicamentos que o paciente utiliza devem ser assinalados, quando pertinente.

Os Protocolos e Diretrizes Terapêuticas publicados representam um importante avanço no aperfeiçoamento da assistência farmacêutica do SUS. Não são, no entanto, peças inertes, mas dinâmicas e como tal devem acompanhar a evolução do conhecimento técnico e científico e serem, de maneira contínua, atualizados.

A disseminação dos Protocolos, sua utilização em todo território nacional e para que produzam os esperados efeitos benéficos para a população brasileira, não poderá prescindir do pleno engajamento dos médicos prescritores e da adequada estruturação e treinamento das equipes das Assessorias Farmacêuticas das Secretarias Estaduais, caracterizando, desta forma, a necessidade de contínuo aprendizado e treinamento.

Até o presente momento os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas elaborados e publicados estão demonstrados no Quadro abaixo:

Quadro 8

Medicamentos Excepcionais – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas elaborados e publicados – Doenças e respectivos Medicamentos

Doenças	Medicamentos
Acne	Isotretinoína
Acromegalia	Ocreotida, Lanreotida, Bromocriptina e Cabergolina
Anemia em Pacientes Portadores de Insuficiência Renal Crônica	Eritropoetina Humana Recombinante
Anemia em Pacientes Portadores de Insuficiência Renal Crônica	Sacarato de Hidróxido de Ferro III
Artrite Reumatóide	Antiinflamatórios não esteroidais, Prednisona, Hidroxicloroquina, Cloroquina, Sulfassalazina, Metotrexate, Azatioprina, Leflunomide, Ciclosporina e Infliximab
Asma Grave	Dipropionato de Beclometasona, Budesonida, Formoterol, Salmeterol, Fenoterol, Salbutamol, constante do Anexo deste Ato e o Termo de Consentimento Informado dele integrante
Dislipidemia em Pacientes de Alto Risco de Desenvolver Eventos Cardiovasculares	Lovastatina, Sinvastatina, Pravastatina, Fluvastatina, Atorvastatina, Clofibrato, Bezafibrato, Etofibrato, Fenofibrato, Ciprofibrato, Genfibrosila e Ácido Nicotínico
Distonias	Toxina Tipo A de Clostridium Botulinum
Doença de Alzheimer	Rivastigmina, Galantamina e Donepezil
Doença de Crohn	Sulfassalazina, Mesalazina, Metronidazol, Ciprofloxacina, Infliximab, Talidomida, Hidrocortisona, Prednisona, Azatioprina, 6-Mercaptopurina, Metotrexate e Ciclosporina
Doença de Gaucher	Imiglucerase
Doença de Parkinson	Levodopa/carbidopa, Levodopa/benserazida, Bromocriptina, Pergolida, Pramipexol, Cabergolina, Amantadina, Biperideno, Triexifenidila, Selegilina, Entacapone e Tolcapone
Doença de Wilson	Penicilamina, Trintina e Acetato de Zinco
Doença Falciforme	Hidroxiuréia
Epilepsia Refratária	Lamotrigina, Vigabatrina, Gabapentina e Topiramato
Esclerose Lateral Amiotrófica	Riluzol
Esclerose Múltipla – Forma Clínica “Surto-Remissão”	Interferon Beta 1a ou 1b e Acetato de Glatiramer
Espasticidade Focal Disfuncional	Toxina Tipo A de Clostridium Botulinum

Esquizofrenia Refratária	Risperidona, Clozapina, Quetiapina, Ziprasidona e Olanzapina
Fenilcetonúria	Fórmula da Aminoácidos Isenta de Fenilalanina
Fibrose Cística	Enzimas Pancreáticas
Hepatite Viral Crônica B	Lamivudina, Interferon-alfa
Hepatite Viral Crônica C	Interferon-alfa, Interferon-alfa Peguilado e Ribavirina
Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica	Carbonato de Cálcio, Acetato de Cálcio, Hidróxido de Alumínio e Cloridrato de Sevelamer
Hiperplasia Adrenal Congênita	Dexametasona, Prednisona, Fludrocortisona, Espironolactona, Acetato de Ciproterona e Flutamide
Hipotireoidismo Congênito	Levotiroxina Sódica
Neutropenia: Tratamento com Estimuladores de Colônias das Células Progenitoras da Medula Óssea	Filgrastima, Lenograstima, Molgramostima
Osteoporose	Bifosfonados, Calcitonina, Carbonato de Cálcio, Vitamina D, Estrógenos e Raloxifeno
Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B - Pós-Tranplante Hepático	Lamivudina e Imunoglobulina da Hepatite
Retocolite Ulcerativa	Sulfassalazina, Mesalazina, Prednisona, Azatioprina, 6-Mercaptopurina, Ciclosporina
Transplantados Renais	Drogas Imunossupressoras – Ciclosporina, Azatioprina, Tacrolimus, Micofenolato Mofetil, Sirolimus, Anticorpo Monoclonal Murino Anti CD3 (OKT3), Basiliximab, Daclizumab, Globulina Antilinfocitária, Globulina Antitimocitária, Metilprednisolona e Prednisona
Uso de Opiáceos no Alívio da Dor Crônica	Codeína, Morfina e Metadona

Fonte: Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais

3.5.6. MECANISMOS DE CONTROLE

Até recentemente o Ministério da Saúde mantinha controle somente sobre os casos de internação hospitalar no SUS por meio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). No caso de procedimentos ambulatoriais, como é a dispensação dos medicamentos integrantes do Programa de Medicamentos Excepcionais, havia uma grande fragilidade no controle da produção, uma vez que as informações eram globalizadas sem a identificação do usuário. Com a criação das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo/Alta Complexidade (APAC) esta situação mudou. Diversos procedimentos ambulatoriais que, atualmente, necessitam da APAC para serem realizados, passaram a ser controlados, evitando-se, a possibilidade de fraudes contra o SUS. Além disso, as APAC também servem de poderoso instrumento para a qualificação das informações epidemiológicas nas áreas em que está presente. (BRASIL, 2002n).

A inclusão dos medicamentos excepcionais na sistemática da APAC ocorreu em dois momentos: o primeiro deles, apenas para os medicamentos utilizados em pacientes em Terapia Renal Substitutiva, ocorreu com a edição das Portarias GM/MS nº 2.042 e 2.043, de outubro de 1996. O segundo, agora para a totalidade dos medicamentos integrantes do Programa, ocorreu com a edição da Portaria SAS/MS nº 409, de 05 de agosto de 1999.

Superados os problemas administrativos iniciais ocorridos nas Secretarias Estaduais de Saúde decorrentes do processo de implantação da nova sistemática, esta medida representou e representa importante avanço na instrumentalização do processo de gerenciamento do Programa de Medicamentos Excepcionais.

Com a individualização dos pacientes, com endereço e CPF, com a emissão do laudo médico para dispensação dos medicamentos, a inclusão dos respectivos CIDs, a informação de que medicamento e em que quantidades eram dispensados, além de outras informações, a implantação da APAC no Programa de Medicamentos Excepcionais passou a permitir a obtenção de preciosas informações epidemiológicas, de comportamento da prescrição e dispensação dos medicamentos e sua relação com as doenças tratadas, evolução da dispensação de cada medicamento por diagnóstico e assim por diante. Estes dados, que tem sido fornecidos mensalmente pelos estados e disponibilizadas pelo manuseio do sistema de informações acoplado à APAC, tem desempenhado papel fundamental, ao serem analisados, no planejamento das ações do Programa na identificação de problemas e encaminhamento de soluções.

Outro importante mecanismo de controle, acompanhamento do Programa e avaliação do grau de satisfação dos usuários é representado pelo que se denomina “Carta aos Usuários do SUS”.

Desde abril de 1999, o Ministério da Saúde vem enviando cartas aos usuários dos serviços de internação hospitalar da rede do Sistema Único de Saúde para que eles próprios tomem conhecimento e possam conferir em demonstrativos os procedimentos realizados, materiais e itens especiais utilizados, valores cobrados pelo hospital e pagos pelo SUS, e outros dados de sua internação. Havendo erros, dúvidas ou necessidade de qualquer comentário o usuário tem à sua disposição o serviço de atendimento gratuito (0800 644 9000) do SACSUS.

As cartas são um importante canal de comunicação com o usuário do SUS. O principal objetivo desta sistemática regular de fiscalização e avaliação dos hospitais é o controle dos recursos públicos e aferição da qualidade do atendimento prestado aos usuários, resultando na identificação – e correção – de irregularidades na rede de serviços do SUS. Os usuários que recebem a carta do Ministério da Saúde apresentam respostas com elogios, denúncias, reclamações, sugestões, informações e correção de dados que permitem não só a identificação de fraudes em diferentes pontos do Brasil como oferecem ao contribuinte a chance de participar do processo de fiscalização. (BRASIL, 2002n)

A sistemática de envio de cartas aos usuários, devidamente adaptada para a questão dos medicamentos excepcionais, foi utilizada, pela primeira vez no ano de 2002, utilizando-se os dados obtidos das APAC da competência abril/02.

A carta informa ao usuário que os medicamentos a ele fornecidos são custeados com recursos públicos e que o objetivo da correspondência é verificar a qualidade do serviço de distribuição destes medicamentos e melhorar a assistência e a correta aplicação dos recursos públicos. A seguir informa os medicamentos que, segundo os registros do Ministério, o usuário está recebendo, as quantidades e os valores correspondentes. Por fim, solicita a conferência das informações e convida o usuário, caso haja erros, dúvidas, sugestões ou se os dados não coincidem com a realidade, para que faça contato com o SACSUS.

Foram enviadas 122.706 cartas, que obtiveram 5.898 respostas dos usuários. Este número de respostas representa 4,8% das cartas enviadas (versus a média de 2,3% das demais cartas). Depois de recebidas as respostas dos usuários, o Ministério da Saúde envia uma segunda carta ao paciente e/ou familiar agradecendo pelas informações e, no caso de denúncias, reforçando a sua importância com instrumento para coibir irregularidades e orientando quanto ao fluxo de apuração.

A tabela abaixo demonstra o número de cartas enviadas, por estado:

Tabela 1
Quantidade de cartas emitidas/estado - medicamentos excepcionais – Abril/2002

UF	Cartas Emitidas
Acre	98
Alagoas	1.344
Amapá	130
Amazonas	1.675
Bahia	1.301
Ceará	5.402
Distrito Federal	2.850
Espírito Santo	4.007
Goiás	3.882
Maranhão	2.611
Mato Grosso	2.459
Mato Grosso do Sul	1.220
Minas Gerais	13.068
Pará	965
Paraíba	3.482
Paraná	6.735
Pernambuco	4.321

Piauí	447
Rio de Janeiro	8.122
Rio Grande do Norte	3.877
Rio Grande do Sul	9.283
Rondônia	193
Roraima	68
Santa Catarina	3.736
São Paulo	39.925
Sergipe	659
Tocantins	846
Total	122.706

Fonte: SACSUS

As respostas recebidas foram tabuladas e classificadas em: dados incorretos, denúncias, elogios, pedido de informações, reclamações, sugestões e respostas sem classificação. Assim, 0,37% das respostas informavam que havia dados incorretos na carta, 22,58% apresentavam algum tipo de denúncia, 1,45% elogios, 6,54% reclamações, 0,13% sugestões e 0,05% sem classificação.

As respostas recebidas e sua classificação encontram-se na tabela abaixo:

Tabela 2

Cartas respondidas/estado – medicamentos excepcionais abril/2002 - classificação

UF	Dados Incorretos	Denúncia	Elogio	Informação	Necessita Class.	Reclamação	Sugestão	TOTAL
AC				3		1		4
AL		49	1	52		2		104
AM	1	32		64		40		137
AP							1	1
BA		7		43		7		57
CE	1	57	1	130		7		196
DF	2	68		151	1	54		276
ES				11				11
GO	2	13	6	169		14		204
MA	1	28		54		12		95
MG	1	114	8	466	1	18		608
MS	1	8	1	52		10	1	73
MT		78	2	85		4		169
PA		6	2	29		14		51
PB		7		7				14
PE		22	8	155		5		190
PI		1	1	10		1		13
PR		21	6	231		10		268
RJ	1	14		85		16		116
RN		51	1	130		19	1	202
RO		1	1	5		2		9
RR				1				1
RS	3	513	9	435	1	53		1014
SC		20	2	151		16	1	190
SE		2		24		1		27
SP	9	210	36	1494		73	4	1826
TO		12	1	22		7		42
TOTAL	22	1334	86	4059	3	386	8	5898

Fonte: SACSUS

As denúncias, para que se pudesse apurá-las, foram sub-classificadas em: medicamento e/ou quantidade incorretos, usuário desconhecido, atendimentos recebido, cobrança indevida, paciente falecido e instalações físicas. Assim, das 1.334 denúncias apresentadas, 92,80% foram relacionadas ao medicamento e/ou quantidade incorreta; 3,67% de usuários desconhecidos; 1,87% sobre o atendimento recebido; 0,44% relatos de cobranças indevidas; 1,12% de pacientes falecidos e 0,07% relacionadas às instalações físicas do local de dispensação.

A sub-classificação das denúncias encontra-s no quadro abaixo:

Tabela 3
Subclassificação das denúncias – cartas medicamentos excepcionais

UF	Medicamento e/ou Quant. incorretos	Usuário Desconhecido	Atendimento Recebido	Cobrança Indevida	Paciente Falecido	Instalações Físicas	TOTAL
AC	-	-	-	-	-	-	-
AL	49	-	-	-	-	-	49
AP	-	-	-	-	-	-	-
AM	32	-	-	-	-	-	32
BA	6	-	1	-	-	-	7
CE	55	-	1	1	-	-	57
DF	63	3	2	-	-	-	68
ES	-	-	-	-	-	-	-
GO	13	-	-	-	-	-	13
MA	25	1	-	-	1	1	28
MT	73	1	-	1	3	-	78
MS	8	-	-	-	-	-	8
MG	108	3	3	-	-	-	114
PA	6	-	-	-	-	-	6
PB	7	-	-	-	-	-	7
PR	18	3	-	-	-	-	21
PE	17	1	4	-	-	-	22
PI	1	-	-	-	-	-	1
RJ	9	3	1	1	-	-	14
RN	50	1	-	-	-	-	51
RS	491	2	7	2	11	-	513
RO	1	-	-	-	-	-	1
RR	-	-	-	-	-	-	-
SC	20	-	-	-	-	-	20
SP	174	29	6	1	-	-	210
SE	2	-	-	-	-	-	2
TO	10	2	-	-	-	-	12
TOTAL	1.238	49	25	6	15	1	1.334

Fonte: SACSUS

A amostra de respostas recebidas é bastante significativa e, mesmo não podendo ser linearmente extrapolada para o conjunto do Programa em função de variáveis como motivação para a resposta, entre outras, é extremamente importante para uma avaliação do desenvolvimento das ações do Programa de Medicamentos Excepcionais, identificação de problemas, adoção de medidas corretivas e planejamento de novas ações.

Todas as respostas recebidas, após sua tabulação, classificação e sub-classificação, foram enviadas às respectivas Secretarias Estaduais de Saúde para avaliação, apuração e adoção de providências corretivas. Estas respostas foram enviadas aos estados em outubro de 2002, tendo estes gestores, segundo estabelecido na Portaria GM/MS nº 1.137, de 06 de outubro de 2000, prazo de 90 dias para a adoção das providências pertinentes. As denúncias não apuradas pelo gestor neste prazo são encaminhadas ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS para análise e providências.

Mesmo ainda sem as respostas dos estados, é possível fazer uma análise preliminar dos dados obtidos:

Quando analisadas as respostas enviadas em sua grande classificação, é possível separá-las em três grupos principais, com predominância do primeiro: pedido de informações, denúncias e reclamações.

Quanto às respostas com pedidos de informações (68,81% do total), pode-se concluir que é grande o desconhecimento sobre o funcionamento do Programa, que há carência no processo de comunicação dos gestores com os usuários e que, se a desinformação entre aqueles que tiveram acesso aos medicamentos é desta proporção, pode-se supor que isto na população em geral é bastante maior. Como já foi dito anteriormente, dentre os fatores restritivos ao acesso a medicamentos pela população está a falta de informação, de conhecimento de direitos e da própria existência da possibilidade de recebimento de medicamentos gratuitos fornecidos pelo Programa. Este dado reforça a necessidade e recomenda a adoção de medidas conjuntas pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde no sentido de ampliar a divulgação da assistência farmacêutica prestada, dos medicamentos disponíveis e dos mecanismos para sua obtenção.

Quanto às denúncias (22,58% do total), a maioria delas (92,80% do total de denúncias) é relativa ao relato de que o medicamento e/ou quantidade recebida estavam incorretos. À parte das apurações que estão sendo conduzidas pelos estados, pode-se, preliminarmente, em linhas gerais e de imediato, verificar dois problemas:

- A dificuldade de identificação, pelo usuário, do medicamento pelo seu nome genérico (que foi utilizado na carta). Os usuários, normalmente, identificam o medicamento que recebem pelo nome comercial que se encontra estampado em sua embalagem. Esta dificuldade pode estar relacionada ao relato do “medicamento incorreto” e merece uma avaliação mais acurada a partir das apurações dos estados;
- Fornecimento de quantitativo menor de medicamento do que o relatado na APAC. Isto pode estar relacionado ao fluxo de estoque e de dispensação do estado que, em função de problemas relacionados à regularidade das compras e inexistência de estoques reguladores, pode determinar o fracionamento da dispensação aos usuários. De qualquer forma, se evidencia a incorreção no preenchimento da APAC.

Quanto às reclamações recebidas (6,54% do total), a maioria delas diz respeito à irregularidade no fornecimento de medicamentos, falta de determinado medicamento, problemas de acesso ao local de dispensação, fila de espera para recebimento do medicamento, “burocracia” na dispensação. Todos estes problemas estão relacionados às questões organizacionais das Comissões de Assistência Farmacêutica, quer por problemas de planejamento, de regularidade de compras, financeiros, de estrutura física e de pessoal.

Pode-se verificar ainda, em todo este processo, a permanência de problemas relacionados ao preenchimento da APAC. Isto pode ser notado pelo percentual de cerca 7% (nas primeiras remessas de cartas em 1999, este percentual chegava aos 35%) de cartas devolvidas pelos Correios em decorrência de insuficiência de endereço, de identificação do usuário e de usuário desconhecido. Isto aparece, também, na quantidade de medicamentos relatada na APAC e não fornecidos ao paciente e no quase inacreditável aparecimento de pacientes falecidos com APAC emitida (15 casos, alguns com usuários falecidos há mais de 2 anos) situações estas que deverão ser adequadamente esclarecidas pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde.

3.5.7- RESULTADOS DO PROGRAMA ATUAL

Os resultados da política de medicamentos de alto custo, do desenvolvimento do programa de Medicamentos Excepcionais e das medidas adotadas nos últimos anos e descritas nos subitens acima, é uma inequívoca ampliação do acesso da população brasileira a este tipo de medicamentos.

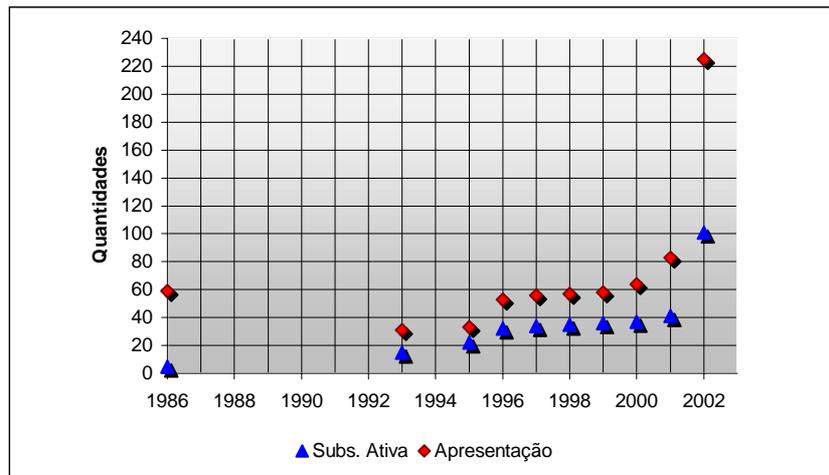
Esta ampliação pode ser verificada pelo incremento da quantidade de substâncias ativas e suas apresentações disponíveis no Programa, pela quantidade de doenças cobertas, pelo aumento dos investimen-

tos realizados no Programa, pela quantidade de unidades dispensadas (e sua evolução nas regiões do país, por população) e pelo número de pacientes atendidos.

3.5.7.1 - QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NO PROGRAMA

Quanto à evolução da quantidade de princípios ativos e apresentações disponíveis, pode-se verificar, de acordo com a Figura abaixo, uma expressiva ampliação nestes números nos últimos anos. Assim, em 1993, o número de substâncias ativas presentes no Programa era de 15, com 31 apresentações. Estes números foram crescendo gradualmente ao longo dos anos, chegando, em 2001, a 41 medicamentos com 83 apresentações. Já em 2002, verifica-se um grande salto – passamos para 101 substâncias ativas e 225 apresentações.

Figura 5
Medicamentos Excepcionais - Evolução da quantidade de substâncias ativas e apresentações - 1993-2002



Fonte: Elaboração própria

3.5.7.2 – DOENÇAS COM TRATAMENTOS COBERTOS

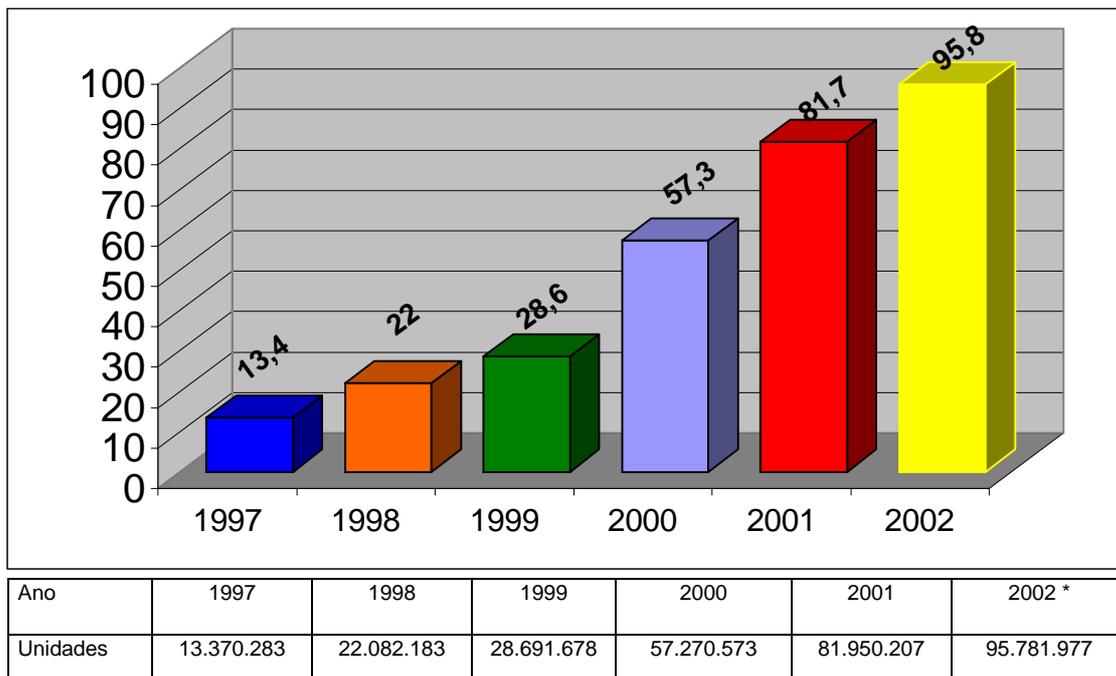
Embora não linear à ampliação da quantidade de substâncias ativas e apresentações, houve, neste período, também uma ampliação na cobertura de doenças pelo Programa. Atualmente, cerca de 90 doenças tem tratamento coberto pelo Programa.

3.5.7.3 – QUANTIDADE DE UNIDADES DISPENSADAS

A quantidade de medicamentos dispensados pelo Programa – calculada por unidades (comprimidos, cápsulas, ampolas) cresceu significativamente no período de 1997 a 2002 – de cerca de 13,4 milhões de unidades em 1997 para cerca de 95,8 milhões em 2002, o que representa um crescimento de mais de 6 vezes no volume de medicamentos entregues à população. A evolução da quantidade de unidades dispensadas – Brasil está demonstrada na Figura abaixo.

Figura 6

Medicamentos Excepcionais – Evolução do número de Unidades Dispensadas - Brasil – 1997/2002



• A quantidade dispensada em 2002 foi calculada pela projeção para 12 meses da dispensação ocorrida nos meses de janeiro a setembro de 2002. Nestas quantidades não estão computados os novos medicamentos incluídos no Programa a partir de julho de 2002.
 Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS. Elaboração própria

Para que se possa avaliar com mais clareza a evolução da execução do programa de Medicamentos Excepcionais, seu comportamento nas diversas regiões do país, a redução das desigualdades regionais, a ampliação do acesso a medicamentos e cobertura populacional, é necessário que se abram os números - Brasil por região e que estes sejam cotejados com as respectivas populações residentes.

Como pode ser verificado nas figuras e tabela abaixo, o crescimento do volume de dispensação de medicamentos ocorre em todas as cinco regiões do país em patamares superiores aos 500%. Para se calcular a quantidade de medicamentos dispensada por 1000 habitantes utilizou-se os dados do último Censo populacional realizado pelo IBGE, sendo a população de cada região corrigida ano a ano de maneira a manter fiel a proporção de dispensação.

Embora ainda com significativas diferenças na dispensação por 1000 habitantes existentes entre as regiões, verifica-se uma evolução no quadro destas desigualdades. Assim, se tomarmos o ano de 1997, das 5 regiões brasileiras, 4 delas (norte, nordeste, centro-oeste e sul) apresentavam uma dispensação por 1000 habitantes inferior à média-Brasil. Em 2002, este quadro inverte-se, passando, juntamente com a região sudeste, as regiões sul e sudeste a se situarem em patamares de dispensação por 1000 habitantes superiores à média nacional.

As regiões norte e nordeste permanecem com dispensação abaixo da média nacional. A região Norte, ainda com o menor volume de dispensação por 1000 habitantes do país, teve, no entanto, o terceiro maior crescimento percentual nesta dispensação – em torno dos 615% no período, ficando, este crescimento, acima das regiões sudeste e nordeste. Já a região nordeste teve um crescimento de cerca de 583%.

As regiões sul e centro-oeste tiveram um bom desempenho neste período – ambas, que se situavam em 1997 abaixo da média nacional de dispensação tiveram crescimentos, respectivamente, de cerca de 759% e 796%. Como pode ser verificado no gráfico de evolução abaixo, este desempenho, assim como da média nacional, teve um nítido ponto de inflexão a partir de 1999. Em 2002, ambas as regiões encontram-se com dispensação por 1000 habitantes superior à média nacional, sendo a região sul com 21,82% acima desta média e a região centro-oeste com 3,73%.

A região sudeste, embora com o menor crescimento verificado no período 1997-2002 (484%) permanece em primeiro lugar nacional no volume de dispensação por 1000 habitantes, situando-se num patamar de 30,78% acima da média nacional.

O processo de ampliação de acesso a medicamentos, a equidade neste acesso, a diminuição das desigualdades regionais precisa ser analisado, além das diferenças político-administrativas-operacionais na condução do programa existentes nas regiões brasileiras, pelas diferenças existentes na capacidade instalada de serviços de saúde, nas ações desenvolvidas e nos diferentes graus de acesso da população a estes serviços e ações nas diversas regiões. Assim, vemos as regiões sudeste, sul e centro-oeste – nesta ordem – com melhor estruturação gerencial e operacional do Programa e com maior capacidade instalada de serviços de saúde, com um melhor desempenho na execução do Programa e na ampliação do acesso da população aos medicamentos dele integrantes. Por outro lado, as regiões norte e nordeste, que apresentam um desempenho mais frágil neste processo, apresentam uma menor capacidade instalada de serviços de saúde o que, por si só, restringe o acesso da população ao atendimento, à realização de diagnósticos complexos de diversas doenças contempladas pelo Programa e, conseqüentemente, reduz a própria demanda por determinados medicamentos.

Além destes aspectos gerais já abordados, deve-se considerar ainda os problemas focais na execução do Programa nos diversos estados. Assim, pode-se citar como exemplo o Distrito Federal que por uma série de circunstâncias vem tendo grandes dificuldades no gerenciamento do Programa e na própria continuidade no processo de dispensação de medicamentos.

Tabela 4

Medicamentos Excepcionais - Evolução do número de unidades dispensadas, por região – 1997-2002

Região	1997	1998	1999	2000	2001	2002 *
Norte	220.485	438.392	696.760	908.004	1.449.107	1.842.169
Nordeste	2.506.107	3.457.424	5.021.526	8.839.097	14.950.795	18.355.246
Sudeste	8.150.850	14.130.999	17.787.612	32.577.337	44.003.660	52.170.673
Sul	1.823.822	2.674.066	3.055.467	11.095.641	15.393.251	16.808.729
Centro-Oeste	669.019	1.381.302	2.130.313	3.850.494	5.915.729	6.605.160
Total	13.370.283	22.082.183	28.691.678	57.270.573	81.712.542	95.781.977

Região	1997	1998	1999	2000	2001	2002 *	Crescimento %
Norte	19	37	57	70	109	136	615,78
Nordeste	55	75	108	185	309	376	583,63
Sudeste	120	205	254	450	599	701	484,16
Sul	76	111	125	442	605	653	759,21
Centro-Oeste	62	120	198	320	499	556	796,77
Brasil	84	146	165	357	455	536	538,09

• A quantidade dispensada em 2002 foi calculada pela projeção para 12 meses da dispensação ocorrida nos meses de janeiro a setembro de 2002. Nestas quantidades não estão computados os novos medicamentos incluídos no Programa a partir de julho de 2002.

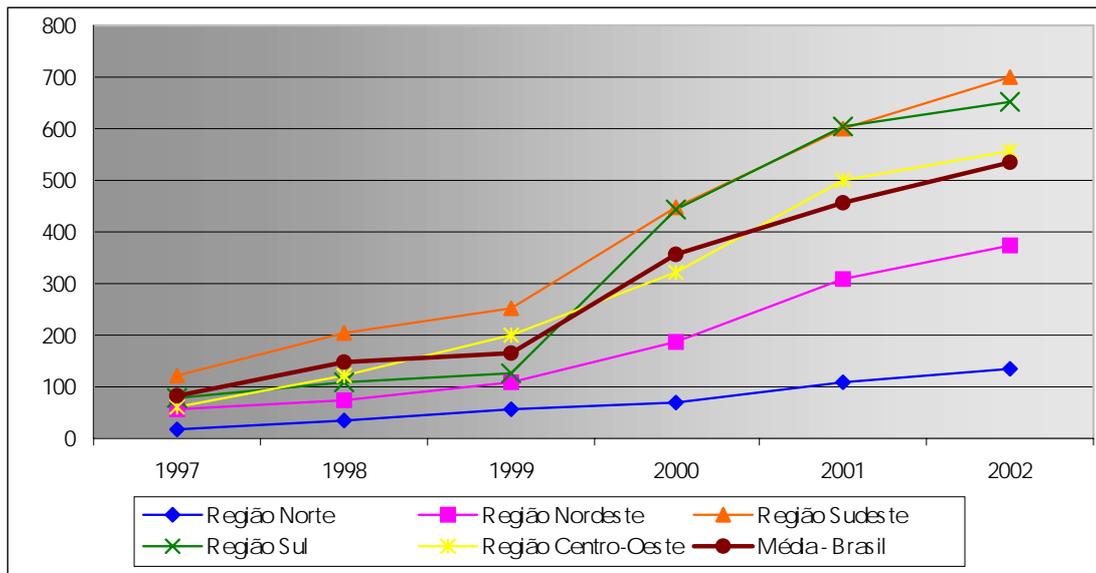
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SLA/SUS

Dados populacionais, corrigidos ano a ano, obtidos do Censo IBGE

Elaboração própria

Figura 7

Medicamentos Excepcionais - Unidades dispensadas por1000 habitantes, por região – 1997 a 2002



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS - Dados populacionais, corrigidos ano a ano, obtidos do Censo IBGE
Elaboração própria

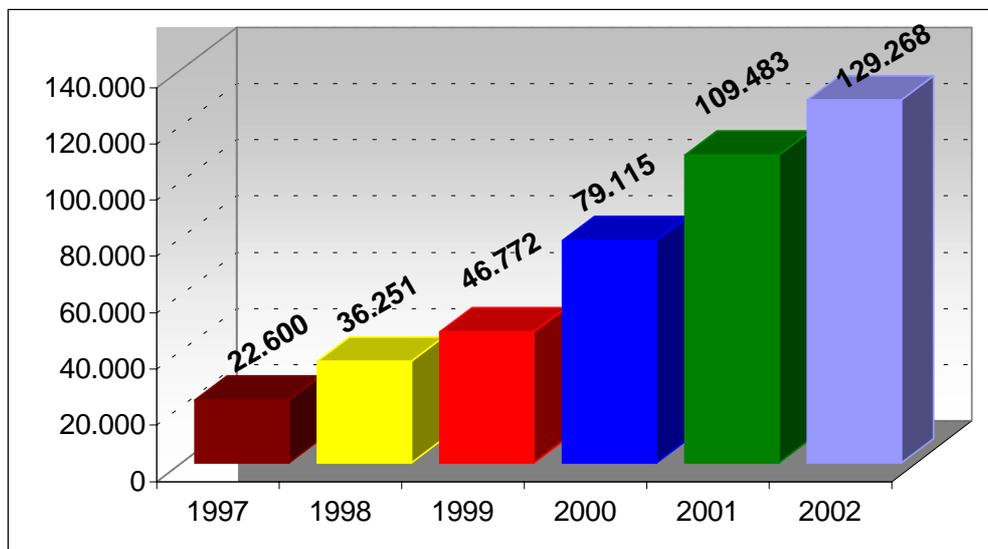
3.5.7.4 – QUANTIDADE DE PACIENTES ATENDIDOS

Como pode ser verificado na Figura abaixo, o número de pacientes beneficiados pelo Programa com o fornecimento de medicamentos cresceu, no período compreendido entre 1997 e 2002, cerca de 472%, ou seja, o número de pacientes atendidos foi multiplicado por 5,72 vezes. Se retrocedermos um pouco mais no tempo e tomarmos como parâmetro de comparação o ano de 1995, quando eram atendidos pouco mais de 7.600 pacientes, a ampliação do acesso a medicamentos é ainda mais extraordinária. O número de pacientes atendidos em 2002, mais de 129 mil pessoas, representa 16,89 vezes mais do que aqueles atendidos naquele ano de 1995.

Com a inclusão dos novos medicamentos no Programa ocorrida em julho de 2002 e a respectiva elaboração de seus Protocolos, dependendo da velocidade das Secretarias de Saúde em adquirir estes novos medicamentos e implantar seus Protocolos, o número de pacientes beneficiados poderá, nos próximos 12 meses, saltar para a casa dos 300 mil, representando uma ampliação de acesso de mais de 100%.

Figura 8

Medicamentos Excepcionais – Evolução da quantidade de pacientes atendidos – 1997/2002



• A quantidade de pacientes atendidos em 2002 foi calculada pela projeção para 12 meses da quantidade de pacientes atendidos nos meses de janeiro a setembro de 2002. Nesta quantidade não estão computados os pacientes atendidos com os novos medicamentos incluídos no Programa a partir de julho de 2002. - Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS - Elaboração própria

3.7.5.5 – GASTOS

O crescimento do volume de recursos alocados para o desenvolvimento do Programa de Medicamentos Excepcionais denota o propósito do Ministério, no período 1997-2002, de criar os mecanismos financeiros necessários para a efetiva ampliação do Programa e do acesso a medicamentos. Assim, os gastos realizados, se compararmos o ano de 1997 com 2002, verificaremos que o gasto com medicamentos foi multiplicado nesse período em 2,69 vezes. Assim, um crescimento de 5,72 vezes no número de pacientes atendidos cotejado com um crescimento de 2,69 vezes nos gastos realizados nos permite inferir que houve uma otimização da utilização e dispêndio dos recursos alocado ao Programa. Os gastos com o Programa estão demonstrados na Figura 2.

Com a desoneração de PIS, COFINS e ICMS, a partir de setembro de 2002 a otimização dos recursos será ainda maior, pois mantidos os mesmos valores de repasse financeiro, será possível comprar os novos medicamentos incluídos e - dependendo da velocidade de compra por parte dos estados e de implantação dos novos Protocolos – duplicar o número de pacientes atendidos nos próximos 12 meses.

1. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em que pesem os enormes esforços despendidos e os importantes avanços já obtidos na organização do seu sistema nacional de saúde, o Brasil ainda se depara com importantes problemas na consolidação do SUS e na plena garantia do direito à saúde a sua população. Este quadro é agravado pelas marcantes desigualdades sociais ainda existentes no país.

Nessa perspectiva, os pressupostos constitucionais de equidade, integralidade e universalidade do acesso representam desafios enormes do ponto de vista da construção de uma política nacional de saúde e de justiça social. Desafios estes a serem enfrentados pelos governos nacional e sub-nacionais e, principalmente, pelo conjunto da sociedade brasileira.

Igualmente, na assistência farmacêutica, nos deparamos com enormes desafios e problemas, especialmente no que diz respeito à ampliação do acesso da população a medicamentos. O Brasil representa um dos maiores mercados mundiais de consumo de medicamentos dado seu contingente populacional e apresenta um grande potencial de crescimento em se considerando o pressuposto constitucional que atribui ao Estado o papel de prover o acesso à saúde, o que inclui medicamentos e procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

É inegável, no entanto, que nos últimos anos o Ministério da Saúde ampliou significativamente as ações de apoio à assistência farmacêutica. A garantia do acesso ao seu insumo básico, o medicamento, tem se tornado uma realidade para segmentos crescentes da população. Os avanços no campo da regulação sanitária e econômica e a reformulação institucional potencializaram os esforços na melhoria da gestão das políticas públicas e a substancial ampliação de recursos do orçamento do Ministério destinados a medicamentos.

A disciplina na gestão financeira dos recursos do Fundo Nacional de Saúde permitiu ao Ministério regularidade na transferência dos recursos, seja para o pagamento de fornecedores, quando das compras diretas do Ministério, seja nas transferências a estados e municípios quando da execução descentralizada.

O período é marcado pela busca pela estruturação de um modelo alternativo ao modelo anterior para a ação do SUS na assistência farmacêutica e provimento de seu insumo fundamental o medicamento. A descentralização na execução das políticas tem sido uma diretriz fundamental para viabilizar a execução das ações e ensinar seu aprimoramento nas três esferas de governo.

Dentre as ações diretas e indiretas desenvolvidas pelo Ministério para a ampliação do acesso a medicamentos no Sistema Único de Saúde, podemos destacar os importantes avanços verificados no desenvolvimento do Programa de Medicamentos Excepcionais, escopo deste trabalho.

Como já foi dito no decorrer do trabalho, é na assistência farmacêutica, particularmente na de alto custo é que ficam mais evidentes as distorções e problemas que são gerados pelas grandes desigualdades sociais e econômicas ainda existentes no país, e que determinam restrições ao pleno acesso a medicamentos. Esta situação é particularmente dramática em se tratando de medicamentos de uso ambulatorial continuado, quando o tratamento de doenças crônicas, muitas vezes com duração por toda uma vida, se torna inacessível para a maioria da população, quer pelo alto custo do medicamento quer pelo custo total do tratamento. Neste particular é fundamental a ação do poder público para combater a iniquidade no aces-

so, na formulação de políticas de assistência farmacêutica de alto custo, na garantia do financiamento, na distribuição gratuita de medicamentos e na ampliação do acesso à população a estes tratamentos, onde se insere o Programa de Medicamentos Excepcionais.

O Programa de Medicamentos Excepcionais, com diversas alterações no decorrer do tempo, remonta o ano de 1982, ocasião em que surge pela primeira vez a expressão “excepcional” para caracterizar a dispensação de determinados medicamentos. Desde esta época até a atual gestão do Ministério, muitas inclusões e exclusões de medicamentos foram realizadas e processadas muitas alterações na forma de financiamento do Programa, na compra de medicamentos, nos mecanismos de controle, nas tabelas, na forma de dispensação, dentre outras.

Em termos práticos, no entanto, até 1996 poucos medicamentos eram efetivamente dispensados à população. Segundo os dados disponíveis, essa dispensação era errática, pouco constante e regular, resumindo-se ao fornecimento da Ciclosporina aos pacientes transplantados, da Eritropoetina, aos pacientes com anemia que fossem renais crônicos em hemodiálise e do Hormônio do Crescimento.

É a partir de 1997 que o Programa começa a apresentar uma tendência de crescimento. Esta tendência se consolida a partir de 1998, passando-se a se registrar um significativo incremento nos quantitativos de medicamentos dispensados, nos valores gastos e no número de pacientes atendidos.

No final de 1999 e início de 2000, o Programa passou por uma importante alteração em sua condução e que significou um novo marco no seu desenvolvimento e caracterizou o que chamamos de “atual Programa de Medicamentos Excepcionais”. A partir deste momento, rompeu-se o isolamento destes medicamentos do processo geral de definição de políticas de assistência farmacêutica, ampliou-se a discussão em torno da matéria, criou-se a Comissão de Assessoria Farmacêutica da SAS, envolveu-se um grande número de atores – pacientes, gestores e a própria indústria na definição das políticas, tornaram-se transparentes os critérios de inclusão/exclusão de medicamentos e foram lançados os fundamentos para uma nova prática na condução do Programa e na melhoria da assistência prestada. Paralelamente a isso, a SAS implantou um novo e efetivo gerenciamento do Programa, que tem se mostrado bastante eficiente e que tem gerado bons resultados. A partir dessa data, o gerenciamento alicerçou-se na ampliação do financiamento, no controle nominal de pacientes, no estrito monitoramento do comportamento do mercado farmacêutico - que define o valor de tabela de cada medicamento e o adequado gerenciamento da prescrição e fornecimento dos medicamentos.

Iniciativa fundamental para a adequada gestão do Programa e adotada a partir desta época, foi o processo de construção dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para cada um dos medicamentos integrantes do Programa. Estes Protocolos, que significam o engajamento do SUS no processo internacional da Medicina Baseada em Evidências e uma nova dimensão na gestão da assistência farmacêutica do SUS, têm sido fruto de uma construção de consensos por meio das Consultas Públicas a que todos têm sido submetidos. Estes Protocolos, baseados nas melhores evidências disponíveis e com ampla participação da comunidade científica, criam os mecanismos necessários para, respeitados os critérios éticos e técnicos, racionalizar a prescrição e a dispensação dos medicamentos. O lançamento pelo Ministério, em dezembro de 2002, do livro “Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – Medicamentos Excepcionais”, que reúne todos os Protocolos publicados, acrescenta fluxogramas de prescrição e dispensação, fichas fármaco-terapêuticas e termos de consentimento informado para cada um dos medicamentos, sem dúvida alguma representa um marco na assistência farmacêutica do SUS.

O firme gerenciamento adotado permitiu a racionalização dos gastos, a ampliação do número de medicamentos disponíveis e de pacientes atendidos pelo Programa. Em todo este período muitos medicamentos foram incluídos no Programa bem como muitas doenças passaram a ser atendidas e grande incremento no número de pacientes atendidos foi verificado. Chegamos ao final de 2001 com 41 medicamentos na Tabela dos Excepcionais (83 apresentações diferentes), atendendo mais de 109 mil pacientes a um custo anual de R\$ 449,5 milhões. Em 2002, o Programa foi significativamente incrementado, garantindo, hoje, o financiamento para compra e distribuição gratuita, pelos estados de 101 medicamentos ditos excepcionais, em 225 apresentações diversas, representando mais do dobro de medicamentos disponíveis

em relação a 2001. O crescimento também se deu nos investimentos realizados no Programa, que somaram em 2002 R\$ 469 milhões, e no número de pacientes atendidos – cerca de 129 mil pacientes. Com as inclusões de medicamentos realizadas em 2002, dependendo da velocidade de compra por parte dos estados e da implantação dos novos protocolos publicados, o número de pacientes atendidos deverá mais que dobrar nos próximos 12 meses.

Deve-se registrar por fim que, a despeito dos enormes avanços alcançados, ainda enfrentamos grandes barreiras na estruturação de uma adequada assistência farmacêutica no país. Estas barreiras são de diversas naturezas e que podem ser exemplificadas pelas grandes desigualdades sociais existentes no país, pela baixa renda da população, pelos altos e crescentes custos da assistência à saúde e da própria assistência farmacêutica, pela incipiente coordenação das ações públicas no setor, pela praticamente ausente participação dos seguros privados de saúde no financiamento da assistência farmacêutica ambulatorial e ainda pelo longo caminho a percorrer para a plena implementação da Política Nacional de Medicamentos já traçada. No caso dos Medicamentos Excepcionais deve-se agregar, ainda, as barreiras ao acesso a estes medicamentos representadas pela dificuldade de acesso ao diagnósticos das doenças cobertas pelo Programa e ainda pela centralização na dispensação dos medicamentos que é realizada, na maior parte dos estados, apenas na capital, restringindo o acesso a pacientes do interior e áreas mais remotas.

Agrava este quadro a grande fragmentação existente na área dentro do próprio Ministério da Saúde. É desejável que toda a gestão da assistência farmacêutica venha a ser reunida num só setor do Ministério, seja numa Secretaria de Assistência Farmacêutica, seja em um Departamento específico. A realização de uma Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica pode contribuir em muito para uma ampla discussão das políticas a serem adotadas e dos rumos a serem dados à área.

Ao desenvolver estratégias de incorporação de práticas embasadas em evidências por meio da construção de Protocolos e Diretrizes Terapêuticas para os medicamentos de alto custo, temos enfrentado barreiras representadas pela forma como têm sido produzidas as evidências científicas relacionadas ao desenvolvimento e incorporação de novos medicamentos no tratamento de algumas doenças e pela forte pressão exercida por setores da indústria farmacêutica. A elaboração de tais estratégias envolve um enorme esforço que inclui a avaliação das melhores evidências publicadas na literatura médica e sua adaptação para o contexto local do país para alicerçar a tomada de decisão sobre incorporação de medicamentos ao SUS. Ocorre que parcela significativa da literatura médica é representada por ensaios clínicos norteados por setores da indústria que via de regra não atendem aos interesses de saúde pública: usam desfechos secundários, o que os torna mais baratos, não comparam com alternativas mais baratas de tratamento, testam apenas a nova e mais cara droga entre outros.

Além disso, há uma série de questões de saúde pública, incluindo as doenças e medicamentos “órfãos” que dificilmente serão avaliadas por uma agenda de pesquisa de medicamentos exclusivamente pautada pelo interesse de mercado. Por outro lado, a academia pouco tem feito além de cobrar uma parceria mais estreita com as indústrias farmacêuticas, com uma noção simplista de que a mera aproximação com a indústria garantiria uma pesquisa de melhor qualidade.

Não necessitamos apenas mais informações científicas. Necessitamos uma agenda de pesquisa de novos tratamentos que necessariamente acesse o desenvolvimento de drogas contemplando perspectivas de saúde pública.

Assim, é fundamental a definição desta agenda pelo Ministério da Saúde e pelos demais gestores do SUS, e que a pesquisa seja financiada com recursos públicos do próprio orçamento do Ministério ou, ainda, pela obtenção de financiamento de bancos de fomento, como o BNDES.

Todo este esforço faz parte da busca de aliados que defendam a saúde pública e o progresso da humanidade e que, juntos, possamos defender que a política de incorporação tecnológica na área de medicamentos deva ser regulada pela sociedade que haja uma agenda de investigações que realmente atenda aos interesses da saúde pública.

2. ANEXOS

ANEXO I

Medicamentos incluídos no Programa de Medicamentos Excepcionais entre 2000 e 2002, Portarias de inclusão e motivo de inclusão

PT SAS nº 348 de 21/09/00	Inclui as diversas dosagens de Enzimas Pancreáticas disponíveis no mercado: 4.000 UI, 4.500 UI, 8.000 UI, 12.000 UI, 18.000 UI e 20.000 UI. A inclusão acrescentou estas dosagens às existentes na Tabela em função da comodidade para administração aos pacientes.
PT SAS nº 349 de 21/09/00	Inclui a Clozapina na dosagem de 25 mg. A inclusão acrescentou esta dosagem à de 100 mg já existente na Tabela.
PT SAS nº 98 de 22/03/01	Inclui o Acetato de Glatiramer 20 mg. Esta inclusão foi realizada em decorrência da publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esclerose Múltipla, aprovado pela PT SAS nº 97, de 22/03/01. A inclusão agregou o Acetato como opção terapêutica aos Interferons beta já presentes na Tabela.
PT SAS nº 112 de 03/04/01	Inclui a Toxina Tipo A de Clostridium Botulinum de 500 UI. A inclusão acrescentou esta dosagem à de 100 UI já existente na Tabela, permitindo a participação de outro fabricante nos processos de compra pelos estados.
PT SAS nº 292 de 31/07/01	<p>Inclui a Goserelina de 10,80 mg. A inclusão acrescentou esta dosagem à de 3,6 mg já existente na Tabela, permitindo maior comodidade aos pacientes uma vez que a nova dosagem é de aplicação trimestral e a anterior, mensal.</p> <p>Inclui os Interferon Beta 1 a de 6.000.000 UI (22 mcg) e de 12.000.000 UI (44 mcg). Estas inclusões ampliam as opções terapêuticas já existentes na Tabela e estão de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esclerose Múltipla, aprovado pela PT SAS nº 97 de 22/03/01</p>
PT GM nº 341 de 22/08/01	Separa, em três procedimentos, a Goserelina, Triptorelina e Acetato de Leuprolide, que anteriormente estava reunidos em um único procedimento. Esta alteração foi feita para melhorar a informação e o controle destes medicamentos.
	Inclui a Octreotida Lar 10 mg, 20 mg e 30 mg. A inclusão acrescentou estas dosagens à de 0,1 mg/ml já existente na Tabela, permitindo maior comodidade aos pacientes uma vez que as novas dosagens são de aplicação mensal e a anterior, 3 vezes ao dia. Estes medicamentos foram consolidados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Acromegalia, aprovado pela PT SAS nº 471 de 23/07/02.
PT SAS nº 390 de 19/09/01	Inclui a Isotretinoína de 10 mg e 20 mg. A inclusão ocorreu em função de ter a acne grave passado a ter cobertura pelo Programa e a publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Acne, aprovado pela PT SAS nº 389 de 19/09/01.
PT SAS nº 493 de 24/10/01	Inclui o Interferon Beta 1a de 6.000.000 UI (30 mcg). A inclusão completa as opções terapêuticas já existentes na Tabela e previstas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esclerose Múltipla, aprovado pela PT SAS nº 97 de 22/03/01.
PT SAS nº 222 de 02/04/02	Inclui o Sirolimus de 1 mg/ml. A inclusão completa as opções de imunossupressores já existentes na Tabela e previstas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Transplantados Renais – Drogas Imunossupressoras, aprovado pela PT SAS nº 221 de 01/04/02.
PT SAS nº 255 de 16/04/02	Inclui a Rivastigmina cápsulas de 1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg e 6 mg e solução oral com 2,0 mg/ml e ainda, o Donepezil de 5mg e 10 mg. Estas inclusões ocorreram em decorrência de que a Doença de Alzheimer passou a ter cobertura pelo Programa e a publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Demência por Doença de Alzheimer – sob a Consulta Pública SAS nº , de xx xxx e versão final aprovada pela PT SAS nº 843 de 31/10/02.
PT SAS nº 346 de 15/05/02	Inclui a Quetiapina de 25 mg, 100 mg e 200 mg. Estas inclusões ampliam as opções terapêuticas para a Esquizofrenia Refratária já existentes na Tabela. Este medicamento foi consolidado pela publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esquizofrenia Refratária, aprovado pela PT SAS nº 846, de 31/10/02.

PT SAS nº 360 de 20/05/02	Inclui a Lenograstima de 33,6 MUI. Esta inclusão amplia as opções terapêuticas para tratamento da Neutropenia já existentes na Tabela e foi realizada em decorrência da publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Tratamento de Neutropenia com Estimuladores de Colônias das Células Progenitoras da Medula Óssea sob a Consulta Pública nº 04, de 20/05/02 e versão final aprovada pela PT SAS nº 862 de 04/11/02.
PT SAS nº 388 de 10/06/02	Inclui a Hidroxiuréia de 500 mg. Esta inclusão ocorreu em decorrência de que a Doença Falciforme passou a ter cobertura pelo Programa, em função do Programa Nacional de Triagem Neonatal e a publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença Falciforme – sob a Consulta Pública SAS nº 06, 10/06/02 e versão final aprovada pela PT SAS nº 872, de 06/11/02.
PT SAS nº 389 de 10/06/02	Inclui Complemento Alimentar para Fenilcetonúricos – Fórmulas de Aminoácidos ISENTAS de Fenilalanina (para pacientes maiores e menores de 1 ano de idade). Estas inclusões ocorreram em decorrência de que a Fenilcetonúria passou a ter cobertura pelo Programa, em função do Programa Nacional de Triagem Neonatal e a publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Fenilcetonúria – sob a Consulta Pública SAS nº 07, de 10/06/02 e versão final aprovada pela PT SAS nº 847 de 31/10/02.
PT SAS nº 390 de 10/06/02	Inclui a Levotiroxina Sódica de 25 mcg, 50 mcg, 100 mcg e 150 mcg – por comprimido. Estas inclusões ocorreram em decorrência de que o Hipotireoidismo Congênito passou a ter cobertura pelo Programa, em função do Programa Nacional de Triagem Neonatal e a publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Hipotireoidismo Congênito – sob a Consulta Pública SAS nº 05, de 10/06/02 e versão final aprovada pela PT SAS nº 848, de 31/10/02.
PTGM nº 1318 de 23/07/02	<p>Esta Portaria inclui uma grande quantidade de medicamentos na Tabela em decorrência de que diversas novas doenças passaram a ter cobertura pelo Programa, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doença de Wilson: Trientina de 250 mg. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença de Wilson sob a Consulta Pública GM/MS nº 01, de 23/07/02 e versão final aprovada pela PT SAS nº 844, de 31/10/02. - Esclerose Lateral Amiotrófica: Riluzol de 50 mg. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esclerose Lateral Amiotrófica sob a Consulta Pública GM/MS nº 01, de 23/07/02 e versão final aprovada pela PT SAS nº 913, de 19/11/02. - Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica: Hidroclorato Cloridrato) de Sevelamer de 400 mg e 800 mg. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Hiperfosfatemia Na Insuficiência Renal Crônica sob a Consulta Pública GM/MS nº 01, de 23/07/02 e versão final aprovada pela PT SAS nº 845, de 31/10/02. - Dor Crônica: comprimidos de Cloridrato de Metadona de 5 mg e 10 mg e ampolas de 10 mg /ml; comprimidos de Fosfato de Codeína de 30 mg e 60 mg; solução oral de 30 mg / ml e ampolas de 30 mg/ml e , ainda, comprimidos de Sulfato de Morfina de 10 mg, 30 mg e cápsulas LC de 30 mg, 60 mg e 100 mg, ampolas de 10 mg /ml e solução oral de 10 mg/ml. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Uso de Opiáceos no Alívio da Dor Crônica sob a Consulta Pública GM/MS nº 01, de 23/07/02 e versão final aprovada pela PT SAS nº 859, de 04/11/02. - Hiperplasia Adrenal Crônica: Fludrocortisona de 0,1 mg e Flutamida de 250 mg. O Acetato de Ciproterona já fazia parte da Tabela. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Hiperplasia Adrenal Congênita sob a Consulta Pública GM/MS nº 01, de 23/07/02 e versão final aprovada pela PT SAS nº 849, de 31/10/02. - Asma Grave: Bromidrato de Fenoterol em aerossol de 0,2 mg/ dose e de 2 mg/ml; Budesonida aerossol bucal de 0,02 mg e 0,05 mg; aerossol nasal de 0,05 mg; pó inalante de 100 mcg e 200 mcg, suspensão nasal de 32 mcg, 50 mcg e 100 mcg; Dipropionato de Beclometasona pó inalante de 100 mcg, 200 mcg e 400 mcg; aerossol nasal de 50 mcg; aerossol oral de 50 mcg e spray de 250 mcg; Fumarato de Formoterol pó inalante de 6 mcg e 12 mcg, aerossol de 12 mcg; Fumarato de Formoterol + Budesonida pó inalatório de 6/100 mcg e 6/200 mcg; Sulfato de Salbutamol aerossol de 100 mcg e Xinafoato de Salmeterol pó inalante de 50 mcg. A Portaria GM/MS nº 1.318 determinou à SAS a elaboração do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Asma Grave. Este Protocolo foi publicado sob a Consulta Pública SAS nº 12 de 12/11/02 (a versão final ainda não foi publicada).

- Tratamento da Hiperlipidemia em Pacientes de Alto Risco de Desenvolver Eventos Cardiovasculares: Atorvastatina de 10 mg e 20 mg; Pravastatina de 10 mg, 20 mg e 40 mg e Simvastatina de 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg e 80 mg. A Portaria GM/MS nº 1.318 determinou à SAS a elaboração do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Asma Grave. Este Protocolo foi publicado sob a Consulta Pública SAS nº 13 de 12/11/02 (a versão final ainda não foi publicada).

- Doença de Parkinson: Levodopa + Benserazida de liberação lenta ou dispersível de 100/25 mg e 200/50 mg; Levodopa + Benserazida de 200/50 mg e 250/50 mg; Levodopa + Carbidopa de 250/25 mg; Entacapone de 200 mg ; Pergolida de 0,25 mg e 1 mg; Pramipexol de 0,125 mg, 0,25 mg e 1 mg; Selegilina de 5 mg e 10 mg; Tolcapone de 100 mg e 200 mg e Triexifenidila de 5 mg. A Portaria GM/MS nº 1.318 determinou à SAS a elaboração do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença de Parkinson. Este Protocolo foi publicado sob a Consulta Pública SAS nº 10 de 05/11/02 (a versão final ainda não foi publicada).

- Hepatite Viral Crônica B: Lamivudina comprimidos de 100 mg e solução oral de 10 mg/ml. O Interferon alfa já fazia parte da Tabela. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Hepatite Viral Crônica B Congênita sob a Consulta Pública GM/MS nº 01, de 23/07/02 e versão final aprovada pela PT SAS nº 860 de 04/11/02.

- Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B Pós-Transplante Hepático : Imunoglobulina da Hepatite B ampolas de 100 mg, 200 mg, 500 mg e 1000 mg e Lamivudina comprimidos de 100 mg e solução oral de 10 mg/ml. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B Pós-Transplante Hepático aprovado pela PT SAS nº 469, de 23/07/02.

A Portaria GM/MS nº 1.318, de 23 de julho de 2002, inclui ainda vários outros medicamentos em decorrência de serem alternativas terapêuticas para o tratamento de doenças já incluídas no Programa e com alguns medicamentos já incluídos anteriormente na Tabela. Esta inclusão se deu no momento da publicação do respectivo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – em Consulta Pública ou versão final.

- Doença de Crohn: além dos medicamentos já existentes na Tabela, foram incluídos: Infliximab de 10 mg; Mesalazina comprimidos de 400 mg e 500 mg, supositórios de 250 mg e 1000 mg e enemas de 3 g; Metotrexato ampolas de 25 mg/ml e Cloridrato de Ciprofloxacina de 250 mg e 500 mg. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença de Crohn sob a Consulta Pública GM/MS nº 01, de 23/07/02 e versão final aprovada pela PT SAS nº 858 de 04/11/02.

- Retocolite Ulcerativa: além dos medicamentos já existentes na Tabela, foi incluída a Mesalazina comprimidos de 400 mg e 500 mg, supositórios de 250 mg e 1000 mg e enemas de 3 g; Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Retocolite Ulcerativa sob a Consulta Pública GM/MS nº 01, de 23/07/02 e versão final aprovada pela PT SAS nº 861, de 04/11/02.

- Artrite Reumatóide: além dos medicamentos já existentes na Tabela, foram incluídos: Infliximab de 10 mg; Metotrexato ampolas de 25 mg/ml; Cloroquina de 150 mg; Leflunomide de 20 mg e 100 mg; Sulfato de Hidroxicloroquina de 400 mg. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Artrite Reumatóide sob a Consulta Pública GM/MS nº 01, de 23/07/02 e versão final aprovada pela PT SAS nº 865, de 05/11/02

- Epilepsia Refratária: além dos medicamentos já existentes na Tabela, foram incluídos: Gabapentina de 300 mg e 400 mg e Topiramato de 25 mg, 50 mg e 100 mg. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Epilepsia Refratária sob a Consulta Pública GM/MS nº 01, de 23/07/02 e versão final aprovada pela PT SAS nº 864 de 05/11/02.

- Hepatite Viral Crônica C: além dos medicamentos já existentes na Tabela, foi incluído o Interferon Peguilado (tratamento mensal). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Hepatite Viral Crônica C sob a Consulta Pública GM/MS nº 01, de 23/07/02 e versão final aprovada pela PT SAS nº 863 de 04/11/02.

- Acromegalia: além dos medicamentos já existentes na Tabela, foi incluída a Cabergolina de 0,5 mg. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Acromegalia aprovado pela PT SAS nº 471 de 23/07/02.

	- Osteoporose: além dos medicamentos já existentes na Tabela, foi incluído o Cloridrato Raloxifeno de 60 mg. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Osteoporose aprovado pela PT SAS nº 470 de 23/07/02- Esquizofrenia Refratária: além dos medicamentos já existentes na Tabela, foi incluída a Ziprasidona de 40 mg e 80 mg. Este medicamento foi consolidado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esquizofrenia Refratária aprovado pela PT SAS nº 846 de 31/10/02.
PT SAS nº 921 de 22/11/02	- Em decorrência da publicação da Consulta Pública nº 10, de 05/11/02 – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença de Parkinson, além dos medicamentos já incluídos anteriormente na Tabela, foi incluída a Amantadina de 100 mg.- Em decorrência da publicação da Consulta Pública nº 12, de 12/11/02 – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Asma Grave, além dos medicamentos já incluídos anteriormente na Tabela, foram incluídos o Fumarato de Formoterol + Budesonida pó inalatório de 12 mcg/200 mcg e + Budesonida 200 mcg e 12 mcg/400 mcg. - Em decorrência da publicação da Consulta Pública nº 13, de 12/11/02 – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Tratamento da Hiperlipidemia em Pacientes de Alto Risco de Desenvolver Eventos Cardiovasculares Consulta, além dos medicamentos já incluídos anteriormente na Tabela, foram incluídos: Fluvastatina de 20 mg e 40 mg; Lovastatina de 10 mg, 20 mg e 40 mg; Benzafibrato de 200 mg e 400 mg; Ciprofibrato de 100 mg; Clofibrato de 360 mg; Etofibrato de 500 mg; Fenofibrato de 200 mg e 250 mg; Genfibrato (Genfibrozil) de 600 mg e 900 mg.

ANEXO II

TABELA DOS MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Portaria GM/MS nº 1.318, de 23 de julho de 2002 e Portaria SAS/MS nº 921, de 22 de novembro de 2002

36.000.00-0 - GRUPO 36 – MEDICAMENTOS

36.010.00-6 - SUBGRUPO 01 - ANTIANDROGÊNIOS

36.011.00-2 - ANTIANDROGÊNIOS

36.011.01-0	Acetato de Ciproterona - 50 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,61

36.020.00-1 - SUBGRUPO 02 - DEFICIÊNCIAS ENZIMÁTICAS

36.021.00-8 - DEFICIÊNCIAS ENZIMÁTICAS

36.021.01-6	Imiglucerase - 200 UI – injetável – por frasco/ampola
Valor do Procedimento	1.161,24

36.030.00-7 - SUBGRUPO 03 - OSTEOPOROSE

36.031.00-3 – OSTEOPOROSE

36.031.01-1	Bifosfonato - 10 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,21
36.031.02-0	Cloridrato de Raloxifeno – 60 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	2,57

36.040.00-2 – SUBGRUPO 04 - INIBIDORES DE PROLACTINA

36.041.00-9 – INIBIDORES DE PROLACTINA

36.041.01-7	Bromocriptina - 2,5 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,73
36.041.02-5	Bromocriptina - 2,5 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,73
36.041.03.3	Cabergolina - 0,5 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	15,90

36.050.00-8 – SUBGRUPO 05 – REGULADORES DE HOMEOSTASE MINERAL E METABOLISMO ÓSSEO

36.051.00-4 – REGULADORES DE HOMESOSTASE MINERAL

36.051.01-2	Calcitonina Sintética de Salmão - 200 UI – spray nasal – por frasco
Valor do Procedimento:	53,97
36.051.02-0	Calcitonina Sintética de Salmão – 100 UI – spray nasal – por frasco
Valor do Procedimento:	29,81
36.051.03-9	Calcitonina Sintética de Salmão - 50 UI – injetável – por ampola
Valor do Procedimento:	5,79
36.051.04-7	Calcitonina Sintética de Salmão - 100 UI – injetável – por ampola
Valor do Procedimento:	8,94

36.060.00-3 – SUBGRUPO 06 - ANTI HIPOCALCÊMICOS

36.061.00-0 - ANTIHIPOCALCÊMICOS

36.061.01-8	Calcitriol - 0,25 mcg – por cápsula
Valor do Procedimento:	0,65
36.061.02-6	Calcitriol - 1,0 g – injetável – por ampola
Valor do Procedimento:	2,86
36.061.03-4	Alfacalcidol - 0,25 mcg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,75
36.061.04-2	Alfacalcidol - 1,0 mcg – por comprimido
Valor do Procedimento:	2,86

36.070.00-2 – SUBGRUPO 07 – IMUNOMODULADORES/ IMUNOSSUPRESSORES

36.071.00-9 – IMUNOMODULADORES/IMUNOSSUPRESSORES

36.071.01-3	Ciclosporina - 100 mg – Solução oral 100 mg/ml – por frasco com 50 ml
Valor do Procedimento:	168,26
36.071.02-1	• Ciclosporina - 25 mg – por cápsula
Valor do Procedimento	0,80
36.071.03-0	Ciclosporina - 50 mg – por cápsula
Valor do Procedimento:	1,61
36.071.04-8	Ciclosporina - 100 mg – por cápsula
Valor do Procedimento:	3,07
36.071.05-6	Micofenolato Mofetil - 500 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	4,58
36.071.06-4	• Ciclosporina - 10 mg – por cápsula

Valor do Procedimento:	0,39
36.071.07-2	• Tacrolimus - 1 mg – por cápsula
Valor do Procedimento:	2,96
36.071.08-0	Tacrolimus - 5 mg – por cápsula
Valor do Procedimento:	14,72
36.071.09-9	• Azatioprina - 50 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,20
36.071.10-2	• Sirolimus solução oral - 1 mg/ml – por ml
Valor do Procedimento:	11,84
36.071.11-0	Infliximab – 10 mg - injetável – por ampola de 1 ml
Valor do Procedimento:	1.847,00
36.071.12-9	Metotrexato – 25 mg/ml - injetável – por ampola de 2 ml
Valor do Procedimento:	5,70
36.071.13-7	Metotrexato – 25 mg/ml – injetável – por ampola de 20 ml
Valor do Procedimento:	48,78
36.071.14-5	Leflunomide – 20 mg – por comprimido
Valor do Procedimento	4,51
36.071.15-3	Leflunomide – 100 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	22,53
36.071.16-1	Cloroquina – 150 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,38
36.071.17-0	• Sulfato de Hidroxicloroquina – 400 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,36

36.080.00-4 – SUBGRUPO 08 – ANTI PSICÓTICOS

36.081.00-0 – ANTI PSICÓTICOS

36.081.01-9	Clozapina - 100 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,98
36.081.02-7	Risperidona - 1 mg - por comprimido
Valor do Procedimento:	0,39
36.081.03-5	Risperidona - 2 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,66
36.081.04-3	Olanzapina - 5 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	3,26
36.081.05-1	Olanzapina - 10 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	6,51
36.081.06-0	• Clozapina - 25 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,39
36.081.07-8	Quetiapina - 25 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,20
36.081.08-6	Quetiapina - 100 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	4,03
36.081.09-4	Quetiapina - 200 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	7,26
36.081.10-8	Ziprasidona – 40 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	4,46
36.081.11-6	Ziprasidona – 80 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	7,43

36.090.00-0 – SUBGRUPO 09 – INIBIDORES DAS GONADOTROFINAS

36.091.00-6 – INIBIDORES DAS GONADOTROFINAS

36.091.01-4	Danazol - 100 mg – por cápsula
Valor do Procedimento:	0,79

36.100.00-5 – SUBGRUPO 10 – QUELANTES

36.101.00-1 – QUELANTES DO FERRO

36.101.01-0	Deferoxamina - 500 mg – injetável – por frasco
Valor do Procedimento:	14,71
36.101.02-8	Deferoxamina - 500 mg – injetável – por frasco
Valor do Procedimento:	14,71

36.102.00-8 – OUTROS QUELANTES

36.102.01-6	Penicilamina - 250 mg - por cápsula
Valor do Procedimento:	1,02
36.102.02-4	Trientina - 250 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	3,28
36.102.03-2	Hidrocloreto de Sevelamer – 400 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,37
36.102.04-0	Hidrocloreto de Sevelamer – 800 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	2,74

36.110.00-0 - SUBGRUPO 11 – DIABETES INSIPIDUS

36.111.00-7 – DIABETES INSIPIDUS

36.111.01-5	Acetato de Desmopressina - 0,1 mg/ml -aplic. nasal - por frasco 2,5 ml
Valor do Procedimento:	69,62

36.120.00-6 – SUBGRUPO 12 – FIBROSE CÍSTICA

36.121.00-2 – FIBROSE CÍSTICA

36.121.01-0	Dornase Alfa - 2,5 mg – por ampola
Valor do Procedimento:	44,75

36.130.00-1 – SUBGRUPO 13 - ENZIMAS PANCREÁTICAS

36.131.00-8 – ENZIMAS PANCREÁTICAS

36.131.02-4	Enzimas Pancreáticas – 4.000 UI – microg. c/ lib. entérica (lipase, amilase., prot.) com 4.000 UI de lipase – por cápsula
Valor do Procedimento:	0,55
36.131.03-2	Enzimas Pancreáticas – 4.500 UI – microg. c/ lib. Entérica (lipase, amilase., prot.) com 4.500 UI de lipase – por cápsula
Valor do Procedimento:	0,55
36.131.04-0	Enzimas Pancreáticas – 8.000 UI – microg. c/ lib. Entérica (lipase, amilase., prot.) com 8.000 UI de lipase – por cápsula
Valor do Procedimento:	0,55
36.131.05-9	Enzimas Pancreáticas – 12.000 UI – microg. c/ lib. Entérica (lipase, amilase., prot.) com 12.000 UI de lipase – por cápsula
Valor do Procedimento:	1,46
36.131.06-7	Enzimas Pancreáticas – 18.000 UI – microg. c/ lib. Entérica (lipase, amilase., prot.) com 18.000 UI de lipase – por cápsula
Valor do Procedimento:	1,76
36.131.07-5	Enzimas Pancreáticas – 20.000 UI – microg. c/ lib. Entérica (lipase, amilase., prot.) com 20.000 UI de lipase – por cápsula
Valor do Procedimento:	1,96

36.140.00-7 – SUBGRUPO 14 – ANTIANÊMICOS HORMONAIS

36.141.00-3 – ANTIANÊMICOS HORMONAIS

36.141.01-1	Eritropoetina Humana Recombinante - 1.000 U - injetável – por frasco/ampola
Valor do Procedimento:	6,86
36.141.02-0	Eritropoetina Humana Recombinante - 2.000 U – injetável – por frasco/ampola
Valor do Procedimento:	6,38
36.141.03-8	Eritropoetina Humana Recombinante - 3.000 U – injetável - por frasco/ampola
Valor do Procedimento:	10,22
36.141.04-6	Eritropoetina Humana Recombinante - 4.000 U – injetável - por frasco/ampola
Valor do Procedimento:	10,22
36.141.05-4	Eritropoetina Humana Recombinante - 10.000U – injetável – por frasco/ampola
Valor do Procedimento:	65,22

36.150.00-2 - SUBGRUPO 15 - ANTI PSORIÁTICOS

36.151.00-9 – ANTI PSORIÁTICOS

36.151.01-7	Acitretina - 10 mg – por cápsula
Valor do Procedimento:	1,53
36.151.02-5	Acitretina - 25 mg – por cápsula
Valor do Procedimento:	3,54

36.160.00-8 – SUBGRUPO 16 – ANÁLOGOS LHRH

36.161.00-4 – ANÁLOGOS LHRH

36.161.02-0	Goserelina - 3,60 mg – injetável – por frasco/ampola
Valor do Procedimento:	181,19
36.161.03-9	Triptorelina - 3,75 mg – injetável - por frasco/ampola
Valor do Procedimento:	181,19
36.161.04-7	Acetato de Leuprolida - 3,75 mg - injetável - por frasco
Valor do Procedimento:	181,19
36.161.05-5	Goserelina - 10,80 mg – injetável – por seringa pronta para administração.
Valor do Procedimento:	595,30

36.170.00-3 – SUBGRUPO 17 – ANTIANÊMICOS

36.171.00-0 – ANTIANÊMICOS

36.171.01-8	Hidróxido de Ferro Endovenoso – injetável – por frasco
Valor do Procedimento:	3,08

36.180.00-9 – SUBGRUPO 18 – IMUNOTERÁPICOS

36.181.00-5 – IMUNOTERÁPICOS

36.181.01-3	Imunoglobulina Humana Intravenosa - 500 mg - injetável - por frasco
Valor do Procedimento:	19,57
36.181.02-1	Imunoglobulina Humana Intravenosa - 2,5 g - injetável - por frasco
Valor do Procedimento:	77,58
36.181.03-0	Imunoglobulina Humana Intravenosa - 5,0 g - injetável - por frasco
Valor do Procedimento:	155,17
36.181.04-8	Imunoglobulina Humana Intravenosa - 1,0 g - injetável - por frasco
Valor do Procedimento:	31,03
36.181.05-6	Imunoglobulina Humana Intravenosa - 3,0 g - injetável - por frasco
Valor do Procedimento:	93,10
36.181.06-4	Imunoglobulina Humana Intravenosa - 6,0 g - injetável - por frasco
Valor do Procedimento:	155,17
36.181.07-2	Imunoglobulina da Hepatite B - 100 mg - injetável - por frasco
Valor do Procedimento:	70,00
36.181.08-0	Imunoglobulina da Hepatite B - 200 mg - injetável - por frasco
Valor do Procedimento:	140,00
36.181.09-9	Imunoglobulina da Hepatite B - 500 mg - injetável - por frasco
Valor do Procedimento:	350,00
36.181.10-2	Imunoglobulina da Hepatite B - 1000 mg - injetável - por frasco
Valor do Procedimento:	700,00

36.200.00-0 – SUBGRUPO 20 – ANTIEPILÉTICOS

36.201.00-6 – ANTIEPILÉTICOS

36.201.01-4	Lamotrigina - 100 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	2,04
36.201.02-2	• Vigabatrina - 500 mg - por comprimido
Valor do Procedimento:	1,06
36.201.03-0	Topiramato – 25 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,66
36.201.04-9	Topiramato – 50 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,30
36.201.05-7	Topiramato – 100 mg – por comprimido
Valor do Procedimento	2,49
36.201.06-5	Gabapentina – 300 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,28
36.201.07-3	Gabapentina – 400 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,56

36.210.00-5 – SUBGRUPO 21 – ESTIMULANTES HEMATOPOÉTICOS

36.211.001 – ESTIMULANTES – HEMATOPOETICOS

36.211.01-0	Molgramostima - 300 mcg / Lenograstima - 33,6 MUI / Filgrastima - 300 mg/mcg – injetáveis – por frasco
Valor do Procedimento:	62,46

36.220.00-0 – SUBGRUPO 22 – ANTI INFLAMATÓRIOS

36.221.00-7 – ANTI INFLAMATÓRIOS

36.221.01-5	Metilprednisolona - 500 mg – injetável – por ampola
Valor do Procedimento:	14,64

36.230.00-6 – SUBGRUPO 23 – DEFICIÊNCIAS HEMATOPOÉTICAS

36.231.00-2 – DEFICIÊNCIAS HEMATOPOÉTICAS

36.231.01-0	Octreotida - 0,1 mg/ml – injetável -por frasco/ampola
Valor do Procedimento:	21,52
36.231.02-9	Octreotida Lar - 10 mg – injetável -por frasco/ampola + diluentes – tratamento mensal
Valor do Procedimento:	1.369,62
36.231.03-7	Octreotida Lar - 20 mg – injetável -por frasco/ampola + diluentes – tratamento mensal
Valor do Procedimento:	2.106,97
36.231.04-5	Octreotida Lar - 30 mg – injetável - por frasco/ampola + diluentes – tratamento mensal
Valor do Procedimento:	2.844,37
36.231.05-3	Acetato de Lanreotida - 30 mg – por frasco/ampola
Valor do Procedimento:	1.556,01

36.250.00-7 – SUBGRUPO 25 - ANTIINFLAMATÓRIOS INTESTINAIS

36.251.00-3 – ANTI INFLAMATÓRIOS INTESTINAIS

36.251.01-1	Sulfassalazina - 500 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,31
36.251.02-0	Mesalazina - 400 mg – por comprimido
Valor do Procedimento	1,47
36.251.03-8	Mesalazina – 500 mg – por comprimido
Valor do Procedimento	2,04
36.251.04-6	Mesalazina – 3 g + diluente 100 ml (enema) – por dose
Valor do Procedimento:	16,03
36.251.05-4	Mesalazina – 250 mg – supositório – por supositório
Valor do Procedimento:	1,19
36.251.06-2	• Mesalazina – 1000 mg – supositório – por supositório
Valor do Procedimento:	6,21

36.260.00 - 2 SUBGRUPO 26 - HORMÔNIOS

36.261.00-9 – HORMÔNIOS DE CRESCIMENTO

36.261.01-7	Somatotrofina Recombinante Humana – 4 UI – injetável - por frasco/ampola
Valor do Procedimento:	15,68
36.261.02-5	Somatotrofina Recombinante Humana – 12 UI – injetável - por frasco/ampola
Valor do Procedimento:	46,76

36.262.00-5 - OUTROS HORMÔNIOS

36.262.01-3	Fludrocortisona – 0,1 mg – por comprimido
Valor do Procedimento	0,76
36.262.02-1	• Flutamida – 250 mg – por comprimido
Valor do Procedimento	1,29

36.270.00-8 - SUGRUPO 27 – BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES

36.271.00-4 - BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES

36.271.01-2	Toxina Tipo A de Clostridium Botulinum – 100 UI – injetável - por frasco/ampola
Valor do Procedimento:	258,67
36.271.02-0	Toxina Tipo A de Clostridium Botulinum – 500 UI – injetável - por frasco/ampola
Valor do Procedimento:	429,39

36.280.00-3 – SUBGRUPO 28 - ANTIVIRAIS

36.281.00-0 - ANTIVIRAIS

36.281.01-1	Ribavirina - 250 mg – por cápsula
Valor do Procedimento:	0,15
36.281.02-6	Interferon Alfa - 2a ou 2b - 3.000.000 UI – por frasco ampola injetável
Valor do Procedimento:	13,60
36.281.03-4	Interferon Alfa - 2a ou 2b - 4.500.000 ou 5.000.000 UI – por frasco ampola injetável
Valor do Procedimento:	27,87
36.281.04-2	Interferon Alfa - 2a ou 2b - 9.000.000 ou 10.000.000 UI - por frasco ampola injetável
Valor do Procedimento:	55,90
36.281.05-0	Interferon Alfa - Peguilado – Tratamento da Hepatite Viral Crônica C – por tratamento/paciente/mês
Valor do Procedimento:	1.600,00
36.281.06-9	Lamivudina – 100 mg – por comprimido
Valor do Procedimento	2,16
36.281.07-7	Lamivudina – 10 mg/ml – solução oral – frasco com 254 ml
Valor do Procedimento:	53,40

36.290.09-9 – SUBGRUPO 29 – ESCLEROSE MÚLTIPLA

36.291.00-5 – ESCLEROSE MÚLTIPLA – SURTO-REMISSÃO

36.291.01-3	Acetato de Glatiramer - 20 mg – por frasco ampola para injeção subcutânea + diluente + seringa/agulha
Valor do Procedimento:	58,56
36.291.02-1	Interferon Beta 1a - 3.000.000 UI (11 mcg) – injetável - por frasco/ampola
Valor do Procedimento:	139,89
36.291.03-0	Interferon Beta 1b - 9.600.000 UI (0,3 mg) - injetável - por frasco/ampola
Valor do Procedimento:	121,01
36.291.04-8	Interferon Beta 1a - 6.000.000 UI (22 mcg) – injetável - por seringa pré-preenchida
Valor do Procedimento:	224,90
36.291.05-6	Interferon Beta 1a - 12.000.000 UI (44 mcg) – injetável - por seringa pré-preenchida
Valor do Procedimento:	255,93
36.291.06-4	Interferon Beta 1a – 6.000.000 UI (30 mcg) – frasco ampola para injeção intramuscular + diluente + seringa/agulha – por frasco ampola
Valor do Procedimento:	446,80

36.300.00-7 - SUBGRUPO 30 – ACNE

36.301.00-0 - ACNE

36.301.01-9	Isotretinoína - 10 mg – uso oral – por cápsula
Valor do Procedimento:	1,37
36.301.02-7	Isotretinoína - 20 mg – uso oral – por cápsula
Valor do Procedimento:	2,53

36.310.00-0 - SUBGRUPO 31 – DOENÇA DE ALZHEIMER

36.310.00-0 – DOENÇA DE ALZHEIMER

36.311.01-4	• Rivastigmina - 1,5 mg – por cápsula gel dura
Valor do Procedimento:	2,58
36.311.02-2	Rivastigmina - 3 mg – por cápsula gel dura
Valor do Procedimento:	2,96
36.311.03-0	Rivastigmina - 4,5 mg – por cápsula gel dura
Valor do Procedimento:	3,36
36.311.04-9	Rivastigmina - 6 mg – por cápsula gel dura
Valor do Procedimento:	3,43
36.311.05-7	Rivastigmina - solução oral com 2,0 mg/ml – por frasco com 120 ml
Valor do Procedimento:	209,13
36.311.06-5	Donepezil - 5 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	6,55
36.311.07-3	Donepezil - 10 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	7,27

36.320.00-5 - SUBGRUPO 32 – HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO

36.321.00-1 – HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO

36.321.01-0	• Levotiroxina Sódica – 25 mcg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,05
36.321.02-8	Levotiroxina Sódica – 50 mcg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,06
36.321.03-6	Levotiroxina Sódica – 100 mcg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,09
36.321.04-4	Levotiroxina Sódica – 150 mcg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,12

36.330.00-0 – SUBGRUPO 33 – DOENÇA FALCIFORME

36.331.00-7 – DOENÇA FALCIFORME

36.331.01-5	Hidroxiuréia – 500 mg – por cápsula
Valor do Procedimento:	0,25

36.340.00-6 – SUGRUPO 34 – COMPLEMENTOS ALIMENTARES

36.341.00-2 – COMPLEMENTOS ALIMENTARES PARA FENILCETONÚRICOS

36.341.01-0	Complemento Alimentar para Fenilcetonúricos – Fórmula de Aminoácidos Isenta de Fenilalanina (para pacientes menores de 1 ano de idade) – lata – por grama
Valor do Procedimento:	0,13
36.341.02-9	Complemento Alimentar para Fenilcetonúricos – Fórmula de Aminoácidos Isenta de Fenilalanina (para pacientes maiores de 1 ano de idade) – lata – por grama
Valor do Procedimento:	0,20

36.350.00-1 – SUBGRUPO 35 – ANTI -PARKINSONIANOS

36.351.00-8 – ANTI –PARKINSONIANOS

36.351.01-6	Selegilina - 5 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,69
36.351.02-4	Selegilina - 10 mg – por comprimido
Valor do Procedimento	1,09
36.351.03-2	Levodopa - 250 mg + Carbidopa - 25 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,43
36.351.04-0	Levodopa - 200 mg + Carbidopa - 50 mg – Liberação Lenta ou Dispersível – por cápsula ou comprimido
Valor do Procedimento:	0,67
36.351.05-9	Levodopa - 100 mg + Benserazida - 25 mg – Liberação Lenta ou Dispersível – por cápsula ou comprimido
Valor do Procedimento	0,71
36.351.06-7	Levodopa - 200 mg + Benserazida - 50 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,97
36.351.07-5	Pergolida – 0,25 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,90
36.351.08-3	Pergolida – 1 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	4,30
36.351.09-1	Pramipexol – 0,125 mg – por comprimido
Valor do Procedimento	0,62
36.351.10-5	Pramipexol – 0,25 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,17
36.351.11-3	Pramipexol – 1 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	3,50
36.351.12-8	Tolcapone – 100 mg – por comprimido
Valor do Procedimento	2,36
36.351.13-0	Tolcapone – 200 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	3,36
36.351.14-8	Entacapone – 200 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	2,28
36.351.15-6	Triexifenidila – 5 mg – por comprimido
Valor do Procedimento	0,13
36.351.16-4	Biperideno – 2 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,10
36.351.17-2	Biperideno – 4 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,20
36.351.18-0	Amantadina – 100 mg – por comprimido
Valor do Procedimento	

36.360.00-7 – SUBGRUPO 36 – ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

36.361.00-3 – ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

36.361.01-1	• Riluzol – 50 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	12,26

36.370.00-2 – SUBGRUPO 37 – OPIÁCEOS

36.371.00-9 - OPIÁCEOS

36.371.01-7	Sulfato de Morfina – 10 mg /ml – por ampola com 1 ml
Valor do Procedimento:	1,40
36.371.02-5	Sulfato de Morfina – 10 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,22
36.371.03-3	Sulfato de Morfina – 30 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,49
36.371.04-1	Sulfato de Morfina LC – 30 mg – por cápsula
Valor do Procedimento:	0,57
36.371.05-0	Sulfato de Morfina LC – 60 mg – por cápsula
Valor do Procedimento:	0,83

36.371.06-8	Sulfato de Morfina LC – 100 mg – por cápsula
Valor do Procedimento	1,19
36.371.07-6	Sulfato de Morfina – 10 mg/ml – solução oral – por frasco com 60 ml
Valor do Procedimento	12,00
36.371.08-4	Cloridrato de Metadona – 5 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,24
36.371.09-2	Cloridrato de Metadona – 10 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,48
36.371.10-6	Cloridrato de Metadona – 10 mg /ml - injetável – por ampola com 1 ml
Valor do Procedimento	1,66
36.371.11-4	Fosfato de Codeína – 30 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,45
36.371.12-2	Fosfato de Codeína – 60 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,75
36.371.13-0	Fosfato de Codeína – 30 mg /ml – solução oral – por frasco com 120 ml
Valor do Procedimento:	16,07
36.371.14-9	Fosfato de Codeína – 30 mg/ml – por ampola com 2 ml
Valor do Procedimento	3,06

36.380.00-8 – SUBGRUPO 38 – ESTATINAS

36.381.00-4 – ESTATINAS

36.381.01-2	Atorvastatina – 10 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,67
36.381.02-0	Atorvastatina – 20 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	2,94
36.381.03-9	Pravastatina – 10 mg – por comprimido
Valor do Procedimento	0,71
36.381.04-7	Pravastatina – 20 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,03
36.381.05-5	Pravastatina – 40 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	2,18
36.381.06-3	Sinvastatina – 5 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,53
36.381.07-1	Sinvastatina – 10 mg – por comprimido
Valor do Procedimento	0,78
36.381.08-0	Sinvastatina – 20 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,95
36.381.09-8	Sinvastatina – 40 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,82
36.381.10-1	Sinvastatina – 80 mg – por comprimido
Valor do Procedimento	1,73
36.381.11.0	Fluvastatina – 20 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,12
36.381.12.8	Fluvastatina – 40 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,37
36.381.13.6	Lovastatina – 10 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,55
36.381.14.4	Lovastatina – 20 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,82
36.381.15.2	Lovastatina – 40 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,40

36.390.00-3 - SUBGRUPO 39 – ANTI-ASMÁTICOS

36.391.00-0 – ANTI-ASMÁTICOS

36.391.01-8	Sulfato de Salbutamol – 100 mcg – dose – aerosol 200 doses
Valor do Procedimento	9,23
36.391.02-6	Bromidrato de Fenoterol – 0,2 mg – dose – aerosol 200 doses – 15 ml - c/adaptador
Valor do Procedimento:	6,72
36.391.03-4	Bromidrato de Fenoterol – 2 mg/ml – aerosol – 10 ml + bocal
Valor do Procedimento:	7,77
36.391.04-2	Dipropionato de Beclometasona – 50 mcg – lata/frasco – nasal – 200 doses
Valor do Procedimento:	14,26
36.391.05-0	Dipropionato de Beclometasona – 50 mcg – lata/frasco – oral (aerosol) – 200 doses
Valor do Procedimento:	9,06
36.391.06-9	Dipropionato de Beclometasona – 250 mcg – spray – 200 doses
Valor do Procedimento	26,60
36.391.07-7	Dipropionato de Beclometasona – 100 mcg – pó inalante – com dispositivo inalador – 100 doses
Valor do Procedimento:	7,56
36.391.08-5	Dipropionato de Beclometasona – 200 mcg – pó inalante – com dispositivo inalador – 100 doses
Valor do Procedimento:	15,13
36.391.09-3	Dipropionato de Beclometasona – 400 mcg – pó inalante – com dispositivo inalador – 100 doses
Valor do Procedimento	26,30
36.391.10-7	Fumarato de Formoterol – 6 mcg – pó inalante – 60 doses
Valor do Procedimento:	40,00
36.391.11-5	Fumarato de Formoterol – 12 mcg – pó inalante – 60 doses
Valor do Procedimento	44,65
36.391.12-3	Fumarato de Formoterol – 12 mcg – aerosol - 5 ml – 50 jatos
Valor do Procedimento:	56,44
36.391.13-1	Fumarato de Formoterol – 12 mcg – cápsula – com 30 cápsulas pó inalante, com inalador
Valor do Procedimento:	21,38
36.391.14-0	Fumarato de Formoterol – 12 mcg – cápsula – com 60 cápsulas pó inalante , com inalador
Valor do Procedimento:	37,29
36.391.15-8	Fumarato de Formoterol – 12 mcg - cápsula – com 30 cápsulas pó inalante, sem inalador
Valor do Procedimento	18,00
36.391.16-6	Fumarato de Formoterol – 12 mcg - cápsula – com 60 cápsulas pó inalante, sem inalador
Valor do Procedimento	29,16
36.391.17-4	Xinafoato de Salmeterol – 50 mcg – pó inalante – 60 doses
Valor do Procedimento:	35,25
36.391.18-2	Budesonida – 32 mcg – suspensão nasal – 120 doses
Valor do Procedimento:	9,83
36.391.19-0	Budesonida – 50 mcg – suspensão nasal – 200 doses
Valor do Procedimento:	21,44
36.391.20-4	Budesonida – 64 mcg – suspensão nasal – 120 doses
Valor do Procedimento	17,40
36.391.21-2	Budesonida – 100 mcg – suspensão nasal – 200 doses
Valor do Procedimento:	33,14
36.391.22-0	Budesonida – 0,050 mg – aerosol nasal - com 10 ml

36.400.00-9 – SUBGRUPO 40 – ANTIBIÓTICOS

36.401.00-5– ANTIBIÓTICOS

36.401.01-3	Cloridrato de Ciprofloxacina – 250 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,98
36.401.02-1	Cloridrato de Ciprofloxacina – 500 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	1,12

36.410.00.4 – SUBGRUPO – 41 FIBRATOS

36.411.00.0 - FIBRATOS

36.411.01.9	Bezafibrato – 200 mg – por drágea
Valor do Procedimento:	0,65
36.411.02.7	Bezafibrato – 400 mg – por drágea retard
Valor do Procedimento:	0,98
36.411.03.5	Ciprofibrato – 100 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	0,86
36.411.04.3	Clofibrato – 360 mg – por drágea
Valor do Procedimento:	0,14
36.411.05.1	Etofibrato – 500 mg – por cápsula
Valor do Procedimento:	1,65
36.411.06.0	Fenofibrato – 200 mg – por cápsula
Valor do Procedimento:	0,89
36.411.07.8	Fenofibrato – 250 mg – por cápsula retard
Valor do Procedimento:	0,89
36.411.08.6	Genfibrato (Genfibrozila) – 600 mg – por cápsula ou comprimido
Valor do Procedimento:	1,02
36.411.09.4	Genfibrato (Genfibrozila) – 900 mg – por comprimido
Valor do Procedimento:	2,47

ANEXO III

**MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS
VALOR DE COMPRA INFORMADO PELOS ESTADOS
LEVANTAMENTO REALIZADO PELO DSRA/SAS/MS EM MARÇO/2002**

ACETATO DE CITROTERONA 50 mg - POR COMPRIMIDO								
FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 319.677			VLR. TABELA		2,19		319.677	
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
CE	1,96	4,7742%				AC, BA	2,50	0,1376%
ES	2,09	5,5387%				AL, PB	2,52	4,0234%
GO	1,79	0,4664%				AP, DF	2,60	10,2350%
PR	1,91	2,6833%				AM	3,74	0,0751%
RJ	1,47	5,0892%				MA, PA	2,80	1,1189%
SP	1,53	48,4918%				MS, MT, PE	2,44	2,4243%
						MG	2,45	1,9507%
						RN	2,78	0,2162%
						RS	4,33	11,9549%
						TO	3,58	0,6478%
VALOR MÉDIO	1,62							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		67,0436%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		32,7840%

IMIGLUCERASE 200 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 33.870			VLR. TABELA	1.089,37	33.870
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
						AC, CE	1.991,30	0,4133%
						AM	4.480,00	0,5196%
						BA	2.037,96	0,1151%
						ES	1.968,70	0,8355%
						MT, SC	2.060,90	3,0853%
						MG, PA	1.776,00	25,1845%
						PR	1.760,98	3,7910%
						PE, RJ	1.771,00	21,6061%
						RS	2.032,80	7,6115%
						TO	1.700,00	0,6141%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQUÊNCIA		0,000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		63,7762%

BIFOSFONATOS - 10 mg - POR COMPRIMIDO			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 3.671.269			VLR. TABELA	0,45	3.671.269
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
AC, MA	0,35	18,9000%				AM	1,49	1,2913%
AP, GO, PA	0,22	10,9352%				MS, RS	0,65	10,5971%
CE	0,17	13,8803%				TO	1,30	0,1709%
DF	0,15	4,8847%						
MG	0,21	8,0979%						
PR	0,20	0,0386%						
RN	0,26	3,6191%						
VALOR MÉDIO	0,24							
% TOTAL FREQUÊNCIA		60,3558%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		12,0593%

BROMOCRIPTINA 2,5 mg - COMPRIMIDO			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 2.281.335			VLR. TABELA	0,98	2.281.335
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
CE	0,74	5,0287%	AM	0,98	0,3674%	AC,RO	1,39	0,0000%
MA, MS	0,84	2,4903%				AP, GO	1,29	0,9380%
PE, RJ	0,75	9,8397%				BA,MT,PA,SC	1,08	4,1782%
RN	0,89	0,3991%				ES	1,28	3,1844%
SP	0,82	41,8686%				MG	1,15	13,7211%
						PR	1,04	1,0697%
						PI	1,1	0,5469%
						RS, RR	1,21	11,8379%
						SE	1,85	0,1367%
						TO	1,26	0,0750%
VALOR MÉDIO	0,80							
% TOTAL FREQUÊNCIA		59,6264%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,3674%	% TOTAL FREQUÊNCIA		35,6879%

CALCITONINA SINTÉTICA DE SALMAO 200 UI - SPRAY NASAL - POR FRASCO			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 128.516			VLR. TABELA	65,82	128.516
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
CE, PA	62,00	11,8320%	AC, MS	65,82	0,1953%	AL, PB	86,96	10,0244%
MA, PE	61,41	1,1181%				AM	78,74	2,1647%
MG, SP	65,00	27,9522%				ES	73,09	27,3989%
PR	62,99	0,0599%				GO	120,00	4,9426%
RN	56,37	1,4784%				RS, RR	88,55	2,6503%
RJ	57,26	0,7470%				RO	94,30	0,0490%
						TO	101,19	4,1022%
VALOR MÉDIO	63,65							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		43,1876%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,1953%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		51,3321%

CALCITONINA SINTÉTICA DE SALMAO 100 UI - SPRAY NASAL - POR FRASCO			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 14.627			VLR. TABELA	40,35	14.627
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
						BA	56,45	0,0000%
						GO, MS, PA	50,90	4,5259%
						RS	48,52	46,1270%
						TO	56,87	0,1743%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		50,8272%

CALCITONINA SINTÉTICA DE SALMAO 50 UI - INJETÁVEL - POR AMPOLA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 12.762			VLR. TABELA	6,63	12.762
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
						AL, PA, PB	10,4	0,1175%
						MG, RS	7,07	82,6360%
						RN	7,06	0,3526%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		83,1061%

CALCITONINA SINTÉTICA DE SALMAO 100 UI - INJETÁVEL - POR AMPOLA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 42.811			VLR. TABELA	10,90	42.811
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
SP	10,80	67,0669%				PA, RS	11,14	31,2817%
VALOR MÉDIO	10,80							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		67,0669%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		31,2817%

CALCITRIOL 0,25 mcg - POR CÁPSULA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 10.861.533			VLR. TABELA	0,83	10.861.533
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
AP, AC	0,74	0,0378%						
BA	0,72	4,1518%						
DF	0,76	1,0675%						
MG	0,69	0,8086%						
PR, RN	0,80	6,2925%						
PI	0,73	1,4716%						
RS	0,79	19,2264%						
SP	0,66	17,4005%						
VALOR MÉDIO	0,74							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		50,4567%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%

CALCITRIOL 1,0 mcg - INJETÁVEL - POR AMPOLA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 84.049			VLR. TABELA	3,49	84.049
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
PR	3,47	0,2522%				AL, PB	10,58	9,6932%
						AP, CE	6,91	0,0571%
						GO	12,70	0,0000%
						MG	5,55	32,9974%
						SP	7,74	27,2436%
VALOR MÉDIO	3,47							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,2522%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		69,9913%

ALFACALCIDOL 0,25 mcg - POR COMPRIMIDO			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 2.156.236			VLR. TABELA	0,91	2.156.236
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
BA	0,90	5,5320%				ES	1,45	0,0176%
MG	0,81	22,1361%				GO	1,15	0,6154%
PR	0,88	22,1295%				RN	1,10	2,5488%
RS	0,89	4,2955%						
SP	0,66	0,2940%						
VALOR MÉDIO	0,85							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		54,3871%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		3,1818%

ALFACALCIDOL 1,0 mcg - POR COMPRIMIDO			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 14.560			VLR. TABELA	3,49	14.560
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
			MG, SP	3,49	22,5962%	GO	4,07	7,8984%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		22,5962%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		7,8984%

CICLOSPORINA 100 mg/ml - SOLUCAO ORAL - POR FRASCO COM 50 ml			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 13.676			VLR. TABELA	228,00	13.676
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
AP, CE, RN	225,00	0,9579%	RR	228,00	0,4607%	AC, RO	229,20	1,2942%
ES, MT, PE	226,64	4,2410%				BA	254,00	0,5557%
MS	180,00	1,4990%				GO	292,00	0,5338%
MG	209,00	17,0883%				RJ	240,00	1,2869%
PR	163,00	7,1878%				CE	303,00	0,7751%
RS	164,68	7,2975%						
SC	226,64	2,0839%						
SP	200,00	52,2302%						
VALOR MÉDIO	197,76							
% TOTAL FREQUÊNCIA		92,5856%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,4607%	% TOTAL FREQUÊNCIA		4,4457%

CICLOSPORINA 25 mg - CÁPSULA			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 3.168.784			VLR. TABELA	1,23	3.168.784
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
BA	0,89	2,2258%						
CE	0,93	8,7059%						
DF	0,77	3,0922%						
MG	0,98	11,9093%						
PE	0,90	3,2983%						
RN	1,18	0,2689%						
RS	0,78	8,6032%						
RJ	0,90	8,6464%						
SP	1,00	33,4966%						
VALOR MÉDIO	0,94							
% TOTAL FREQUÊNCIA		80,2466%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%

CICLOSPORINA 50 mg - CÁPSULA			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 4.013.197			VLR. TABELA	2,46	4.013.197
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
BA	1,79	1,9466%				AL, PB	2,73	1,0782%
DF	1,56	2,1187%				AM	2,55	1,0441%
MA	2,25	0,3828%				CE	2,83	7,0958%
MG	1,96	10,9952%				ES	2,50	1,4974%
PE, RJ	1,70	9,4658%				GO	3,19	1,9093%
RN	2,38	0,2472%				MS	2,90	1,2240%
RS	1,57	8,9397%				MT, SC	2,65	5,7843%
SP	2,00	37,7059%				PR	2,64	6,9854%
						PI	2,52	0,3801%
						SE	2,70	0,2898%
VALOR MÉDIO	1,88					TO	2,99	0,0762%
% TOTAL FREQUÊNCIA		71,8019%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		27,3646%

CICLOSPORINA 100 mg - CÁPSULA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 7.039.682			VLR. TABELA	4,93	7.039.682
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
SP	2,48	37,4094%				AL, PB	5,46	0,8582%
BA	3,57	1,6521%				AM, MA	5,12	0,9698%
CE, RN	4,76	4,8398%				ES, MT, PI, SC	5,04	7,9257%
DF	3,14	2,5230%				GO	6,59	2,3138%
MG	3,95	12,2858%				MS	5,80	1,0844%
PE, RJ	3,20	8,7406%				PA	5,89	0,7212%
RS	3,75	10,2299%				PR	3,95	7,8990%
						TO	5,89	0,1001%
VALOR MÉDIO	3,15							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		77,6806%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		21,8722%

MICOFENOLATO MOFETIL 500 mg - POR COMPRIMIDO			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 4.016.041			VLR. TABELA	4,88	4.016.041
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
						AC, MT, SC	6,53	5,4412%
						AL, AM, PB, PI	6,92	2,6425%
						BA	6,57	2,1089%
						CE, ES, RR	6,59	9,1076%
						DF	7,32	2,3060%
						GO	7,20	2,3227%
						MA, PE	6,67	2,2064%
						MS	6,75	1,5884%
						MG	6,47	5,6956%
						PR	6,97	10,3856%
						RN	8,72	0,0896%
						RS	6,78	2,8968%
						RJ	6,98	9,5234%
						RO	8,36	0,0152%
						SP	6,26	42,6213%
						SE	5,59	0,4027%
						TO	9,57	0,0941%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		99,4480%

CICLOSPORINA 10 mg - POR CÁPSULA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 76.199			VLR. TABELA	0,48	76.199
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
PR	0,37	19,5751%				MG	0,97	7,0683%
						RN	0,68	0,0000%
						RS	0,49	0,3543%
						SP	0,51	8,0382%
VALOR MÉDIO	0,37							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		19,5751%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		15,4608%

TACROLIMUS 1mg - POR CÁPSULA			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 1.434.877			VLR. TABELA	3,61	1.434.877
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
			AC,AL,BA,CE,			AM	4,44	0,4941%
			ES,MG PB,PE,	3,61	30,3410%	DF	5,61	0,9990%
			PI,RJ			GO	4,69	4,4301%
						MS	4,00	0,4640%
						MT	3,77	0,0000%
						PR,RS,SP,SE	3,79	61,5835%
						RO, RR	5,63	0,0335%
						SC	6,20	1,5794%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		30,3410%	% TOTAL FREQUÊNCIA		69,5836%

TACROLIMUS 5 mg - POR CÁPSULA			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 332.909			VLR. TABELA	17,95	332.909
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
			AL, BA, CE, ES,			AC, SP	18,95	44,9459%
			MT, MG, PB, PE,	17,95	32,3124%	AM	22,19	1,3112%
			PI, RJ			DF	28,09	1,1685%
						GO, RN	22,90	5,0254%
						MS	20,00	0,5767%
						PR, RS, SE	18,84	13,8966%
						RO	28,17	0,0180%
						RR, SC	31,00	0,7452%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		32,3124%	% TOTAL FREQUÊNCIA		67,6875%

AZATIOPRINA - 50 mg - POR COMPRIMIDO			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 9.150.878			VLR. TABELA	0,25	9.150.878
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
MG, PE, RJ, SC	0,24	27,6313%	AC, MT, PR	0,25	8,6809%	AL, PB	0,71	0,5896%
SP	0,22	35,7952%				AM	1,68	0,6546%
						BA	1,22	1,7388%
						DF	0,65	3,1243%
						ES	0,94	3,1640%
						GO	0,89	3,1654%
						MS, PI	0,78	1,6579%
						RN	0,86	0,4850%
						RS	0,72	9,7557%
						RO, RR	1,07	0,1132%
						TO	1,10	0,0546%
						SE	1,23	0,1025%
VALOR MÉDIO	0,23							
% TOTAL FREQUÊNCIA		63,4265%	% TOTAL FREQUÊNCIA		8,6809%	% TOTAL FREQUÊNCIA		24,6056%

SIROLIMUS - SOLUÇÃO ORAL - 1mg/ml - POR ml			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 0,00			VLR. TABELA	11,84	0
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%

CLOZAPINA 100 mg - POR COMPRIMIDO			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 2.056.987			VLR. TABELA	2,41	2.056.987
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
AC, RS	2,30	6,8766%	MT	2,41	0,0000%	AL, DF, PB	2,86	3,7080%
BA	2,00	2,6233%				CE	2,61	11,0365%
MA, PE	1,70	3,2678%				ES	2,62	4,6101%
RJ	1,80	5,4612%				GO, PR	2,49	7,4215%
SP	2,40	31,4810%				MS	2,48	0,6996%
						MG, PI	2,44	18,4889%
						RN	2,43	0,1400%
						RO	2,27	0,0314%
						RR	3,27	0,0000%
						SC	3,25	1,9888%
						SE	4,14	0,0102%
						TO	2,57	0,8051%
VALOR MÉDIO	2,25							
% TOTAL FREQUÊNCIA		49,7099%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		48,9401%

RISPERIDONA 1 mg - POR COMPRIMIDO			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 403.793			VLR. TABELA	0,57	403.793
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
						AM	0,76	0,6550%
						PR	0,77	0,1486%
						TO	0,70	2,5112%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		3,3148%

RISPERIDONA 2 mg - POR COMPRIMIDO			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 3.045.377			VLR. TABELA	0,98	3.045.377
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
BA	0,27	1,9991%	RR	0,98	0,0000%	AC	1,10	0,0000%
DF, RJ	0,13	4,4053%				AL, PB	1,40	4,0860%
ES	0,19	1,7679%				AM	1,58	0,5648%
GO, SP	0,15	60,7923%				CE	1,96	5,0601%
MA, PE	0,77	1,5836%				RO	1,34	0,1093%
MS	0,78	0,9742%				SE, TO	1,10	1,0937%
MG	0,81	10,4101%						
PR	0,11	2,4145%						
RN	0,69	2,8926%						
RS	0,12	0,8303%						
VALOR MÉDIO	0,27							
% TOTAL FREQUÊNCIA		88,0699%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		10,9139%

OLANZAPINA 5 mg - POR COMPRIMIDO			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 509.856			VLR. TABELA	3,06	509.856
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
			RR	3,06	0,0000%	AC, ES	4,56	4,0970%
						AL, PB, RN	5,20	6,1849%
						AM	4,95	1,1125%
						BA	4,52	3,6797%
						CE	5,10	2,2051%
						GO	5,90	7,7300%
						MG	4,50	5,3590%
						PR	4,80	0,2728%
						RS	4,79	0,0706%
						RO	6,21	0,1345%
						SP	4,30	58,3108%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		89,1569%

OLANZAPINA 10 mg - POR COMPRIMIDO			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 1.752.400			VLR. TABELA	6,11	1.752.400
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
						AC, CE	10,24	1,3939%
						AL, PB	10,41	1,1826%
						AM	9,53	0,4772%
						BA	9,05	2,7972%
						DF	13,98	3,0911%
						ES	9,19	7,6786%
						GO	12,96	9,7320%
						MS	12,59	2,0640%
						MT	9,90	0,8038%
						MG	9,00	20,4678%
						PR	9,50	0,6376%
						PE, RJ, RR	9,10	6,3256%
						RN, SE	9,15	1,8873%
						RS	9,89	0,3108%
						RO	12,42	0,1260%
						SP	8,50	38,1840%
						TO	15,49	0,1880%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		97,3475%

CLOZAPINA 25 mg - POR COMPRIMIDO			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 11.514			VLR. TABELA	0,60	11.514
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
MG	0,53	0,0000%	PR, SP	0,60	46,6736%	BA	0,70	14,8515%
RS	0,55	0,0000%						
VALOR MÉDIO	0,54	média simples						
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		46,6736%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		14,8515%

DANAZOL 100 mg - POR CÁPSULA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 606.264			VLR. TABELA	0,96	606.264
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
						GO	2,00	0,4618%
						MT, RS, RR	1,34	8,0750%
						MG	1,09	78,9128%
						PR	1,35	1,9478%
						RN	1,48	0,1501%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		89,5475%

DEFEROXAMINA 500 mg - INJETÁVEL - POR FRASCO			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 211.798			VLR. TABELA	17,94	211.798
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
RN	17,68	0,0194%	MT	17,94	0,3352%	AC, RJ	19,00	1,0529%
RS	9,98	0,3225%				AL, PB	21,12	0,2705%
						CE	20,10	0,8400%
						GO	30,00	2,0534%
						MA	17,99	0,4514%
						MG, PE	18,39	6,7314%
						PR	19,14	6,3084%
						RO	22,92	0,0000%
						RR, SP	19,36	75,9101%
						SC	26,50	0,6053%
VALOR MÉDIO	10,42							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,3419%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,3352%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		94,2234%

PENICILINAMINA 250 mg - POR CÁPSULA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 323.410			VLR. TABELA	1,24	323.410
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
RS	0,56	12,4208%	RR	1,24	0,0000%	AC, MG	1,29	17,9790%
						AL, BA, PB	1,89	1,7424%
						AM, PR	1,70	9,5615%
						CE	1,67	6,9587%
						GO	1,58	1,0760%
						MT, PE, RJ	1,75	5,4884%
						RO	1,64	0,1422%
						SC	1,94	6,5706%
VALOR MÉDIO	0,56							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		12,4208%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		49,5188%

ACETATO DE DESMOPRESSINA 0,1 mg/ml - NASAL - POR FRASCO COM 2,5 ml			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 51.970			VLR. TABELA	72,40	51.970
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
			MG	72,40	28,3702%	AC, SP	84,90	30,1713%
						AL, PB	95,99	1,2257%
						AM	93,17	0,4272%
						BA	88,74	0,6485%
						CE, MT	85,73	7,1522%
						ES	89,73	2,4379%
						GO	107,86	1,2526%
						PR	106,50	3,5213%
						PE, RS, RR	89,80	11,5586%
						RN	129,00	0,3521%
						RJ	87,92	2,9575%
						RO	107,47	0,0770%
						SC	109,29	5,7341%
						SE	122,67	0,1347%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		28,3702%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		67,6507%

DORNASE ALFA 2,5 mg - POR AMPOLA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 130.038			VLR. TABELA	53,80	130.038
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
						BA	60,83	10,9099%
						CE,MT,PE,S C	57,84	8,4037%
						DF, SE	58,42	2,8907%
						ES	62,27	4,3141%
						GO	63,80	0,4153%
						MG	58,54	9,0897%
						PR, RS	60,73	16,4552%
						RN	57,20	0,3922%
						RJ	64,44	9,5657%
						SP	54,58	34,7306%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		97,1671%

ENZ.PANCR.MICROG.C/LIB. ENTER. 4000 UI DE LIPASE - CÁPSULA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 4.075.648			VLR. TABELA	0,67	4.075.648
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
BA	0,66	1,0121%	PR,PE,RS,RJ,	0,67	42,0512%	ES, MS, MT	0,81	6,9806%
MG	0,64	3,6618%	CE			GO	0,84	0,1257%
SP	0,54	35,1281%				SC	1,10	7,0986%
						TO	1,68	0,0883%
VALOR MÉDIO	0,55							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		39,8020%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		42,0512%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		14,2932%

ENZ.PANCR.MICROG.C/LIB. ENTER. 4500 UI DE LIPASE - CÁPSULA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 24.424			VLR. TABELA	0,67	24.424
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
PR	0,51	15,9024%	SP	0,67	0,0000%			
VALOR MÉDIO	0,51							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		15,9024%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%

ENZ.PANCR.MICROG.C/LIB. ENTER. 8000 UI DE LIPASE - CÁPSULA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 685.452			VLR. TABELA	0,67	685.452
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
			SP	0,67	99,9198%	MS	0,90	0,0000%
						RN	0,78	0,0802%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		99,9198%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0802%

ENZ.PANCR.MICROG.C/LIB. ENTER. 12000 UI DE LIPASE - CÁPSULA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 209.797			VLR. TABELA	1,78	209.797
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
			BA	1,78	5,7436%	CE	2,41	1,6282%
						ES, RS	1,85	0,0000%
						PR	1,93	68,9238%
						SP, SE	2,24	20,5823%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		5,7436%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		91,1343%

ENZ.PANCR.MICROG.C/LIB. ENTER. 18000 UI DE LIPASE - CÁPSULA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 70.543			VLR. TABELA	2,15	70.543
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
						BA	2,75	8,2219%
						CE	3,04	5,0296%
						ES	2,24	0,0000%
						PR	2,53	83,9063%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		97,1578%

ENZ.PANCR.MICROG.C/LIB. ENTER. 20000 UI DE LIPASE - CÁPSULA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 57.537			VLR. TABELA	2,39	57.537
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
						CE	3,33	15,1867%
						SP	2,99	79,2864%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		94,4731%

ERITROPOET.HUMANA RECOMBIN.1000 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 39.837			VLR. TABELA	11,35	39.837
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
GO	9,87	1,1873%				CE	12,20	45,8293%
MG	4,98	3,4214%						
PR	9,19	40,1185%						
RS	9,67	0,7430%						
SP	10,85	5,8313%						
VALOR MÉDIO	9,12							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		51,3015%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		45,8293%

ERITROPOET.HUMANA RECOMBIN.2000 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 624.888			VLR. TABELA	11,35	624.888
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
AL, PB	9,49	0,0000%				CE	16,51	9,2537%
BA	7,77	37,3280%				ES	14,63	13,9150%
GO	11,26	0,3137%				MT, RS	11,73	2,3193%
MG	9,95	2,3396%				SC	12,03	0,4298%
PR	9,69	13,4995%						
RN	9,82	0,4175%						
SP	9,07	9,4820%						
VALOR MÉDIO	8,48							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		63,3803%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		25,9178%

ERITROPOET.HUMANA RECOMBIN.3000 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 333.886			VLR. TABELA	21,00	333.886
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
GO	17,27	14,9590%	SP	21,00	33,0023%	CE	24,70	24,8249%
MG	14,93	0,4738%				MT, SC	24,30	12,8888%
RS	12,88	3,0382%				RN	22,63	0,0000%
VALOR MÉDIO	16,49							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		18,4710%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		33,0023%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		37,7137%

ERITROPOET.HUMANA RECOMBIN.4000 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 2.317.231			VLR. TABELA	21,00	2.317.231
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
AL, PB	18,98	5,0172%	AC	21,00	0,0438%	AM	38,33	1,7641%
MT, SC	14,00	4,9342%				CE	25,26	1,9244%
MG	19,90	9,5773%				DF, RS	21,87	7,8369%
PR	9,87	4,0942%				GO	21,24	0,7607%
PE, RJ	9,98	26,6677%				MA	27,80	3,1532%
RN	15,34	2,0277%				MS	23,00	1,6257%
SP	14,05	27,0139%				RO, RR	27,00	0,2414%
SE	18,30	1,1060%				TO	35,01	0,4697%
VALOR MÉDIO	13,58							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		80,4382%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0438%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		17,7761%

ERITROPOET.HUMANA RECOMBIN.10000 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 5.027			VLR. TABELA		96,12	5.027
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA			
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	
RN	86,79	4,5156%				CE	115,90	0,0000%	
RS	93,47	36,9604%				GO	110,00	0,0000%	
SP	80,00	37,7362%							
VALOR MÉDIO	86,67								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		79,2158%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	

ACITRETINA 10 mg - POR CÁPSULA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 1.390.333			VLR. TABELA		1,97	1.390.333
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA			
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	
BA	1,95	1,1904%	AC	1,97	0,0892%	AL, PB, PE, RJ	2,04	15,7289%	
ES	1,81	0,2978%				CE	2,00	11,0637%	
GO	1,82	0,7071%				MT, SC	1,98	4,8831%	
MA	1,87	0,2194%				RO, RR	2,37	0,1712%	
MG, SE	1,85	14,8200%							
PR	1,84	4,7368%							
RN	1,86	0,9091%							
RS	1,93	11,0465%							
SP	1,80	27,0429%							
VALOR MÉDIO	1,84								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		60,9700%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0892%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		31,8469%	

ACITRETINA 25 mg - POR CÁPSULA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 306.817			VLR. TABELA		4,32	306.817
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA			
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	
			CE	4,32	0,1141%	BA	4,96	1,5954%	
						GO	4,41	1,3106%	
						MT, PR, SC	4,45	13,9536%	
						MG, SP	4,50	65,8663%	
						RS	4,81	0,7659%	
						SE	4,49	2,2978%	
						TO	6,48	0,0684%	
VALOR MÉDIO									
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,1141%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		85,8580%	

GOSERELINA 3,60 mg - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 34.386			VLR. TABELA	220,97	34.386
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
CE, SE	220,00	8,2185%				AM	320,50	0,0814%
ES	208,00	0,4973%				BA	326,36	0,1367%
PR	215,98	7,5321%				GO	281,99	2,5272%
SP	219,70	21,6600%				MA	257,40	0,0000%
						MT, SC	296,40	3,3851%
						MG, PE	231,05	8,1021%
						RN	231,22	1,5413%
						RS	302,90	13,4764%
						RJ	322,97	12,1968%
						TO	281,00	0,2617%
VALOR MÉDIO	218,87							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		37,9079%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		41,7088%

TRIPTORELINA 3,75 mg - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 17.928			VLR. TABELA	220,97	17.928
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
SP	219,70	57,5580%				AC, RS	261,77	3,5810%
						AL, PB	290,00	0,0000%
						GO	281,99	10,1573%
						MS	329,00	3,3579%
						RN	289,00	6,8329%
						RO, RR	368,72	0,5187%
						TO	279,00	2,3706%
VALOR MÉDIO	219,70							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		57,5580%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		26,8184%

ACETATO DE LEUPROLIDA 3,75 mg - INJETÁVEL - POR FRASCO			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 46.750			VLR. TABELA	220,97	46.750
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
CE	214,50	14,9840%	BA	220,97	0,0000%	AC, RJ	278,32	0,6567%
PR, SP	220,95	53,4075%				AL, PB	268,01	13,2000%
						AM	397,64	0,7230%
						ES	235,00	5,1422%
						GO	281,99	0,0000%
						MA, PE	278,25	1,4267%
						MS	225,00	2,0642%
						MT, SC	275,00	4,3080%
						MG	242,20	0,5840%
						RN	229,00	0,7701%
						RS	245,00	0,8235%
						RO, RR	318,57	0,0064%
						SE	384,00	0,5775%
						TO	350,00	0,7102%
VALOR MÉDIO	219,54							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		68,3915%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		30,9925%

GOSERELINA 10,8 mg - INJETÁVEL - POR SERINGA PRONTA PARA ADMINISTRAÇÃO			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 107			VLR. TABELA	660,00	107
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
			CE	660,00	0,9346%	AM	819,22	19,6262%
						BA	804,75	0,0000%
						RN	742,30	0,9346%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,9346%	% TOTAL FREQUÊNCIA		20,5608%

HIDROXIDO DE FERRO ENDOVENOSO - INJETÁVEL - POR FRASCO			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 1.498.553			VLR. TABELA	3,21	1.498.553
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
						AC, CE	4,17	8,7458%
						AL, PB	4,01	4,9831%
						AP, PR, RS	4,88	13,0289%
						AM	4,13	1,0285%
						BA	4,03	6,1383%
						DF	4,45	0,9191%
						GO, PE, RJ	4,20	19,3591%
						MT, SC	5,19	3,4827%
						MG	4,09	7,7971%
						RN	3,76	1,6743%
						RO, RR	5,12	0,1748%
						SP	4,27	23,2261%
						SE	5,60	0,7296%
						TO	5,85	0,0512%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		91,3386%

IMUNOGLOBULINA HUMANA INTRAVENOSA 500 mg - INJETÁVEL - POR FRASCO			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 7.847			VLR. TABELA	53,28	7.847
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
AP, PR	21,89	43,8384%						
GO	26,00	0,1784%						
SP	22,39	30,7761%						
VALOR MÉDIO	22,11							
% TOTAL FREQUÊNCIA		44,0168%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%

IMUNOGLOBULINA HUMANA INTRAVENOSA 2,5 gr - INJETÁVEL - POR FRASCO			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 20.572			VLR. TABELA	103,10	20.572
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
						AL, PB	129,00	0,0972%
						AP, BA, PR	109,43	11,5448%
						CE	104,50	0,8409%
						GO	109,99	4,4527%
						MA	269,00	0,0000%
						MS	118,00	3,0867%
						RN	144,48	0,0000%
						RS	136,22	4,1853%
						SP	111,95	66,5516%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		90,7592%

IMUNOGLOBULINA HUMANA INTRAVENOSA 5,0 gr - INJETÁVEL - POR FRASCO			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 32.775			VLR. TABELA	206,20	32.775
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
						AL, BA, PB	251,00	1,9910%
						AP, PR	218,85	4,9336%
						CE	250,50	2,1937%
						GO	219,98	2,1876%
						MG	274,90	20,1526%
						RN	289,76	2,1114%
						RS	239,50	8,6590%
						SP	223,90	52,5584%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		94,7873%

IMUNOGLOBULINA HUMANA INTRAVENOSA 1,0 gr - INJETÁVEL - POR FRASCO			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 32.114			VLR. TABELA	41,24	32.114
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
SP	22,39	56,8506%				AC, MG, RO, RR	54,98	18,4810%
						AP, PR	42,98	0,7380%
						MT, SC	53,48	22,1959%
VALOR MÉDIO	22,39							
% TOTAL FREQUÊNCIA		56,8506%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		41,4149%

IMUNOGLOBULINA HUMANA INTRAVENOSA 3,0 gr - INJETÁVEL - POR FRASCO			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 1.782			VLR. TABELA	123,72	1.782
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
SP	111,95	18,4624%				BA	195,00	14,3659%
						MS	234,00	0,4489%
						TO	291,00	0,6734%
VALOR MÉDIO	111,95							
% TOTAL FREQUÊNCIA		18,4624%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		15,4882%

IMUNOGLOBULINA HUMANA INTRAVENOSA 6,0 gr - INJETÁVEL - POR FRASCO			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 11.289			VLR. TABELA	206,20	11.289
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
						AC, CE	477,89	0,0000%
						AL, PB	563,91	1,0630%
						AM	775,38	0,6024%
						BA	390,00	16,1130%
						MA	425,77	0,0000%
						MS, RR	425,00	0,0000%
						PE, RJ	541,35	8,6899%
						RO	503,80	0,2835%
						SP	223,90	5,1289%
						TO	502,00	0,1063%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		31,9869%

LAMOTRIGINA 100 mg - POR COMPRIMIDO			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 1.493.902			VLR. TABELA	2,85	1.493.902
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
CE	2,60	0,4940%	RN	2,85	0,2222%	AC, RO, RR	3,25	0,1024%
ES	2,84	6,9853%				AL, MT, PB	3,17	4,2052%
MG	2,70	23,5584%				AM	5,96	0,7477%
PR	2,49	5,3188%				BA	2,97	3,0501%
PI, RJ	2,62	2,0708%				GO	3,09	3,1147%
RS	2,40	9,0015%				MS	3,18	2,4605%
SP	2,13	31,9582%				SC	4,42	0,9549%
						TO	4,89	0,0726%
VALOR MÉDIO	2,43							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		79,3869%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,2222%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		14,7080%

VIGABATRINA 500 mg - POR COMPRIMIDO			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 959.790			VLR. TABELA	1,29	959.790
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
RN	1,26	0,7189%				AC, PE, RJ	1,55	2,6069%
						AL, PB	1,35	1,6191%
						AM	1,50	0,3037%
						BA	1,48	0,9000%
						CE	1,31	12,7153%
						GO	1,69	6,2532%
						MS	1,90	1,5764%
						MT, SC	1,60	12,0752%
						MG	1,34	17,5677%
						PR	1,40	2,3700%
						RS	2,48	8,7469%
						RO, RR, SE	1,67	0,0972%
						SP	1,46	27,9780%
						TO	1,85	0,1497%
VALOR MÉDIO	1,26							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,7189%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		94,9594%

MOLGRAMOSTIMA 300 mcg - FILGASTRIMA 300 mg/mcg - INJETÁVEIS POR FRASCO			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 20.358			VLR. TABELA	97,23	20.358
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
AL, PB	83,00	0,5403%				BA, PR	98,00	3,4286%
MG	87,86	2,8883%				GO	125,05	1,3606%
RS	87,33	10,7132%				RN	125,00	0,6631%
SP	81,74	78,1167%				TO	121,60	0,7466%
VALOR MÉDIO	82,59							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		91,7182%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		6,1989%

METILPREDNISOLONA 500 mg - INJETÁVEL - POR AMPOLA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 262			VLR. TABELA	17,86	262
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
SP	16,28	67,9389%				AC, RO	18,00	0,0000%
						BA, RR	18,75	27,4809%
						GO	29,12	0,0000%
						RN	17,88	4,5802%
VALOR MÉDIO	16,28							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		67,9389%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		32,0611%

OCTREOTIDA 0,1 mg/ml - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 96.160			VLR. TABELA	26,24	96.160
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
			CE	26,24	0,0000%	AL	35,75	0,3120%
						AP	29,84	0,0000%
						AM, MS, PB	32,50	4,3875%
						BA	32,40	0,7800%
						GO	35,00	0,1768%
						MA	29,94	2,4043%
						MG	30,52	7,9586%
						PE, RJ	32,80	20,6718%
						RN	28,86	0,5148%
						RS	33,75	1,1252%
						SP	32,45	40,6614%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		78,9923%

OCTREOTIDA LAR 10 mg - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA + DILUENTES - MENSAL			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 46			VLR. TABELA	1.670,33	46
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
			CE, MG	1.670,33	0,0000%	MS	1.920,00	0,0000%
						PE, RJ	1.758,25	0,0000%
						RS	1.736,90	0,0000%
						SP	1.736,00	2,1739%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		2,1739%

OCTREOTIDA LAR 20 mg - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA + DILUENTES - MENSAL			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 17			VLR. TABELA		2.569,56	17
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA			
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	
AP, MA	2.538,36	11,7647%	CE, MG	2.569,56	0,0000%	PR, RS	2.671,96	47,0588%	
MS	2.500,00	0,0000%				SP	2.671,00	41,1765%	
VALOR MÉDIO	2.519,18	média simples							
% TOTAL FREQUÊNCIA		11,7647%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		88,2353%	

OCTREOTIDA LAR 30 mg - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA + DILUENTES - MENSAL			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 2			VLR. TABELA		3.468,86	2
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA			
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	
			CE	3.468,86	0,0000%	MS	3.600,00	50,0000%	
						RS	3.607,11	0,0000%	
						SP	3.607,00	50,0000%	
VALOR MÉDIO									
% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		100,0000%	

SULFASSALAZINA 500 mg - POR COMPRIMIDO			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 2.678.851			VLR. TABELA		0,38	2.678.851
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA			
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	
CE, DF	0,35	4,8765%				AC, AL	0,41	0,0000%	
MT, SC	0,34	12,2701%				AP, MA, RO	0,48	1,7579%	
MG	0,36	1,7404%				AM	0,61	0,1130%	
SP	0,32	47,1493%				BA	0,40	0,8306%	
						GO, MS, PB	0,44	2,6337%	
						PR, RR	0,46	0,4514%	
						RN	0,42	0,4681%	
						RS	0,39	19,4389%	
VALOR MÉDIO	0,33								
% TOTAL FREQUÊNCIA		66,0363%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		25,6936%	

SOMATOTROFINA RECOMBINANTE HUMANA 4 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 738.869			VLR. TABELA		21,59	738.869
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA			
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	
BA	19,68	1,6972%				AC, TO	33,01	0,5178%	
CE	19,12	6,4645%				AL, PB	41,00	9,0108%	
ES	18,61	5,0013%				AP, MA	25,20	2,2285%	
PR	19,35	6,2709%				AM	35,29	1,0183%	
SP	16,50	33,7866%				GO	29,96	2,7450%	
						MS	30,00	2,9510%	
						MT,RS,RR,SC	23,00	9,6947%	
						MG	22,88	5,4758%	
						PE, RJ	38,00	3,2328%	
						RO	26,00	0,4422%	
VALOR MÉDIO	17,45								
% TOTAL FREQUÊNCIA		53,2205%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		37,3169%	

SOMATOTROFINA RECOMBINANTE HUMANA 12 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 47.696			VLR. TABELA	74,59	47.696
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
PR	55,26	12,0828%				MS	84,00	0,4382%
SP	57,03	2,2455%				RN	78,50	14,2465%
						SE	105,00	2,2539%
						TO	137,97	7,2773%
VALOR MÉDIO	55,54							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		14,3283%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		24,2159%

TOXINA TIPO A DE CLOSTRIDIUM BOTULINUM - 100 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMP.			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 22.237			VLR. TABELA	343,75	22.237
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
						BA	563,00	0,2249%
						CE	529,00	12,5871%
						GO, MT, SC	530,00	3,9259%
						MS, PR	581,94	3,3188%
						MG	565,02	31,2722%
						PE	624,75	0,6206%
						RN	833,00	0,4452%
						RS	515,00	13,9812%
						RJ	524,75	7,5550%
						SP	505,00	10,5185%
						SE	646,50	0,0630%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		84,5123%

TOXINA TIPO A DE CLOSTRIDIUM BOTULINUM - 500 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMP.			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 1.473			VLR. TABELA	570,62	1.473
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
BA	570,00	0,7468%	PR	570,62	2,3761%	AL, MA, PB	695,00	6,7210%
GO	539,00	1,1541%				AM	864,59	0,0000%
SP	550,00	84,7929%						
VALOR MÉDIO	550,03							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		86,6938%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		2,3761%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		6,7210%

RIBAVIRINA 250 mg - POR CÁPSULA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 4.892.994			VLR. TABELA	0,18	4.892.994
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
			AP, ES, MG	0,18	4,6087%	AC, MT, SC	0,46	1,8961%
						BA	0,18	3,3829%
						GO	0,44	0,0000%
						MA	0,63	0,7700%
						MS	1,80	0,5125%
						PR	0,25	3,8262%
						PE, RJ	0,21	11,9575%
						RN	2,50	0,5132%
						RS	0,43	9,6533%
						RO, RR	4,87	0,2987%
						TO	1,09	0,0564%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		4,6087%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		32,8666%

INTERFERON ALFA 2a ou 2b - 3.000.000 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 608.649			VLR. TABELA	15,15	608.649
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
CE	14,78	0,0260%				AC, RO, RR	18,20	0,4538%
MG	14,50	3,6239%				AP, ES	18,49	1,0136%
PR	13,88	3,6109%				AM	19,08	0,2612%
PE, RJ	11,61	9,9236%				BA	16,67	3,0671%
RS	14,94	9,3113%				TO	65,04	0,0557%
SP	10,82	57,3933%				GO	25,68	0,0000%
DF	14,59	2,4456%				MS	18,69	0,4732%
SE	14,83	0,6038%				MA	17,44	0,6120%
						MT, SC	15,59	2,4130%
						RN	17,57	0,7932%
VALOR MÉDIO	11,77							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		86,9384%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		9,1428%

INTERFERON ALFA 2a ou 2b - 4.500.000/5.000.000 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMP.			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 30.167			VLR. TABELA	34,81	30.167
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
AL, PB	29,90	7,7369%				AC, RO	42,59	1,9425%
BA	29,31	1,4685%				RN	40,80	0,0000%
MG	26,68	11,0187%				GO, RR	35,87	0,1160%
RS	25,90	19,4617%				AM	38,41	1,1536%
SP	31,27	36,4040%						
VALOR MÉDIO	29,05							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		76,0898%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		3,2121%

INTERFERON ALFA 2a ou 2b - 9.000.000/10.000.000 UI - INJETÁVEL POR FRASCO/AMP.			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 10.180			VLR. TABELA	62,11	10.180
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
MS	59,97	2,0334%				DF	107,34	13,0845%
RS	47,90	7,9568%				GO	80,56	0,0000%
SP	58,79	43,6346%				RN	128,90	2,3969%
VALOR MÉDIO	57,22							
% TOTAL FREQUÊNCIA		53,6248%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		15,4814%

ACETATO DE GLATIRAMÉR - 20 mg - POR FRASCO/AMPOLA PARA INJEÇÃO SUBCUTÂ.			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 8.772			VLR. TABELA	67,88	8.772
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
			MT, SC	67,88	0,1710%	BA	78,43	0,6384%
						GO,PE,RJ,SP	71,42	80,3352%
						MG	71,45	10,4309%
						PR	71,88	3,5340%
						RS	74,11	0,0000%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,1710%	% TOTAL FREQUÊNCIA		94,9385%

INTERFERON BETA 1a 3.000.000 UI (11mcg) - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA			FREQUÊNCIA REALIZADA 2001 = 159.547			VLR. TABELA	185,90	159.547
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQUÊNCIA
						AC, MT, SC	204,56	3,6027%
						AL, PB, RR	205,00	1,6478%
						AM, BA	199,44	3,4585%
						GO	261,00	3,2185%
						MS	299,00	2,5767%
						MG, SP	199,00	53,3404%
						PR	204,99	6,5767%
						PE, RJ	207,70	9,3816%
						RN	188,27	0,1185%
						RS	199,41	3,5551%
						RO	278,13	0,0075%
						TO	239,00	0,2670%
VALOR MÉDIO								
% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQUÊNCIA		87,7510%

INTERFERON BETA 1b 9.600.000 UI (0,3 mg) - INJETÁVEL - POR FRASCO/AMPOLA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 119.132			VLR. TABELA	160,81	119.132
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
BA, GO, PR, PE,			MG	160,81	19,9963%	AL, PB	188,16	1,1601%
RJ, SP	160,00	70,8047%				AM	188,13	0,3526%
RN	149,00	0,6010%				DF	196,80	2,2714%
						MS, MT, SC	169,00	3,3240%
						RS	170,00	1,0744%
						TO	164,92	0,4155%
VALOR MÉDIO	159,91							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		71,4057%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		19,9963%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		8,5980%

INTERFERON BETA 1a 6.000.000 UI (22 mcg) - INJETÁVEL - POR SERINGA PRÉ-PREENCH.			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 1.782			VLR. TABELA	298,87	1.782
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
MS	280,00	0,0000%	AP,AM,BA,CE,					
			ES,GO,MG,PR,	298,87	97,5309%			
VALOR MÉDIO	280,00		RS,SP					
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		97,5309%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%

INTERFERON BETA 1a 12.000.000 UI (44 mcg) - INJETÁVEL - POR SERINGA PRÉ-PREENCH.			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 2.415			VLR. TABELA	340,10	2.415
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
			AP,AM,BA,CE,			MS	340,27	5,3002%
			ES,GO,MG,PR,	340,10	81,8634%			
VALOR MÉDIO			PE,SP					
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		81,8634%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		5,3002%

INTERFERON BETA 1a 6.000.000 UI (30mcg) - POR FRASCO/AMPOLA - PARA INJEÇÃO INT.			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 20			VLR. TABELA	593,75	20
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
MS	550,00	0,0000%	PR, SP	593,75	100,0000%	GO	705,35	0,0000%
						RS	625,00	0,0000%
VALOR MÉDIO	550,00							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		100,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%

ISOTRETINOÍNA 10 mg - USO ORAL - POR CÁPSULA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 1.470			VLR. TABELA	1,75	1.470
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
RS	0,71	0,0000%				BA	1,92	0,0000%
VALOR MÉDIO	0,71							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%

ISOTRETINOÍNA 20 mg - USO ORAL - POR CÁPSULA			FREQÜÊNCIA REALIZADA 2001 = 1.333			VLR. TABELA	3,20	1.333
COMPRAS ABAIXO DA TABELA			COMPRAS NO VALOR DA TABELA			COMPRAS ACIMA DA TABELA		
UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA	UF	VALOR	% DA FREQÜÊNCIA
RS	1,29	0,0000%				CE	4,16	0,0000%
						SP	3,50	40,5101%
VALOR MÉDIO	1,29							
% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		0,0000%	% TOTAL FREQÜÊNCIA		40,5101%

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALFOB (Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais), 1989. Assistência Farmacêutica Governamental. Subsídios ao Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: ALFOB (mimeo).
- ALFOB (Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais), 1990a. Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica no Brasil. Análise Crítica e Propostas. Rio de Janeiro: ALFOB (mimeo).
- ALFOB (Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais), 1990b. Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica no Brasil. Análise Crítica e Propostas. Rio de Janeiro: ALFOB (mimeo).
- ALMEIDA, J. L. T., 1999. Respeito à Autonomia do Paciente e consentimento Livre e Esclarecido: Uma Abordagem Princípalista da Relação Médico-Paciente. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ALMEIDA, M. H. T., 1995. Federalismo e políticas sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*: 10 (28): 88-108.
- BASARA, L.R. & MONTAGEM, M., 1994. Searching for Magic Bullets: Orphan Drugs, Consumer Activism, and Pharmaceutical Development, New York, Pharmaceutical Products Press.
- BEAUD. M., 1996. Arte da tese, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- BERMUDEZ, J.A.Z., 1992. Remédios: Saúde ou Indústria? A Produção de Medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará.
- BERMUDEZ, J.A.Z., 1995. Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade. Crítica da Política de Medicamentos no Brasil. São Paulo: Ed. Hucitec/ Sobravime.
- BERMUDEZ, J.A.Z., EPSZTEJN, R., OLIVEIRA, M.A. & HASENCLEVER, L., 2000. O Acordo TRIPS da OMC e a Proteção Patentária no Brasil: Mudanças Recentes e Implicações para a Produção Local e o Acesso da População aos Medicamentos, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- BONFIM, J.R.A & Mercucci, V (Org.), 1997. A construção da política de medicamentos. São Paulo: Hucitec - Sobravime.
- BRASIL, 1967. Decreto nº 60.673, de 03 de maio de 1967. Regula a prestação da assistência farmacêutica aos beneficiários da previdência. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, p. 4960, 5 mai. Seção I.
- BRASIL, 1973. Decreto nº 72552, de 30 de julho de 1973. Dispõe sobre as políticas e diretrizes gerais do Plano Diretor de Medicamentos. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 31 jul. Seção I.
- BRASIL, 1975. Portaria MPAS/GM nº 233 de 08 de julho de 1975. Regula a prestação da assistência farmacêutica na previdência e assistência social. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 08 de ago. Seção I.
- BRASIL, 1982. Portaria interministerial MPAS/MS/MEC nº 03, de 16 de dezembro de 1982. Dispõe sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.
- BRASIL, 1985. Decreto nº 91.439 de 16 de julho de 1985. Transfere a Central de Medicamentos para o Ministério da Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 17 de jul. Seção I.
- BRASIL, 1993. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 142, de 06 de outubro de 1993. Dispõe sobre a Tabela de medicamentos. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 07 de out. de 1993.
- BRASIL, 1996a. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 204, de 06 de novembro de 1996. Estabelece a Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 07 de nov. de 1996.
- BRASIL, 1996b. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 235, de 26 de dezembro de 1996. Estabelece os valores da Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 27 de dez. de 1996.

BRASIL, 1998. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, nº 215 de 10 de nov. de 1998.

BRASIL, 1999a. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.077, de 24 de março de 1999. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 25 de mar. de 1999.

BRASIL, 1999b. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 138, de 20 de abril de 1999. Dispõe sobre APAC para Medicamentos utilizados em TRS. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 21 de abr. de 1999.

BRASIL, 1999c. Ministério da Saúde. Portaria GM/S nº 507, de 23 de abril de 1999. Dispõe sobre a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais-RENAME. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, nº 94 de 19 de maio de 1999.

BRASIL, 1999d. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 409, de 05 de agosto de 1999. Dispõe sobre APAC para todos os Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 06 de ago. de 1999.

BRASIL, 1999e. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 1.310, de 28 de outubro de 1999. Dispõe sobre a Comissão de Assessoria Farmacêutica da SAS. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 29 de out. de 1999.

BRASIL, 2000a. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 348, de 21 de setembro de 2000. Inclui medicamentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 22 de set. de 2000.

BRASIL, 2000b. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 349, de 21 de setembro de 2000. Inclui medicamentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 22 de set. de 2000.

BRASIL, 2000c. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.137, de 06 de outubro de 2000. Dispõe sobre prazos para a apuração de denúncias pelos gestores do SUS. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 09 de out. de 2000.

BRASIL, 2000d. Lei nº 10.147, de 21 de dezembro de 2000. Dispõe sobre a concessão de crédito presumido sobre a contribuição do PIS PASEP e COFINS nas operações de venda de medicamentos. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 21 de dez. de 2000.

BRASIL, 2001a. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 98, de 22 de março de 2001. Inclui medicamentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 23 de mar. de 2001.

BRASIL, 2001b. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 112 de 03 de abril de 2001. Inclui medicamentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 04 de abr. de 2001.

BRASIL, 2001c. Decreto nº 3.803, de 24 de abril de 2001. Dispõe sobre medicamentos inclusos na Lista Positiva. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 25 de abr. de 2001.

BRASIL, 2001d. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 292, de 31 de julho de 2001. Inclui medicamentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 01 de ago. de 2001.

BRASIL, 2001e. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001. Separa procedimentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 23 de ago. de 2001.

BRASIL, 2001f. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 390, de 19 de setembro de 2001. Inclui medicamentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 20 de set. de 2001.

- BRASIL, 2001g. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 493, de 24 de outubro de 2001. Inclui medicamentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 25 de out. de 2001.
- BRASIL, 2002a. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 222, de 02 de abril de 2002. Inclui medicamentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 03 de abr. de 2002.
- BRASIL, 2002b. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 255, de 16 de abril de 2002. Inclui medicamentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 17 de abr. de 2002.
- BRASIL, 2002c. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 346, de 15 de maio de 2002. Inclui medicamentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 16 de mai. de 2002.
- BRASIL, 2002d. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 360, de 20 de maio de 2002. Inclui medicamentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 21 de mai. de 2002.
- BRASIL, 2002e. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 388, de 10 de junho de 2002. Inclui medicamentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 11 de jun. de 2002.
- BRASIL, 2002f. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 389, de 10 de junho de 2002. Inclui medicamentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 11 de jun. de 2002.
- BRASIL, 2002g. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 390, de 10 de junho de 2002. Inclui medicamentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 11 de jun. de 2002.
- BRASIL, 2002h. Decreto nº 4.266, de 11 de junho de 2002. Dispõe sobre a exclusão de medicamentos da Lista Positiva. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 12 de jun. de 2002.
- BRASIL, 2002i. Medida Provisória nº 41, de 20 de junho de 2002. Altera a Lei 10.147. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 21 de jun. de 2002.
- BRASIL, 2002j. Decreto nº 4.275, de 20 de junho de 2002. Dispõe sobre desoneração tributária de medicamentos. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 21 de jun. de 2002.
- BRASIL, 2002l. Ministério da Saúde. Portaria GM/S nº 1.318, de 23 de julho de 2002. Inclui medicamentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 24 de jul. de 2002.
- BRASIL, 2002m. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 921, de 22 de novembro de 2002. Inclui medicamentos na Tabela de Medicamentos Excepcionais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 25 de nov. de 2002.
- BRASIL, 2002n. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL, 2002o. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas; medicamentos excepcionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BULARD, M., 2000. La nécessaire Définition d'un bien public mondial, Les firmes pharmaceutiques organisent l'apartheid sanitaire. Le Monde Diplomatique: 8-9. <http://www.monde-diplomatique.fr/2000/01/BULARD/13280.html>
- CARDOSO, F.H., 1994. Mãos à Obra Brasil: proposta de governo. Brasília: s.ed.
- CEME (Central de Medicamentos), 1976. Relatório de Atividades. Brasília: CEME.
- CEME (Central de Medicamentos), 1978. Relatório de Atividades. Brasília: CEME.

- CEME (Central de Medicamentos), 1979. Relatório de Atividades. Brasília: CEME.
- CEME (Central de Medicamentos), 1980. Relatório de Atividades. Brasília: CEME.
- CEME (Central de Medicamentos), 1982. Relatório de Atividades. Brasília: CEME.
- CEME (Central de Medicamentos), 1983. Relatório de Atividades. Brasília: CEME.
- CEME (Central de Medicamentos), 1984. Relatório de Atividades. Brasília: CEME.
- CEME (Central de Medicamentos), 1986. Relatório de Atividades 1985. Brasília: CEME.
- CEME (Central de Medicamentos), 1987a. Medicamentos Essenciais – Os Caminhos da Autonomia – Documento Proposta. Brasília, DF: CEME/MS.
- CEME (Central de Medicamentos), 1987b. O Farmacêutico e a Farmácia Básica CEME. Brasília: DF: CEME/MS.
- CEME (Central de Medicamentos), 1989. Relatório de Atividades 1988. Brasília: CEME. Versão preliminar.
- CEME (Central de Medicamentos), 1995. Plano de Ação.. Brasília DF: CEME/MS (mimeo).
- CHATEAU, J., 1986, Manual para la Elaboración de Cuestionarios y Pautas de Entrevistas, Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-FLACSO.
- CHAVES, A., 1996. Uso Racional de Medicamentos. San José, Costa Rica: FÁrmacos, 9 (1): 1-5.
- CHIRAC, P., TROUILLER, P., PINEL, J & PÉCOUL, B., 1999. Access to essential Medicines Campaign. Dossier Medicines. Médecins Sans Frontières, 2.
- CODETEC (Companhia de Desenvolvimento Tecnológico), 1991. A Indústria Farmacêutica. Diagnóstico e Perspectivas. Campinas: Codetec (mimeo).
- COELHO, V.S.P., 1996. Interesses e instituições na Política de Saúde, O Transplante e a Diálise no Brasil. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- COHEN, J.C., 2000. Public Policies in the Pharmaceutical Sector: A Case Study of Brazil. LCSHD Paper Series, 54, World Bank, Latin American and Caribbean Office, January 2000.
- CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), 1997. Assistência farmacêutica. In: CONASS. Relatório Final de Oficina de Trabalho. Aracaju, junho de 1997. Brasília, DF, CONASS: 91-114
- COSENDEY, M.A.E., 2000. Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica: um Estudo Multicêntrico em Cinco Estados do Brasil. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito), 2000. Relatório da CPI-Medicamentos. Relator Dep. NEY LOPES. Brasília, DF, 24 de maio de 2000: Câmara dos Deputados.
- DINIZ, E., 1995. Governabilidade, democracia e reforma do Estado: Os desafios da construção da uma nova ordem no Brasil nos anos 90. DADOS, 38 (3).
- DUCHIADE, M.P. 1995, População brasileira: um retrato em movimento. In: Os muitos Brasis, Saúde e População na Década de 80 (M.C.S.MINAYO, org.), São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- DUKES, G. & Broun, D., 1994. Pharmaceutical Policies: Rationale and Design. Washington: World Bank (HRO Working Papers).
- EUROPEAN COMMISSION, 2000. Commission nominates members of the committee for orphan medicinal products. Orphan Drugs. 14 June 2000.
- <<http://dg3.eudra.org/orphanmp/index.htm>>.
- ENSP/FIOCRUZ, UNICEF, OPAS/OMS, Fenafar Sobravime, CONASS, CONASEMS, 1996. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Seminário Nacional sobre Política de Medicamentos, Assistência Farmacêutica: Acesso aos Medicamentos e Qualidade de Vida. Rumos e Perspectivas no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

- FDA (Food and Drug Administration), 2000a. Office of Orphan Products Development-OOPD. 18 February 2000. <[http://www.fda.gov/orphan/.](http://www.fda.gov/orphan/)>
- FDA (Food and Drug Administration), 2000b. Program Overview. OOPD. 18 february 2000. <<http://www.fda.gov/orphan/about/progovw.htm>>
- FDA (Food and Drug Administration), 2000c. The Orphan Drug Act (as amended). 18 february 2000. <<http://fda.gov/orphan/oda.htm>>
- FEBRAFARMA (Federação Brasileira da Industria Farmacêutica), 2002. A Indústria Farmacêutica no Brasil. Uma Contribuição para as Políticas Públicas. São Paulo: FEBRAFARMA (mimeo).
- FIGUEIREDO, A.C. & LIMONGI, F. 1995. Mudança constitucional, desempenho do Legislativo e consolidação institucional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 10 (29)
- GIL, A.C. Como elaborar Projetos e Pesquisa. Ed. Atlas. São Paulo: 1996.
- HORIZONTES SALUD, 1999/2000a. Fármaco Contra la Enfermedad del Sueño. Ginebra: Federación Internacional de la Industria del Medicamento, nº 38.
- HORIZONTES SALUD, 1999/2000b. Medicamentos para los Países Tropicales. Ginebra: Federación Internacional de la Industria del Medicamento, nº 38.
- HORIZONTES SALUD, 1999/2000c. Horizontes Salud, la Revista de la Industria Farmacéutica Mundial de Investigación. Ginebra: Federación Internacional de la Industria del Medicamento, nº 38.
- HORIZONTES, 1999. *Jornal da Associação Brasileira dos Portadores de Doenças e Gaucher*. Rio de Janeiro, Ano II, n. 04, março: Horizontes.
- IBGE/Pesquisa de Orçamentos Familiares. 1995-1996. IBGE. Rio de Janeiro
- IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 1998. IBGE. Rio de Janeiro
- IMMERGUT, E.M., 1992. *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Pp. 18-29. Cambridge University Press.
- IMMERGUT, E.M., 1996. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais_RCBS*, nº 30, ano 11, fevereiro: RCBS.
- KAUR, S.R.; Padman, P. & Balasubramanian, K.(Ed.), 1995. *Proceedings of the Asia Pacific Seminar on Implementing National Drug Policies*. Sidney: Consumers International.
- KNOKE, D.; PAPP, F.U.; BROADEBENT, J. & TSUJINAKA, Y., 1996. Policy-making in the organizational state. In: *Comparing Policy Networks. Labor Politics in the U.S., Germany, and Japan*. Pp. 1-31. Cambridge University Press.
- LABRA, M.E., 1993. Associativismo no setor saúde brasileiro e organizações de interesse do empresariado médico. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, Vol. 3, nº 2: 193-225.
- LABRA, M.E., 1999. Análise de políticas, modos de policy-making e intermediações de interesses: uma revisão. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro:9(2): 131-166.
- LANDMANN, J., 1986. *Evitando a Saúde & Promovendo a Doença*, Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Dois S.A.
- LE PEN, C., 1997. Las transformaciones de la industria farmacéutica: la innovación y la regulación del mercado farmacéutico. In: *Los Medicamentos Ante las Nuevas Realidades Económicas* (F. LOBO & G. VELÁSQUEZ compiladores). Madrid, España. Editorial Civitas S.A.
- LINDBLOM, C.E. 1981. *O Processo de Decisão Política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- LUCCHESI, G., 1991. *Dependência e Autonomia no Setor Farmacêutico: Um Estudo da CEME*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz.
- MADRID, I., VELÁZQUEZ, G. & FEFER, E.W., 1998. *Reforma Del Sector Farmacéutico y del Sector Salud en las Américas: una Perspectiva Económica*. Washington DC, OPS/OMS.

- MARSHALL, T.H., 1967. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro. Ed. Zahar.
- MÉDICI, A.C.; OLIVEIRA, F. & KAIZÔ, I., 1991. *IBGE/ENCE Relatórios Técnicos*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia.
- MELLO, J.E.B., 1997. A indústria farmacêutica e a propaganda de medicamentos. In: *A Construção da Política de Medicamentos* (J.R.A. BONFIM & V.L.MERCUCCI, orgs.), pp.290-292, São Paulo: Ed. Hucitec, Sobravime.
- MELLO, J.E.B., 1999. Entrevista. *Pharmacia Brasileira*, Brasília: Conselho Federal de Farmácia. II, 14 Maio/junho.
- MÉNY, I., 1996. *Politique Comparée. Lês Démocraties Allemagne, États-Unis, France, Grande-Bretagne; Italie*. Pp. 111-140. Paris: Monchrestien (5^e édition)
- MINAYO, M.C.S., 1999. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*, São Paulo: Ed. Hucitec; Rio de Janeiro: Ed Abrasco.
- MONTEIRO C.A; IUNES R.F. & TORRES A.M., 1995. A evolução do país e de suas doenças: síntese, hipóteses e implicações. In: *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil* (C.A. Monteiro, org.), pp. 349-356, São Paulo: Ed. Hucitec/Nupens/USP.
- MS (Ministério da Saúde), 1997. *Relatório Parcial de Atividades Desenvolvidas para Revisão da RENAME pelo Grupo de Trabalho da Escola Nacional de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde.
- MS (Ministério da Saúde), 1998. *Relatório Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), 1998 – Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho da Escola Nacional de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde.
- MS (Ministério da Saúde), 1999a. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- MS (Ministério da Saúde), 1999b. *Depoimento do Ministro José Serra à CPI sobre preços de Medicamentos no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde (transcrição revisada).
- MS (Ministério da Saúde), 1999c. *Encaminhamento de Documentos Relativos à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais-RENAME/1999 (Versão Final)*. Brasília, DF: Memorando, nº 28/DGPE/SPS/MS de 03.03.1999. Assessoria de Assistência Farmacêutica/DGPE. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde.
- MSF (Médecins Sans Frontières), 1999. *Sleeping sickness drug production*. In: *Access to Essential Medicines Campaign*. Geneva, November 99,2:MSF.
- NIH (National Institute for Health Care Management), 2002. *Changing Patterns of Pharmaceutical Innovation: A research report by National Institute for Health Care Management Research and Educational Foundation*. Washington, may 2002.
- NEJM (New England Journal of Medicine), 2001. *Editorials: Sponsorship, Autorship and Accountability*. Boston, September 2001.
- NORONHA JC & LEVCOVITZ, E., 1994. *AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde*. In: *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Abrasco.
- NUNES, E., 1997. *A Gramática Política do Brasil. Clientelismo e Insulamento Burocrático*. Brasília., DF: Ed. Jorge Zahar, ENAP.
- OLIVEIRA, J.A. & TEIXEIRA, S.M.F., 1986. *(Im)previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil*, Petrópolis, Vozes: Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
- OMS (Organización Mundial de la Salud), 1977. *Selección de Medicamentos Esenciales. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos 615*. Ginebra: OMS.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), 1984. *Políticas e Producción y Comercialización de Medicamentos Esenciales. Publicación Científica nº 462*. Washington:OPS.

OPS (Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS), 1995a. Medicamentos Esenciales em el Nuevo Contexto Socio-Económico de América Latina Y el Caribe-Principios y Estrategias-Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. HSP/SILOS nº42:OPS.

OPS (Organização Panamericana de la Salud),1995b. Formulación y puesta en práctica de una política nacional de medicamentos. Guia de formulación y puesta en marcha de un plan rector farmaceutico y un plan de acción prioritaria en el marco de una política nacional de medicamentos. Washington: OPS.

PASQUINO, G., 1985. Grupos de Presión. In: Diccionario de Política (N. Bobbio y N. Matteucci, (orgs.)). México: Ed.Siglo XXI.

PÉCOUL, B., 1999. after three years of negotiations. Access to Essential Medicines Campaign Dossier Medicines. Geneva, November 99,2: Médecins Sans Frontières.

PÉCOUL, B., CHIRAC, P., TROUILLER, P. & PINEL, J., 1999. Access to essential drugs in poor countries: a lost battle? Journal of the American Medical Association – USA (281) 361-367.

PICON P.D., Costa A.F., Kuchenbecker R., Beltrame A. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin for chronic hepatitis. Lancet 2002; 359:263.

PINHEIRO, E.S., 1997. Laboratório Farmacêutico Governamentais e o sistema único de saúde. In: A Construção da Política de Medicamentos (J.R.A. BONFIM, & V. MERCUCI orgs.), pp. 81-86 São Paulo: Hucitec/ Sobravime.

RIBEIRO, C.D.M., 1998. Quem Vale a Pena? Valores Éticos e Disponibilidade de Recursos: Representações Acerca de Políticas Públicas de Atenção ao Paciente Renal Crônico. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional e Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

ROZENFELD, D., 1989. O uso de medicamentos no Brasil. In: epidemiologia do Medicamento. Princípios Gerais (J.R. Laporte, G. Tognoni & S. ROZENFELD), PP.21-41, São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

SANDER G. B, Picon P.D., Fuchs F. D., Beltrame A., Souza R.R. Peginterferon versus conventional interferon and liver fibrosis: do we have evidence of superiority? Gastroenterology; No prelo 2002.

SANTOS, M.H.G.C., 1997. Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações Executivo-Legislativo no Brasil pós-constituente. DADOS, 40(3): 335-376.

SCHITTER, P.C., 1979. still the century of corporatism? In: Trends Toward Corporatist Intermediation. (P.C. Schmitter & G. Lehmbruch) (eds), pp. 7-51, London.

SELEVAN, J.R., SLOAN, R.W., TATRO, D.S. & WHITSETT, T.L., 1999. Drugs facts and comparisons. Facts and Comparisons, pp. 3888-3911. 53ª edition, St Louis: Facts and Comparisons.

SERRA, J., 2000. Ampliando o Possível : A Política de Saúde do Brasil, São Paulo: Ed. Hucitec; São Paulo.

SES-MG (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais), 1994. Memorando CMB/MG 85/94. Belo Horizonte: Coordenação de Medicamentos Básicos, SES-MG.

SÚMULA, 1999. Radis. Rio de Janeiro: Radis, nº 73, agosto.

TRIVIÑOS, A.N.S., 1987. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. A Pesquisa Qualitativa em Educação: São Paulo. Ed. Atlas.

TROUILLER P., BATTISTELLA C., PINEL, J. AND PECOUL B., 1999. Is orphan drug status beneficial to tropical disease control? Comparison of the American and future European orphan drug acts. In: Tropical Medicine and International Health, (4), 6: 412-420.

VAITSMAN, J., TAVARES, A.C., SILVA I.B., LUCCHESI G. & CABRAL A.F., 1991. Representação de Interesses Privados e Formulação de Políticas: o Caso da Indústria Farmacêutica. Relatório Final. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde/DAPS, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

VIANA, A.L.A., 1995. Abordagens metodológicas em políticas públicas. Revista de Administração Pública, 24(4).

- VIANA, A.L.A., 1997. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: ciências Sociais e Saúde (A.M. Canesqui). São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- WECRASURIYA, K. Y BRUDON, P., 1998. El concepto de medicamentos esenciales necesita aplicarse mejor. In Boletín de Medicamentos esenciales. OMS, Ginebra, OMS. N°s 25 & 26.
- WEXMAN, S., 1990. El Proceso de Adquisición de Medicamentos en el Sector Público. Bogotá: Trazo.
- WHO (World Health Organization), 1994. Indicators for monitoring national drug policies. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1995. Report of the WHO Expert Committee on national Drug Policies. Contribution to updating the WHO guidelines for developing national drug policies. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1997. The Use of Essential Drugs. Seventh Report of the WHO Expert Committee (including the revised Model List Essential Drugs), WHO Technical Report Series 867. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1998. Action Program on Essential Drugs (DAP) <Internet : <http://www.who.int/dap/>>
- WHO (World Health Organization), 2000. Guidelines for Developing National Drug Policies. Second Edition, Draft.
- WILKEN, P.R., 1988. Relatório: Análise do Programa de Assistência Farmacêutica Desenvolvido pelo INAMPS. Rio de Janeiro: Coordenadoria de Administração de Atividades de Farmácia, Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.
- WILKEN, P.R.C. & BERMUDEZ, J.A.Z., 1999. A Farmácia no Hospital: Como Avaliar? Rio de Janeiro: Ed. Agora da Ilha.
- YUNES, J., 1999. Promoting essential drugs, rational drug use and generics: Brasil's national drug policy leads the way. Essential Drugs Monitor. Ginebra: WHO, 27: 22-23.



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

MESTRADO PROFISSIONAL
EM ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE

Uma Análise do Processo de Implantação dos Centros de Referência
Para o Tratamento da Retinopatia Diabética na Rede de Serviços do
Sistema Único de Saúde do Brasil Ocorrido Em 2000/2001

ANGELA MARIA MEIRA DE VASCONCELLOS

ORIENTADOR: CID MANSO DE MELLO VIANNA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

Gestão de Sistemas de Saúde

2002