

Ana Paula Helfer

**CAPACIDADE DE PAGAMENTO, PREÇO E DISPONIBILIDADE DE
MEDICAMENTOS EM MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada à Universidade
do Vale do Rio dos Sinos como requisito
parcial para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Andréa Homsí Dâmaso

**São Leopoldo
2010**

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados pais, Guido e Nadir, que são pessoas maravilhosas que sempre estiveram ao meu lado e me incentivaram a todo o momento a fazer o mestrado e a seguir estudando.

Ao meu namorado Israel (Fritz) pelo carinho, companheirismo e paciência durante a realização do mestrado. A sua calma e tranquilidade me ajudaram a seguir em frente. Obrigada meu amor!

Aos meus irmãos Augusto e Gustavo. Maninho querido, se não fosse a sua ajuda com o computador, não teria concluído este trabalho. Alemão, obrigada pela hospedagem, pelas conversas e por me “agüentar” durante dois anos. Vocês dois são ótimos, tenho muita sorte de ter dois irmãos tão especiais.

Aos professores do mestrado pelos ensinamentos e em especial a minha orientadora Andréa, pelos conhecimentos repassados, pela dedicação, paciência, amizade, que tanto contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional. Apesar da distância, você sempre foi muito presente. Muito Obrigada!

A Aline e Noêmia que me acolheram, apoiaram e incentivaram na realização deste trabalho.

A todos os meus queridos amigos, colegas, e as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente na realização deste trabalho.

RESUMO

O acesso à atenção à saúde é um direito humano fundamental, no qual está incluído o acesso a medicamentos. No Brasil, os medicamentos essenciais são distribuídos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde, entretanto, quando estes não estão disponíveis devem ser adquiridos no setor privado. O mercado de medicamentos industrializados brasileiro congrega os medicamentos em três categorias: medicamentos de referência, genéricos e similares. Com a mudança no perfil epidemiológico e o envelhecimento populacional, as doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, asma e depressão, passaram a representar uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde. O objetivo do presente estudo foi avaliar o preço e a disponibilidade de medicamentos no setor público e privado e a capacidade de pagamento dos medicamentos de um trabalhador brasileiro com renda de um salário mínimo nacional. O estudo foi transversal e adotou a metodologia preconizada pela OMS/HAI para avaliação de disponibilidade, preço e capacidade de pagamento de medicamentos. O estudo foi realizado em seis municípios do Rio Grande do Sul: a capital do Estado e mais cinco localidades. A metodologia incluiu a avaliação de uma seleção de 50 medicamentos relevantes para a saúde pública em estabelecimentos públicos e privados de cada município. A coleta de dados foi realizada de novembro de 2008 a janeiro de 2009, em um único momento em cada local. No setor privado, a capacidade de pagamento para as doenças crônicas demonstrou-se limitada e variou conforme as classes terapêuticas e tipo de produtos. A média da disponibilidade no setor público variou de 68,8% a 81,7%. Os resultados obtidos neste estudo podem mostrar ao governo brasileiro, e especialmente ao do estado do Rio Grande do Sul, o impacto dos preços dos medicamentos na renda individual, a importância da promoção de políticas públicas de acesso aos medicamentos e da reavaliação das políticas de controle de preços dos medicamentos. Garantindo a população brasileira acesso aos medicamentos com qualidade comprovada e a preços acessíveis.

ABSTRACT

Access to health care is a fundamental human right, of which access to medicines is an essential part. In Brazil, in theory, individuals can obtain essential medicines free of charge through the public health system. However, when these are not available in the public sector, medicines need to be paid for out-of-pocket in the private sector. There are three types of medicines available in the Brazilian market: originator brands, generics and similar medicines. The ageing process and the epidemiologic transition of the Brazilian population increased the burden of chronic diseases more prevalent. These diseases are responsible for an increased demand of health services. The aim of this study was to evaluate medicine prices, their availability and affordability in Brazil, considering the differences across the three types of medicines in the market and the different types of facilities. The study was cross-sectional and used the methodology recommended by WHO/HAI for the evaluation of prices, availability and affordability of medicines. Data on prices and availability of 50 medicines (originator brand, lowest-priced generic and similar medicines) were collected from public and private facilities across six cities in Southern Brazil. Data were collected from November 2008 to January 2009. Affordability varied considerably between medicines aimed at treating acute and chronic diseases and by type of medicine. The mean overall availability in the public sector ranged from 68.8% to 81.7%. The results of this study show that the prices of medicines in South Brazil are above reference prices. Data also highlight the importance of promoting public policies aimed at increasing access to medicines.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
PROJETO DE PESQUISA.....	8
APRESENTAÇÃO	12
RESUMO	13
INTRODUÇÃO.....	15
REVISÃO DE LITERATURA	17
<i>Gastos com saúde e medicamentos</i>	17
<i>Acesso aos medicamentos</i>	21
<i>Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica</i>	24
<i>Política de medicamentos genéricos</i>	26
<i>Política Nacional de Regulação de Preços de Medicamentos</i>	28
<i>Metodologia da OMS e HAI</i>	30
<i>Estudos sobre preços e disponibilidade dos medicamentos</i>	31
<i>Capacidade de pagamento</i>	35
JUSTIFICATIVA.....	38
OBJETIVOS.....	39
<i>Objetivo geral</i>	39
<i>Objetivos específicos</i>	39
HIPÓTESES	39
METODOLOGIA	40
<i>Delineamento e população-alvo</i>	40
<i>Seleção da amostra</i>	40
Zonas geográficas selecionadas	41
Estabelecimentos de saúde públicos eleitos para a amostra	41
Farmácias privadas eleitas para a amostra	41
<i>Seleção dos medicamentos para inclusão na pesquisa</i>	42
<i>Seleção de pessoal e treinamento</i>	44
<i>Coleta de dados</i>	45
Dados sobre preços no setor privado	45
Dados sobre preços no setor público e hospitais	45
Dados de disponibilidade (setor público e privado, incluindo os hospitais)	45
<i>Entrada dos dados</i>	46
<i>Análise e interpretação dos dados</i>	46
Disponibilidade dos medicamentos	46
Preço dos medicamentos	47
Avaliação da capacidade de pagar.....	47
<i>Divulgação dos resultados</i>	49
<i>Aspectos éticos</i>	49
CRONOGRAMA	50
ORÇAMENTO	50
ESTRUTURA DOS ARTIGOS PROPOSTOS.....	51
<i>Artigo 1: Capacidade de pagamento do tratamento de doenças crônicas</i>	51
<i>Artigo 2: Preços e disponibilidade de medicamentos no setor público e privado em municípios do Rio Grande do Sul</i>	52
REFERÊNCIAS	53
GLOSSÁRIO.....	57
RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO.....	59

INTRODUÇÃO.....	60
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	61
MANUAL DE INSTRUÇÕES.....	61
SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	61
<i>Zonas geográficas selecionadas.....</i>	<i>61</i>
<i>Estabelecimentos de saúde públicos eleitos para a amostra.....</i>	<i>62</i>
<i>Farmácias privadas eleitas para a amostra.....</i>	<i>63</i>
PESSOAL ENVOLVIDO	63
<i>Coordenador geral</i>	<i>63</i>
<i>Supervisores de campo.....</i>	<i>63</i>
<i>Auxiliar de pesquisa</i>	<i>64</i>
ESTUDO PILOTO	64
LOGÍSTICA DE TRABALHO DE CAMPO	64
COLETA DE DADOS	65
<i>Material de campo.....</i>	<i>65</i>
CONTROLE DE QUALIDADE.....	66
CUSTOS DO TRABALHO DE CAMPO	66
ENTRADA DOS DADOS.....	67
CRONOGRAMA DO TRABALHO DE CAMPO	67
ARTIGO	68
ANEXOS	69
<i>Anexo 1 – Instrumento de coleta de dados.....</i>	<i>70</i>
<i>Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	<i>79</i>
<i>Anexo 3 – Manual de instruções.....</i>	<i>81</i>
<i>Anexo 4 – Carta de apoio da HAI.....</i>	<i>85</i>
<i>Anexo 5 – Carta de apoio do Conselho Regional de Farmácia.....</i>	<i>87</i>
<i>Anexo 6 – Modelo de carta de apoio das secretárias municipais de saúde.....</i>	<i>89</i>
<i>Anexo 7 – Carta personalizada de apresentação para cada estabelecimento...91</i>	<i>91</i>
<i>Anexo 8 – Medicamentos similares disponíveis no mercado.....</i>	<i>93</i>

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é composta pelas seguintes partes:

1. Projeto de pesquisa, defendido no dia 11 de agosto de 2009, sendo a banca examinadora composta pelas professoras Maria Teresa Anselmo Olinto e Vera Maria Vieira Paniz. A versão apresentada nesta dissertação já inclui as modificações sugeridas pela banca.
2. Relatório de trabalho de campo.
3. Artigo - Capacidade de pagamento e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas em municípios do Rio Grande do Sul.
4. Anexos

PROJETO DE PESQUISA

Ana Paula Helfer

**Preço, disponibilidade e capacidade de pagamento de
tratamentos com medicamentos em municípios do Rio Grande
do Sul**

Projeto de Qualificação apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da Universidade do Vale do Rio
dos Sinos.

Orientadora: Andréa Homsí Dâmaso

**São Leopoldo
2009**

LISTA DE ABREVIATURAS

CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HAI	<i>Health Action International</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
MG	Medicamento Genérico
MR	Medicamento Referência
MS	Medicamento Similar
MSH	<i>Management Sciences for Health</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDMAUM	Pesquisa Domiciliar para a Medida de Acesso e Uso de Medicamentos
PIB	Produto Interno Bruto
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PRI	Preço de Referência Internacional
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RPM	Razão do Preço Médio
SP	Setor Público
SPR	Setor Privado
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Estudos sobre preços e disponibilidade de medicamentos	34
Quadro 2 Estudos sobre capacidade de pagamento.....	37
Quadro 3 Lista de comparação internacional global.....	43
Quadro 4 Lista de comparação internacional regional (América do Sul)	43
Quadro 5 Lista de medicamento complementar (Rio Grande do Sul)	44
Quadro 6 Doenças, medicamentos e posologia utilizado para calcular a capacidade de pagamento.	48

APRESENTAÇÃO

Este projeto apresenta-se como um sub-estudo de um projeto contemplado pelo Edital Universal MCT/CNPq 15/2007, intitulado “Preços e disponibilidade de medicamentos no sul do Brasil: estudo com metodologia padrão de comparação nacional e internacional” , coordenado pela professora Andréa Homsí Dâmaso.

Como resultado do presente projeto, pretende-se produzir dois artigos científicos. O artigo principal objetiva a obtenção do título de mestre e tem como foco avaliar a capacidade de pagamento dos medicamentos para doenças crônicas de um trabalhador com rendimento de um salário mínimo nacional. O outro pretende abordar a disponibilidade e o preço dos medicamentos no setor público e privado de seis municípios do Rio Grande do Sul - Brasil.

RESUMO

MOTIVAÇÃO: O acesso à atenção à saúde é um direito humano fundamental, no qual está incluído o acesso a medicamentos. Segundo a OMS os medicamentos essenciais devem estar disponíveis em todo momento, nas quantidades adequadas, nas formas farmacêuticas requeridas e a preços que os indivíduos e a comunidade possam pagar. Entretanto, sabe-se que o acesso gratuito é limitado e o preço para aquisição do setor privado é elevado, criando uma situação difícil para os indivíduos com baixa renda. Outro aspecto que motiva este estudo é que, com a mudança no perfil epidemiológico e o envelhecimento populacional, as doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, asma e depressão, passaram a representar uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde. Assim, avaliar a capacidade de pagamento dos medicamentos para estas doenças é uma das formas de mensurar o impacto dos preços na renda individual.

OBJETIVO: Avaliar o preço e a disponibilidade de medicamentos no setor público e privado e a capacidade de pagamento dos medicamentos para doenças crônicas de um trabalhador brasileiro com renda de um salário mínimo nacional.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo transversal que adota a metodologia preconizada pela Organização Mundial de Saúde e *Health Action International* para avaliação de disponibilidade, preço e capacidade de pagamento de medicamentos. O estudo foi realizado em seis municípios do Rio Grande do Sul: a capital do Estado e mais cinco localidades. A metodologia incluiu a avaliação de uma seleção de 50 medicamentos relevantes para a saúde pública em estabelecimentos públicos e privados de cada município. A coleta de dados foi realizada de novembro de 2008 a janeiro de 2009, em um único momento em cada local.

RELEVÂNCIA: O estudo adota uma metodologia que permite comparações nacionais e internacionais. Assim, pode-se comparar este estudo com outros já realizados em diversos países a fim de avaliar o preço, a disponibilidade e capacidade aquisitiva da população brasileira. Além disso, o estudo irá fornecer ferramentas para promover mudanças na política de medicamentos no Brasil, permitindo um maior acesso aos medicamentos da população em situação de vulnerabilidade.

INTRODUÇÃO

Os gastos com saúde oneram importante parcela dos orçamentos familiares e governamentais (MENEZES et al., 2006). No Brasil, os gastos com saúde representam o quarto maior grupo de dispêndios familiares, atrás apenas dos gastos com habitação, alimentação e transporte, de acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF de 1995/1996 (SILVEIRA et al., 2002) e de 2002/2003 (MENEZES et al., 2006). De acordo com a POF, os medicamentos representavam 37% dos gastos com saúde em 1995/1996 (SILVEIRA et al., 2002), passando para 40,6% em 2002/2003 (MENEZES et al., 2006). Estas proporções são alarmantes, especialmente, se levarmos em conta que o Sistema Único de Saúde (SUS) prevê um custeio dos gastos com medicamentos pelo setor público.

Os medicamentos são os recursos terapêuticos mais utilizados e seu uso adequado é altamente custo-efetivo (OPAS, 2005). Entretanto, a população com renda entre zero a quatro salários mínimos (51% da população) consome apenas 16% da produção de medicamentos no Brasil, enquanto a que possui renda acima de 10 salários mínimos (15% da população) consome 48% (BRASIL, 2001b). Isso evidencia que o acesso aos medicamentos fica comprometido na parcela da população que mais os necessita, sendo que, está descrito na literatura, que o preço dos medicamentos é considerado um dos principais obstáculos para o acesso (OMS/HAI, 2003).

Em função da escassa disponibilidade de dados sistemáticos sobre preços que as pessoas pagavam pelos medicamentos, em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em colaboração com a *Health Action International* (HAI), propôs um método padronizado para coleta de dados sobre preços de forma que sejam possíveis comparações nacionais e internacionais (OMS/HAI, 2003).

A OMS/HAI disponibiliza um manual com todas as informações necessárias para a coleta padronizada da disponibilidade e do preço que as pessoas pagam por uma seleção de cerca de 50 medicamentos dos diferentes setores locais (setor público, farmácias privadas e outros pontos de venda de medicamentos). Para cada medicamento são coletadas informações sobre preço e disponibilidade, no dia da coleta dos dados, para o medicamento referência, genérico e similar equivalente.

A capacidade de pagamento de tratamentos para doenças crônicas de um trabalhador que recebe um salário mínimo nacional, também é avaliada com a metodologia da OMS/HAI (OMS/HAI, 2003). A metodologia proposta possibilita comparações a nível internacional que auxiliam no entendimento do comportamento dos preços dos medicamentos no país, bem como no estabelecimento das mudanças políticas necessárias para reduzir os preços dos medicamentos e aumentar o acesso dos mesmos para a população.

O presente estudo tem como objetivo avaliar o preço e a disponibilidade de medicamentos no setor público e privado do sul do Brasil e a capacidade de pagamento dos medicamentos para doenças crônicas de um trabalhador brasileiro com renda de um salário mínimo nacional, utilizando a metodologia preconizada pela OMS/HAI.

REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura fundamenta-se nas seguintes bases de dados: Pubmed, Scielo e Lilacs. Também utiliza-se de publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e *Health Action International* (HAI), órgãos responsáveis pela elaboração da metodologia utilizada para a realização desta pesquisa.

Gastos com saúde e medicamentos

A partir dos anos setenta, observa-se uma tendência ao aumento da parcela da renda nacional gasta com saúde nos principais países desenvolvidos. Enquanto em meados dos anos sessenta os gastos com saúde nesses países oscilavam em torno de 3 a 4% do PIB, no começo dos anos noventa esses mesmos gastos estavam em torno de 10% do PIB, chegando a 14% nos Estados Unidos e Canadá (ANDRADE e LISBOA, 2006).

Os sistemas de saúde prestam serviços preventivos e curativos e fazem diferença na saúde das populações. Os gastos anuais com saúde *per capita* passaram de U\$ 1.363 em 1970 para U\$ 5.475 em 2002 nos Estados Unidos e de U\$ 211 para U\$ 1.770 na Espanha, no mesmo período (WHITE, 2007). Os gastos com medicamentos contribuem significativamente no gasto total com saúde e também têm aumentado ao longo do tempo. No Canadá, os gastos anuais com medicamentos passaram de U\$ 147 per capita em 1985 para U\$ 683 em 2004 (CIHI, 2007), representando um aumento de aproximadamente 470%.

O consumo per capita de medicamentos é extremamente desigual, varia de cerca de US\$ 400,00/ano, em países desenvolvidos, a US\$ 4,00/ano, em países em desenvolvimento. Segundo estimativa da OMS, em termos de valores, 15% da população mundial, consome mais de 90% da produção mundial de medicamentos

(OPAS, 2005). Isto demonstra o baixo acesso aos medicamentos da população em maior situação de vulnerabilidade. Esse panorama internacional revela o quanto o aumento dos gastos em saúde e com medicamentos tem se colocado na agenda dos governos, especialmente em países nos quais o acesso aos serviços de saúde é universal (VIEIRA e ZUCCHI, 2006). No Brasil, o volume de recursos financeiros da esfera federal investido na compra e fornecimento gratuito de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) representou, em 2002, 9,7% do gasto em saúde financiado pelo Ministério da Saúde (MOTA et al., 2008).

Um estudo exploratório publicado por Vieira (2009) analisa a evolução do gasto do Ministério da Saúde com medicamento e seus programas, no período de 2002 a 2007. Segundo o autor, observa-se um crescimento real dos gastos com medicamentos no período estudado. O gasto em 2007 foi 3,2 vezes o de 2002 e a participação do gasto com medicamentos no gasto total do Ministério da Saúde aumentou de 5,4% em 2002 para 10,7% em 2007. O gasto com a atenção básica teve aumento de 75% e com medicamentos dos programas estratégicos de 124%. O aumento dos gastos com medicamentos reforça a importância da gestão eficiente da assistência farmacêutica e, conseqüentemente, da informação sobre gastos com medicamentos como componente desse processo (VIEIRA, 2009).

O SUS foi criado pela Constituição Federal Brasileira de 1988, prevendo o acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A universalização da assistência médica deveria elevar o grau de cobertura do sistema público de saúde, entretanto, as restrições financeiras

e a deterioração dos serviços públicos de saúde permitiram a segmentação do mercado e o crescimento dos planos de saúdes privados (KILSZTAJN et al., 2002).

Nas famílias estudadas pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizado pelo IBGE em 1995/1996 e em 2002/2003, os gastos com saúde (medicamentos, plano/seguro de saúde, consulta e tratamento dentário, consulta médica, tratamento ambulatorial, serviços de cirurgia, hospitalização, exames diversos, material de tratamento e outros gastos com saúde) representam 7% do desembolso global, sendo o quarto maior grupo de dispêndios familiares. Esta colocação indica, de forma expressiva, o peso dos gastos com saúde no consumo das famílias (SILVEIRA et al., 2002). No POF 2002/2003, verificou-se que em todas as Unidades da Federação os gastos com medicamentos e planos de saúde representam a principal parcela dos gastos com saúde, respondendo por cerca de 60% do total no Brasil e mais de 80% nas regiões Norte e Nordeste. (MENEZES et al., 2006).

Enquanto entre os mais pobres a principal categoria de dispêndios com saúde são os medicamentos, à medida que os estratos mais ricos são considerados, cresce progressivamente a importância dos gastos com planos de saúde (SILVEIRA et al., 2002). Os dados da pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD) de 2003 mostra que apenas 2,9% das pessoas, vivendo em famílias com rendimento familiar inferior a um salário mínimo, possuíam plano de saúde. Esse percentual sobe para 83,8% para as pessoas com rendimento familiar superior a 20 salários mínimos (MENEZES et al., 2006). A POF 2003 mostra que o gasto com medicamentos representa 75% dos gastos familiares mensais em saúde das famílias com rendimento até R\$ 400,00 enquanto nas famílias com rendimento entre R\$ 2.000,00 e R\$ 3.000,00 esse gasto corresponde a 40% (MENEZES et al., 2006).

Em estudo transversal realizado na cidade de Porto Alegre, em 2003, envolvendo 869 famílias, observou-se que os medicamentos foram responsáveis por 47% dos gastos familiares com saúde e os gastos com planos de saúde representaram 22% destes gastos. Os mais ricos, em média, gastam 70 vezes mais que os mais pobres em planos de saúde, 26 vezes mais em tratamento dentário e seis vezes mais com medicamentos (BARROS e BERTOLDI, 2008). As despesas com saúde, quando existentes, têm um impacto maior sobre os rendimentos das famílias mais pobres (SILVEIRA et al., 2002).

O preço dos medicamentos também possui um forte impacto na renda dos idosos. Assim, tendo em vista que o grupo de idosos constitui o segmento que mais cresce da população brasileira, e que cerca de 50% dos idosos têm renda pessoal menor ou igual a um salário mínimo, o gasto médio mensal com medicamentos compromete aproximadamente um quarto da renda (23%) de metade da população idosa brasileira (LIMA-COSTA et al., 2002). Essa observação reforça a necessidade de políticas para melhorar o acesso da população idosa aos medicamentos.

Outro aspecto que pode influenciar o gasto com medicamentos é o conhecimento dos médicos sobre o custo dos tratamentos. Em uma revisão sistemática realizada em 1997, para avaliar a consciência dos médicos sobre o custo dos medicamentos, concluiu-se que essa consciência é pobre. A pesquisa demonstrou uma tendência em subestimar o preço dos medicamentos caros e de superestimar o preço dos baratos, demonstrando uma falta de reconhecimento entre caro e barato. Essa discrepância, por sua vez, poderia ter implicações profundas para as despesas com medicamentos (ALLAN et al., 2007).

Acesso aos medicamentos

A definição de acesso aos medicamentos expressa a “relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual a necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente, com a garantia da qualidade e a informação suficiente para o uso adequado” (LUIZA, 2002). No Brasil, existem milhões de pessoas que não têm acesso aos medicamentos. Do ponto de vista do indivíduo, este quadro repercute em agravamento de enfermidades, perda da qualidade de vida, incapacidade para o trabalho e sofrimento individual e familiar. Para o sistema de saúde, diminui a efetividade do atendimento prestado, reduz capacidade de atendimento, exige a organização de serviços mais complexos e leva a um considerável aumento de custos (BRASIL, 2003).

A situação mundial do acesso a medicamentos essenciais é ainda considerada crítica. Embora o acesso à atenção à saúde seja um direito humano fundamental, no qual está incluído o acesso a medicamentos essenciais, a OMS estima que cerca de dois bilhões de pessoas (1/3 da população mundial) não têm acesso regular a esses medicamentos (OPAS, 2005).

Um estudo realizado pela OMS em 1999 avaliou o acesso aos medicamentos em 183 países dos 193 existentes no mundo. Observou-se que na Europa, 25 dos 46 países que participaram do estudo estavam no grupo de acesso muito elevado e apenas três países estavam no grupo de acesso muito baixo, enquanto na região Africana apenas três dos 45 países estavam no grupo de acesso muito elevado, 37 países (mais de 80%) estavam no grupo muito baixo e baixo a médio acesso. Este estudo mostrou que cerca de 30% da população mundial, ou seja, entre 1,3 e 2,1 bilhões de pessoas, não possuem acesso aos medicamentos essenciais de que necessitam. Na Índia, estima-se que 50% a 65% da população não têm acesso

regular aos medicamentos essenciais. Em toda a África, mais de 267 milhões de pessoas (quase metade da população, ou 15% do total mundial), também carecem de acesso. A falta de acesso a medicamentos essenciais é inferior a 1% em países de alta renda, 24% em países de renda média e 39% em países de baixa renda (WHO, 2004b).

Segundo a OMS (WHO, 2004a), medicamentos essenciais são aqueles que servem para satisfazer as necessidades de atenção à saúde da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, evidências sobre a eficácia e a segurança e com os estudos comparativos de custo e efetividade. Devem estar disponíveis em todo momento, nas quantidades adequadas, nas formas farmacêuticas requeridas e a preços que os indivíduos e a comunidade possam pagar. Deve-se ressaltar, ainda, que a disponibilidade e efetividade dos medicamentos e dos serviços prestados na área farmacêutica atuam como fatores-chave para propiciar uma boa credibilidade do sistema de atenção à saúde. Os medicamentos fazem com que haja maior adesão e participação da comunidade nas diversas atividades destinadas a prevenir doenças e promover saúde (OPAS, 2005).

Conforme o Art. 6º da Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS, está assegurada a assistência terapêutica integral aos cidadãos brasileiros, inclusive assistência farmacêutica. Portanto, o acesso universal e gratuito a serviços públicos e a medicamentos essenciais padronizados pelo SUS tem garantia constitucional.

Um inquérito populacional realizado pela OMS em 2004 em cinco estados brasileiros (Espírito Santo, Goiás, Pará, Rio Grande do Sul e Sergipe), encontrou uma prevalência de acesso a medicamentos receitados na última consulta médica de 87%. Neste estudo, a disponibilidade média para os medicamentos essenciais foi

de 74% nas unidades públicas de saúde. Chama a atenção que, nas farmácias privadas, o percentual foi de 88%, mostrando que também nestes estabelecimentos o usuário tem dificuldade de encontrar medicamentos essenciais (OPAS, 2005).

Este mesmo estudo abordou o comportamento da população frente a um episódio agudo de doença, em que os sintomas, independentes de sua gravidade, incomodam o indivíduo e suscitam a busca de uma solução, ainda que pontual. Em 89,6% dos domicílios, os doentes obtiveram todos os medicamentos recomendados por médico ou dentista, sendo que 99% dos domicílios com oito ou mais bens obtiveram todos os medicamentos recomendados. No entanto, a maior parte dos doentes obteve seus medicamentos em farmácias privadas e, para os que não conseguiram o medicamento, o motivo mais freqüente foi a falta de dinheiro para a compra. Esses dados indicam uma falha do setor público na provisão dos medicamentos, tendo em vista que o modelo brasileiro é baseado no fornecimento gratuito de medicamentos essenciais (OPAS, 2005).

Em estudo transversal realizado em Porto Alegre, em 2003, que avaliou o acesso aos medicamentos por uma população coberta pelo Programa de Saúde da Família (PSF), apenas 3,6% dos entrevistados relataram não ter acesso aos medicamentos nos 15 dias anteriores à pesquisa, demonstrando que, no geral, a falta de acesso é baixa. Entretanto, somente 51% de todos os medicamentos utilizados foram obtidos gratuitamente no SUS, 7,5% gratuitamente em outros locais e 41,5% dos medicamentos foram comprados (BERTOLDI et al., 2008).

Em 2005, um estudo transversal no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), realizado em 41 municípios do Sul e Nordeste brasileiro, encontrou uma prevalência de acesso a medicamentos de uso contínuo de 81 % em adultos e 87% em idosos. O maior acesso entre os adultos da

Região Sul esteve associado com maior idade, melhor nível econômico, tipo de morbidade crônica e participação em grupos da Unidade Básica de Saúde (PANIZ et al., 2008).

Segundo dados da Organização das Nações Unidas, milhões de brasileiros vivem abaixo da linha da pobreza, sem acesso a moradia, alimentação e saúde. Muitos dependem da assistência médica pública e não têm recursos financeiros para adquirir medicamentos em farmácia privadas. Em função deste quadro, tem-se discutido questões ligadas à busca de caminhos que possibilitem a uma camada maior da população o acesso aos serviços de saúde, e fundamentalmente aos medicamentos (VIEIRA e ZUCCHI, 2006).

Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica

Entendendo a Assistência Farmacêutica como parte importante de um Sistema de Saúde e componente fundamental para a efetiva implementação das ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população, o Ministério da Saúde, em outubro de 1998, aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998), instrumento que passou a orientar todas as ações no campo da política de medicamentos no país. A PNM, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população (BRASIL, 2001b). Essa política fortalece os princípios e diretrizes constitucionais, legalmente estabelecidos, explicitando, além das diretrizes básicas, as prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores do SUS (BRASIL, 2001a).

A PNM tem como propósito garantir o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, assim como a necessária qualidade, segurança, eficácia dos mesmos e a promoção do uso racional. Ela tem como base os princípios e diretrizes do SUS, definindo as prioridades relacionadas à legislação, incluindo a regulamentação, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos e desenvolvimento de recursos humanos, científicos e tecnológicos (MARIN, 2003).

Segundo a PNM (BRASIL, 2001b), para assegurar o acesso da população aos medicamentos, os gestores do SUS adotaram algumas diretrizes, como: adoção da relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME), regulamentação sanitária de medicamentos, reorientação da assistência farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento científico e tecnológico, promoção de produção de medicamentos, garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. Entre essas diretrizes, definiram-se como prioridades, a revisão permanente da RENAME, a reorientação da assistência farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos.

A reorientação da Assistência Farmacêutica integra as diretrizes da PNM, devendo ser considerada como uma das atividades prioritárias da assistência à saúde, em face de sua transversalidade com as demais ações e programas de saúde. Nesse sentido, o medicamento é de fundamental importância, sendo difícil outro fator, isoladamente, possuir, no âmbito dos serviços de saúde maior impacto sobre a capacidade resolutiva dos mesmos. Portanto, pode-se considerar que o

medicamento é um insumo estratégico para a melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2001a).

Para tanto, em 2004, foi aprovada, pela resolução nº 388 do Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica como parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando seu acesso e uso racional (BRASIL, 2004).

Com a finalidade de viabilizar a política citada, em 2007, a portaria GM nº 3.237 (BRASIL, 2007), aprovou as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica, como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Nesta portaria ficou estabelecido que o financiamento da assistência farmacêutica básica é responsabilidade das três esferas do governo, devendo ser aplicado os valores mínimos definidos:

- União: R\$ 4,10 por habitante/ano
- Estados e Distrito Federal: R\$ 1,50 por habitante/ano
- Municípios: R\$ 1,50 por habitante/ano.

Política de medicamentos genéricos

Uma das políticas do governo nacional que leva à diminuição do custo da saúde é o estímulo ao uso de medicamentos genéricos, que são, mais baratos que os medicamentos de referência devido ao fato de não recaírem sobre o genérico os custos relativos ao desenvolvimento da nova molécula e dos estudos clínicos necessários. Outro fator que contribui para um custo mais baixo é o menor

investimento em propaganda para tornar a marca conhecida (DIAS e ROMANO-LIEBER, 2006).

Na década de 1990, a política de medicamentos genéricos foi identificada como uma alternativa viável para o mercado farmacêutico de países em desenvolvimento, a fim de reduzir a dependência externa e os preços e custos dos medicamentos (VIEIRA e ZUCCHI, 2006).

No Brasil, a política de medicamentos genéricos foi instituída em 1999 com a Lei de Genéricos 9.787, visando estimular a concorrência e a variedade de oferta no mercado de medicamentos, melhorar a qualidade de todos os medicamentos, reduzir os preços e facilitar o acesso da população aos tratamentos. Esta lei define medicamento genérico como medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (BRASIL, 1999).

O medicamento referência é o produto inovador, registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no país, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro. Os demais medicamentos são chamados de similares e se caracterizam por conter o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresentar a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, preventiva ou diagnóstica, do medicamento de referência registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de

validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca (BRASIL, 1999).

Em 2002, um estudo realizado no sul do Brasil avaliou o conhecimento e a utilização de medicamentos genéricos em uma amostra populacional de adultos. A proporção de genéricos, no total de medicamentos, foi de 3,9%. Enquanto 86,0% sabiam que o preço dos genéricos era menor e 70,0% que a qualidade era equivalente aos medicamentos de marca, apenas 57,0% conheciam alguma característica da embalagem que diferencia os genéricos de outros medicamentos. Neste mesmo estudo, um medicamento de marca (com nome comercial semelhante ao genérico) foi erroneamente classificado como genérico através de fotos por 48,0% das pessoas. Entre os indivíduos que compraram medicamentos no período de 15 dias, 18,9% relataram comprar um genérico, mas esse resultado deve ser interpretado com cautela, pois freqüentemente a população não consegue diferenciar os genéricos dos demais medicamentos (BERTOLDI et al., 2005).

Política Nacional de Regulação de Preços de Medicamentos

Em 2003 foi aprovada a Lei nº 10.742 de outubro de 2003, que define as normas de regulação para o setor financeiro e cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Esta lei estabelece normas para o setor farmacêutico, com a finalidade de promover a assistência farmacêutica à população, por meio de mecanismos que estimulem a oferta de medicamentos e a competitividade do setor e cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) (BRASIL, 2004).

A CMED tem como objetivos a adoção, implementação e coordenação de atividades relativas à regulação econômica do mercado de medicamentos. Portanto,

compete à CMED, dentre outros atos definidos na Lei 10.742: definir as diretrizes e procedimentos relativos à regulação econômica do mercado de medicamentos, estabelecer critérios para a fixação e ajustes de preços de medicamentos, definir os critérios para fixação dos preços dos produtos novos e novas apresentações de medicamentos, estabelecer critérios para fixação de margens de comercialização de medicamentos a serem observados pelos representantes, distribuidores, farmácias e drogarias, inclusive das margens de farmácias voltadas especificamente ao atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica (BRASIL, 2004).

O ajuste de preços de medicamentos é baseado em um modelo de teto de preços calculado com base em um índice, em um fator de produtividade e em um fator de ajuste de preços relativos intra-setor e entre setores. O índice utilizado, para fins do ajuste é o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. O fator de produtividade, expresso em percentual, é o mecanismo que permite repassar aos consumidores, por meio dos preços dos medicamentos, projeções de ganhos de produtividade das empresas produtoras de medicamentos. O fator de ajuste de preços relativos, expresso em percentual, é composto de duas parcelas: a parcela do fator de ajuste de preços relativos intra-setor, que será calculada com base no poder de mercado, que é determinado, entre outros, pelo poder de monopólio ou oligopólio, na assimetria de informação e nas barreiras à entrada; e a parcela do fator de ajuste de preços relativos entre setores, que será calculada com base na variação dos custos dos insumos (BRASIL, 2004).

Os medicamentos sob regime de regulação de preços só podem sofrer reajuste anualmente, dentro dos limites estabelecidos pela CMED. Os

produtos/medicamentos novos e novas apresentações no mercado precisam ter o seu preço aprovado pela CMED, antes de sua comercialização, de acordo com a Resolução CMED nº 2/2004.

Os medicamentos a serem lançados são divididos em seis categorias: 1) Moléculas novas que apresentam ganho para o tratamento em relação às alternativas terapêuticas existentes: o preço não pode ser superior ao menor preço entre nove países. 2) Moléculas novas que não apresentam ganho para o tratamento em relação às alternativas terapêuticas existentes: o custo do tratamento não pode ser superior ao custo do tratamento dos medicamentos disponíveis no país. 3) Novas apresentações de medicamentos já comercializados pela própria empresa: o critério é a média dos preços dos medicamentos já comercializados pela própria empresa. 4) Novas apresentações da empresa de um medicamento já comercializado por outras empresas: o critério é a média dos preços dos medicamentos já comercializados pelas outras empresas. 5) Nova associação de princípios ativos ou nova forma farmacêutica no país: o custo de tratamento não pode ser superior aos tratamentos com as alternativas terapêuticas existentes. 6) Medicamentos genéricos: deve ter preço no mínimo 35% inferior ao preço do medicamento de referência (BRASIL, 2004).

Metodologia da OMS e HAI

A metodologia utilizada neste trabalho é o resultado de um trabalho técnico da Organização Mundial de Saúde (OMS) – *Mesa Redonda sobre Produtos Farmacêuticos de Organizações não Governamentais de Interesse Público* - estabelecido em 1998, para fortalecer a colaboração entre a OMS e a sociedade civil. A coordenação das organizações não governamentais de interesse público que

participaram da elaboração do projeto esteve sob a responsabilidade da *Health Action International* (HAI) Europa. A HAI é uma entidade internacional que intervém nas políticas e regulamentações nacionais e internacionais para garantir que protejam a saúde pública, centrando-se na promoção do conceito de medicamentos essenciais, acesso equitativo a medicamentos de qualidade e uso racional de medicamentos.

O grupo participante da mesa redonda identificou a necessidade de estabelecer um método normativo para reconhecer e analisar os preços dos medicamentos e a estrutura dos preços dentro de um país em um determinado momento e ao longo do tempo. Em 2001 e 2002, os membros do projeto aplicaram, como um teste piloto, a técnica desenvolvida em nove países e quatro continentes, entre eles o Brasil.

A OMS/HAI disponibiliza um manual com todas as informações necessárias para a coleta padronizada dos preços que as pessoas pagam por uma seleção de 50 medicamentos dos diferentes setores locais (setor público, farmácias privadas e outros pontos de venda de medicamentos). Também permite a avaliação da capacidade de pagar e da disponibilidade dos medicamentos (WHO/HAI, 2008b).

Estudos sobre preços e disponibilidade dos medicamentos

O preço dos medicamentos é considerado um dos mais importantes obstáculos para se ter o acesso. A aquisição dos medicamentos contribui significativamente com orçamento em saúde dos países em desenvolvimento e o gasto com medicamento pode chegar a quantia de 50 a 90% dos custos não pessoais (BABAR et al., 2007).

Um estudo realizado, de janeiro de 2000 a junho de 2004, para verificar a magnitude da diferença de preço entre os medicamentos genéricos e referência,

verificou que os genéricos foram introduzidos no mercado, em média, com preços 40% menores do que os medicamentos de referência e esta diferença tende a aumentar ao longo do tempo (VIEIRA e ZUCCHI, 2006).

Em um estudo realizado em Maringá - PR (MONTEIRO et al., 2005), em 2002, observou-se que os medicamentos genéricos, não sujeitos a controle especial, são, em média, 42% mais baratos do que os de referência e 15% mais baratos que os similares.

Uma das maneiras de avaliar o preço dos medicamentos é através da comparação com o preço de referência internacional, onde para cada medicamento é calculado um preço unitário médio e a mediana. A mediana dos preços é o valor utilizado como preço internacional de referência (EWEN e DEY). A razão do preço mediano (RPM) é a relação entre a mediana do preço unitário local e o preço de referência internacional. Esta razão é, portanto, uma expressão de quanto maior ou menor é o preço do medicamento em relação ao preço de referência internacional (WHO/HAI, 2008b). A fim de permitir a discussão e comparação internacional, padronizaram-se, para o setor público, valores da RPM menores que 1,00, que indicam que o setor está realizando aquisições de forma eficiente e com preços competitivos. Para o setor privado, padronizaram-se valores da RPM igual ou menor 2,5 como aceitáveis, sendo que valores acima dos preconizados representam um preço local excessivo (GELDERS et al., 2006).

Um estudo recente investigou o preço e a disponibilidade de 32 medicamentos essenciais para tratamento de doenças crônicas em amostras representativas de quatro áreas geográficas: Bangladesh, Brasil, Malawi, Nepal, Paquistão e Sri Lanka. No Brasil e Sri Lanka, 30% e 28% dos medicamentos, respectivamente, estavam disponíveis no setor público, enquanto nos outros países

menos de 7,5% estavam disponíveis. No Brasil, o preço dos medicamentos de referência foram 135% superiores aos dos genéricos mais baratos, enquanto em Bangladesh e Malawi foram 34% e 257% superiores, respectivamente (MENDIS et al., 2007).

Um estudo realizado na Malásia, utilizando a metodologia da OMS/HAI, investigou o preço e disponibilidade de 48 medicamentos. Nas farmácias privadas, os preços de medicamentos de referência e genéricos foram 16 e 6,6 vezes mais altos do que os preços de referência internacional, respectivamente. No setor público, onde os medicamentos são gratuitos, a disponibilidade foi pequena mesmo para medicamentos que constam na lista nacional de medicamentos essenciais (BABAR et al., 2007).

Um estudo realizado no Estado de Minas Gerais, de maio de 2000 a abril de 2001, avaliou a disponibilidade de uma lista de 21 medicamentos essenciais. A disponibilidade de medicamentos essenciais nos almoxarifados municipais foi de 52,0%; nas unidades públicas de saúde, 46,9%; e nas unidades ambulatoriais filantrópicas e privadas, 41,0% e 38,1%, respectivamente. Nas farmácias privadas, a disponibilidade de medicamentos essenciais alcançou 81,2% (GUERRA-JR. et al., 2004). No quadro 1 estão apresentados estudos sobre preços e disponibilidade de medicamentos que utilizaram a metodologia da OMS/HAI, publicados até maio de 2009.

Quadro 1 Estudos sobre preços e disponibilidade de medicamentos

Autor / ano	Amostra	Local	Resultado	
			Disponibilidade	Preço
(MENDIS et al., 2007)	32 princípios ativos. 6 Países	Brasil (RS) Paquistão, Sirilanka, Bangladesh, Malawi, Nepal	SP: ≤7,5% exceto Brasil (30%) e Sirilanka (28%). SPR: Brasil MG: 70% Sirilanka MG: 79%	SP: MG: 0,5-1,5 x PRI MR: 2-3 x PRI SPR: Brasil: MR 135% mais caro que o MG.
(WHO/HAI, 2006)	6 Países Da África Subsaariana	Ghana Oeste da África (Kenya Tanzânia Uganda)	Ghana SP: 6 – 8 % SPR: MG: 64% MR: 5,4% Oeste da Africa SP Kenya: 65% Tanzania: 47% Uganda: 55% SPR Kenya: MG: 62,9% MR: 33,6% Tanzania: MG: 41,7% MR: 1,2% Uganda: MG: 80% MR: 0%	Ghana SP: MG: 0,95 x PRI SPR: MG: 4,12 (0,99-33,65) x PRI MR: 18,47 (2,86-154,34) x PRI Oeste da Africa SP Kenya: 0,55 x PRI Tanzania: 0,67 x PRI Uganda: 0,78 x PRI SPR Kenya: MG: 2,58 x PRI MR: 17,33 x PRI Tanzania: MG: 3,53 x PRI MR: 15,45 x PRI Uganda: MG: 2,94 x PRI MR: 17,48 x PRI
(AL-QUBATI e AHMED, 2007)	35 princípios ativos	Yemen	SP: MG: 5% (0-12%) MR: 0% SPR: MG: 90% MR: 50%	SP: MG: 1,09 (0,9-1,5) x PRI SPR: MG:3,5 (1,87 – 7,45) x PRI MR: 18,11 (17,35-35,6) x PRI
(BABAR et al., 2007)	48 princípios Ativos.	Malásia	SP: MG: 40% MS: 0% MR: 5% SPR: MG: 43% MS: 18% MR: 39%	SP: MR: 2,41 x PRI MG: 1,56 x PRI MS: 1,09 x PRI SPR: MR: 16 x PRI MG: 6,6 x PRI
(KOTWANI et al., 2007)	30 princípios ativos	Índia	SP: 0-30% SPR: MG: 51% - 95% MS: 48%-95% MR: 0%-23%	SP: 0,27-0,48 X PRI SPR: MG: 1,3-1,84 x PRI MS: 1,3-1,69 x PRI MR: 1,74-4,38 x PRI
(CAMERON et al., 2009)	15 princípios ativos	36 países	SP: MG: 38,4% (9,7%-79,2%) SPR: 84,2% (14,8% - 97,5%)	SP: 1,11 x PRI (0,09-5,37) SPR: MG: 9-25 x PRI MR: 20xPRI

MG: Medicamento Genérico; MS: Medicamento Similar; MR: Medicamento Referência
SP: Setor Público; SPR: Setor Privado; PRI: Preço de Referência Internacional

Capacidade de pagamento

A mudança no perfil epidemiológico da população brasileira e o envelhecimento populacional ocasionam modificações qualitativas e quantitativas no consumo de medicamentos, acarretando um maior consumo e gerando um maior custo social, principalmente, se considerarmos os medicamentos de uso contínuo. Estes assumem grande importância no tratamento de doenças crônico-degenerativas, como doenças cardiovasculares, asma e diabetes, bem como problemas de saúde mental, morbidades estas que apresentam prevalências crescentes no Brasil (BRASIL, 2001b).

No Brasil, os medicamentos são fornecidos gratuitamente, entretanto, quando estes não estão disponíveis, os usuários do SUS adquirem seus medicamentos no setor privado, ocasionando um gasto não previsto no orçamento familiar. Este gasto não previsto com serviços de saúde pode absorver parte significativa do orçamento de uma família, levando-a a abrir mão de consumir outros serviços, vender ativos ou mesmo se endividar. Para algumas famílias, esse evento não previsto, pode inclusive implicar o risco de torná-las pobres ou mesmo de uma família pobre se tornar indigente. Ou seja, um gasto catastrófico para essas famílias (DINIZ et al., 2006).

Segundo a metodologia de Ke Xu, publicada pela OMS em 2005, considera-se que incorrem em gasto catastrófico aquelas famílias que têm 40% da sua capacidade de pagamento alocados para o desembolso direto com saúde. O cálculo para determinar a capacidade de pagamento foi estimado como o gasto total de consumo das famílias menos o gasto com alimentação (XU, 2005). Um estudo transversal, realizado em Porto Alegre, em 2003, incluindo 869 famílias, utilizando uma adaptação da metodologia de Xu, (XU et al., 2003), encontrou que, 12% das

famílias estudadas, apresentaram uma despesa com saúde em mais de 40% de sua capacidade de pagamento (BARROS e BERTOLDI, 2008).

Outra maneira de estimar a capacidade de pagamento do tratamento medicamentoso é através do número de dias gastos do salário para pagar o tratamento. Esta análise é de grande utilidade, visto que expressa a relação do preço com a capacidade aquisitiva individual (WHO/HAI, 2008b).

Um estudo realizado de 2002 a 2004, com objetivo de estudar o acesso a medicamentos no Brasil medido no nível domiciliar, tendo como base a Pesquisa Domiciliar para a Medida de Acesso e Uso de Medicamentos, PDAUM-2004, proposta da OMS para avaliar a situação farmacêutica nos países, verificou a capacidade aquisitiva, definida pela relação entre preços de produtos ou serviços e a capacidade do usuário de pagar por eles. Neste estudo, a capacidade aquisitiva apresentou-se como um gargalo importante na questão do acesso. No PDAUM, 62,8% dos entrevistados relataram que não podiam pagar como a principal razão para não obtenção dos medicamentos prescritos (OLIVEIRA, 2006).

Um estudo realizado no Sudão em 2007, utilizando uma metodologia da OMS para avaliar a situação farmacêutica dos países, avaliou a capacidade de pagamento através do custo total do tratamento dividido pelo salário mínimo diário. Em média, o tratamento completo para pneumonia em adultos e crianças, custou, respectivamente, 3,13 e 0,57 dias do salário mínimo (CHERAGHALI e IDRIES, 2009). Em outro estudo realizado em seis países, verificou-se que o custo de tratamento para um mês, com insulina de ação intermediária, variou de 2,8 dias de trabalho de um trabalhador do serviço público não qualificado no Brasil, para 19,8 em Malawi (MENDIS et al., 2007). No Quadro 2 estão descritos estudos que

utilizaram a metodologia da OMS/HAI, avaliaram a capacidade de pagamento para diversas doenças e foram publicados até maio de 2009.

Quadro 2 Estudos sobre capacidade de pagamento

Autor/Ano	Amostra	Local	Capacidade de Pagamento
(MENDIS et al., 2007)	32 princípios ativos. 6 Países	Brasil (RS) Paquistão, Sirilanka, Bangladesh, Malawi, Nepal	Doença Coronariana (ácido acetilsalicílico, sinvastatina, propranolol, enalapril): Malawi: 18 dias do salário Brasil, Nepal e Paquistão: 5 dias do salário. Sirilanka: 1,5 dias do salário Asma (beclometasona inalatória): Bangladesh: 1,3 dias do salário Malawi: 9,2 dias do salário
(AL-QUBATI e AHMED, 2007)	35 princípios ativos	Yemen	Glibenclamida 5 mg (2x/dia/30dias) MG: 0,7 dias do salário MR: 4,3 dias do salário Atenolol 50mg (1x dia/30dias) MR: 4,3 dias do salário MG: 0,7 dias do salário Salbutamol Inalatório 100mcg/dose (200doses) MG: 0,6 dias do salário MR: 1,5 dias do salário Amitriptilina 25mg (3xdias/30 dias) MR: 3,5 dias do salário MG: 1,8 dias do salário
(BABAR et al., 2007)	48 princípios ativos.	Malásia	Glibenclamida MR: 2 dias do salário MG: 0,5 dias do salário Anlodipino (5mg/30 dias): MR: 4,9 dias do salário Sinvastatina (20mg/30 dias): MR: 7,5 dias do salário MG: 2,3 dias do salário Fluoxetina (1xdia/30dias) MR: 26 dias do salário
(CAMERON et al., 2009)	15 princípios ativos	36 países	Glibenclamida 5mg (2x dia/30dias) África: MG: 1,8 dias do salário MR: 8,4 dias do salário Américas: MG: 1,5 dias do salário MR: 4,5 dias do salário Europa: MG: 1,8 dias do salário MR: 0,5 dias do salário Salbutamol inalatório 100mcg/dose (200 doses) África: MG: 2,5 dias do salário MR: 4,4 dias do salário Américas: MG: 1 dia do salário MR: 2 dias do salário Europa: MG: 5 dias do salário MR: 3,6 dias do salário

MG: Medicamento Genérico; MS: Medicamento Similar; MR: Medicamento Referência

JUSTIFICATIVA

O acesso a medicamentos é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde e um determinante importante do cumprimento do tratamento prescrito (PANIZ et al., 2008). Nos países em desenvolvimento, estudos sobre preços dos medicamentos são escassos. Portanto, medir o preço dos medicamentos é a primeira etapa no desenvolvimento de políticas de preço que assegurem o acesso aos medicamentos (BABAR et al., 2007).

Além disso, o tratamento de doenças freqüentes e importantes, no nível da atenção básica em saúde, compromete proporção importante da renda dos trabalhadores que ganham até um salário mínimo (OPAS, 2005). Assim, verificar a capacidade de pagamento dos medicamentos para doenças crônicas é uma importante forma de mensurar o impacto dos preços dos medicamentos na renda das pessoas.

Sendo assim, a metodologia da OMS/HAI é uma ferramenta útil para obter informações de forma padronizada sobre preços, disponibilidade e capacidade de pagamento dos medicamentos. Portanto, o desenvolvimento deste estudo pode permitir comparações com dados já existentes, além de possibilitar comparações entre diferentes municípios do Estado e com outros países. Essas comparações locais podem contribuir para o entendimento dos fatores relacionados ao melhor ou pior acesso aos medicamentos em diferentes regiões do Estado, auxiliando em medidas que garantam uma assistência farmacêutica de qualidade aos cidadãos gaúchos.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar o preço e a disponibilidade de medicamentos no setor público e privado e a capacidade de pagamento dos medicamentos para doenças crônicas, de um trabalhador brasileiro com rendimento de um salário mínimo nacional, em municípios de Rio Grande do Sul.

Objetivos específicos

- Verificar a disponibilidade dos medicamentos selecionados no setor público e privado;
- Comparar a diferença do preço de compra no setor público com o preço de referência internacional
- Comparar o preço de venda do setor privado com o preço de referência internacional;
- Avaliar a diferença dos preços entre as categorias de medicamentos: genérico, referência e similar.
- Avaliar a capacidade de pagamento dos medicamentos para o tratamento de doenças de crônicas como: *diabetes mellitus* tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, asma, epilepsia e depressão.

HIPÓTESES

- Estima-se que os medicamentos essenciais apresentem uma disponibilidade menor que 50% no setor público do Rio Grande do Sul.

- Estima-se que os medicamentos essenciais apresentem uma disponibilidade, no setor privado, abaixo de 50%.
- O preço de compra dos medicamentos no setor público é elevado quando comparado com o preço de referência internacional;
- O preço de venda dos medicamentos no setor privado é elevado quando comparados com o preço de referência internacional.
- Existe uma grande diferença no preço dos medicamentos entre as categorias de medicamento genérico, referência e similar.
- A população com renda de um salário mínimo nacional trabalha mais de 1 dia para pagar o tratamento de doenças crônicas.

METODOLOGIA

Delineamento e população-alvo

O delineamento do estudo é transversal e a população-alvo inclui os setores públicos e privados de fornecimento de medicamentos no estado do Rio Grande do Sul.

Seleção da amostra

A metodologia da OMS/HAI foi publicada como um manual (WHO/HAI, 2008a) e preconiza que seja selecionada uma pequena amostra de estabelecimentos em pelo menos seis zonas geográficas da região em estudo: um centro urbano principal e mais cinco localidades. Uma vez selecionadas as zonas geográficas, são eleitas para a coleta de dados uma amostra de estabelecimentos e de pontos de venda de medicamentos. Este estudo está sendo realizado no estado do Rio Grande do Sul.

Zonas geográficas selecionadas

O estudo está sendo realizado em seis municípios. O centro urbano principal que é a cidade de Porto Alegre (capital do estado) e outras cinco localidades: municípios de Bagé, Caxias do Sul, Pelotas, Santa Cruz do Sul e São Leopoldo. Os municípios foram selecionados por conveniência.

Estabelecimentos de saúde públicos eleitos para a amostra

Em cada cidade incluída no estudo, são selecionadas cinco estruturas de saúde do setor público distribuídos da seguinte maneira:

- O principal hospital de atendimento pelo SUS do município:
 - Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição;
 - São Leopoldo: Hospital Centenário;
 - Caxias do Sul: Hospital Geral de Caxias do Sul;
 - Pelotas: Hospital-Escola da Universidade Federal de Pelotas/
Fundação de Apoio Universitário;
 - Santa Cruz do Sul: Hospital Santa Cruz;
 - Bagé: Santa Casa de Caridade de Bagé.

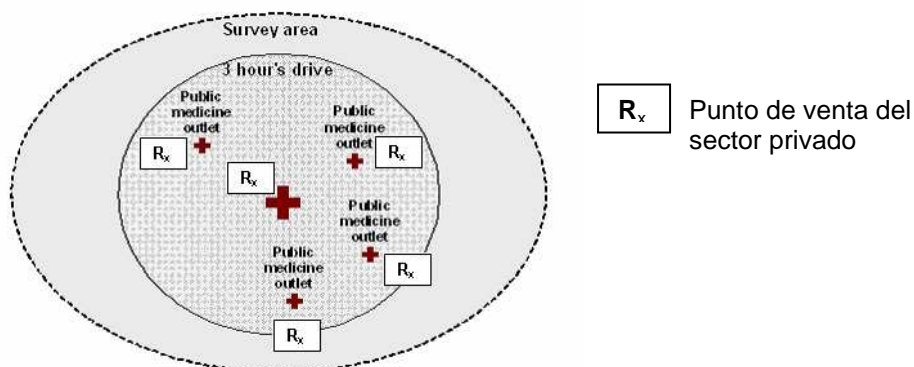
- Quatro outros estabelecimentos públicos, eleitos de forma aleatória, levando em consideração os níveis de estrutura de saúde nos municípios. São selecionadas Unidades Básicas de Saúde e Farmácias Distritais ou Municipais ou de Centros de Especialidades, dependendo da estrutura organizacional de cada município.

Farmácias privadas eleitas para a amostra

Em cada município são selecionadas cinco farmácias do setor privado. A escolha das farmácias leva em consideração a proximidade aos locais de saúde pública

eleitos para o estudo. Teve-se o cuidado de não selecionar farmácias da mesma rede na mesma cidade e entre as cidades.

O fluxograma abaixo indica a estrutura de amostragem seguida em cada município:



Fonte: (WHO/HAI, 2008b)

Seleção dos medicamentos para inclusão na pesquisa

A metodologia prevê uma avaliação de uma seleção de 50 medicamentos como base para a coleta de dados, divididos em três listas: uma de comparação internacional global, uma de comparação internacional regional (América Latina), e uma lista complementar (estudo do Rio Grande do Sul) composta por 21 medicamentos que não estão incluídos nas listas de comparação internacional, mas que são utilizados frequentemente no tratamento de importantes enfermidades regionais.

Para cada medicamento a lista apresenta a concentração do medicamento e a forma farmacêutica. De cada um deles é coletado informação de preço do medicamento referência, o equivalente genérico e o similar equivalente de menor preço da farmácia.

Abaixo está listada a relação dos medicamentos selecionados para a pesquisa, divididos conforme a distribuição para a comparação internacional (Quadro 3), regional (Quadro 4) e a lista complementar (Quadro 5).

Quadro 3 Lista de comparação internacional global

Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica
Amitriptilina	25 mg	comp
Amoxicilina	500 mg	cáps
Atenolol	50 mg	comp
Captopril	25 mg	comp
Ceftriaxona injetável	1 g/frasco	Frasco-ampola
Ciprofloxacino	500 mg	comp
Co-trimoxazol suspensão Sulfametoxazol + trimetoprima	8+40 mg/ml (40+200mg/5ml)	mililitro
Diazepam	5 mg	comp
Diclofenaco	50 mg	comp
Glibenclamida	5 mg	comp
Omeprazol	20 mg	cáps
Salbutamol inalador	100mcg/dose (0,1mg/dose)	dose
Sinvastatina	20 mg	comp

Quadro 4 Lista de comparação internacional regional (América do Sul)

Medicamento	Concentração	Forma farmacêutica
Amoxicilina suspensão	50 mg/ml (250mg/5ml)	millilitro
Anlodipino	5 mg	comp
Atorvastatina	10 mg	comp
Azitromicina	500 mg	comp
Beclometasona inalador	250mcg/dose	dose
Clonazepam	2 mg	comp
Clotrimazol Creme dermatológico	1% (10mg/g)	grama
Enalapril	10 mg	comp
Fluoxetina	20 mg	caps
Furosemida	40 mg	comp
Hidroclorotiazida	25 mg	comp
Ibuprofeno	400 mg	caps
Metformina	850 mg	comp
Metronidazol	400 mg	comp
Fenitoína	100 mg	comp
Ranitidina	150 mg	comp

Quadro 5 Lista de medicamento complementar (Rio Grande do Sul)

Medicamento	Concentração	Forma Farmacêutica
Ácido acetilsalicílico	100 mg	comp
Benzilpenicilina benzatina	1.200.000UI/frasco	Frasco ampola
Carbamazepina	200mg	Comp
Cefalexina	500mg	drágea
Cefalexina suspensão oral	250mg/5ml (50mg/ml)	mililitro
Sulfametoxazol+trimetoprima	400mg + 80mg	comp
Digoxina	0,25mg	comp
Doxiciclina	100mg	drágea
Eritromicina suspensão oral	250mg/5ml (50mg/ml)	mililitro
Eritromicina	500mg	comp
Mebendazol suspensão oral	20mg/ml	mililitro
Metildopa	250mg	comp
Metronidazol	250mg	comp
Miconazol creme vaginal	20mg/g (2%)	grama
Nifedipino	10mg	comp
Nistatina suspensão oral	100.000UI/ml	mililitro
Paracetamol	500mg	comp
Prednisona	5mg	comp
Propranolol	40mg	comp
Salbutamol xarope	2mg/5ml	mililitro
Verapamil	80mg	comp

Seleção de pessoal e treinamento

Equipe de trabalho:

- 1 coordenador geral: Coordenação geral do estudo, análise e divulgação dos resultados.
- 2 supervisores locais da coleta dos dados: Supervisão do trabalho de campo nos municípios selecionados, entrada e análise dos dados.
- 1 estatístico: Solução de problemas no que se refere à análise estatística.
- 8 auxiliares de pesquisa: Coleta dos dados nos estabelecimentos selecionados.

Para a coleta padronizada dos dados, é previsto um treinamento com todos os envolvidos na coleta e entrada dos dados, seguido de um teste piloto. O treinamento tem por objetivo padronizar a coleta das informações de modo confiável

e preciso em relação ao preenchimento dos formulários e entrada no banco de dados.

Coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta dos dados é padronizado pela metodologia utilizada. Em anexo, o modelo adaptado (Anexo 1).

Dados sobre preços no setor privado

Em cada farmácia incluída na amostra é coletado, para cada medicamento da lista, o preço do medicamento referência, o menor preço do genérico e o menor preço do similar equivalente.

Dados sobre preços no setor público e hospitais

Para coletar as informações sobre preços de compra no setor público e hospitais, é coletado o preço da última compra, para cada medicamento da lista, nos setores responsáveis em cada local.

Dados de disponibilidade (setor público e privado, incluindo os hospitais)

A disponibilidade de cada medicamento é verificada no estabelecimento no momento da coleta dos dados, uma única vez em cada local. É indispensável a visualização da embalagem de cada medicamento para confirmar sua disponibilidade.

Entrada dos dados

Para a entrada dos dados é utilizada uma aplicação especial para Microsoft Excel denominada "Caderno de trabalho OMS/HAI". Este caderno de trabalho permite a entrada rápida dos dados sobre preço e disponibilidade dos medicamentos, além de facilitar as comparações internacionais de preços e calcular a capacidade de pagamento.

O caderno de trabalho permite a dupla entrada dos dados, para assegurar a confiabilidade e realiza a checagem dos possíveis erros de digitação.

Análise e interpretação dos dados

Os dados coletados na pesquisa podem ser utilizados para diferentes tipos de análises para comparação em nível nacional e internacional.

Disponibilidade dos medicamentos

A análise da disponibilidade dos medicamentos pode ser avaliada através das informações fornecidas pelo caderno de trabalho, sendo eles: percentual de disponibilidade para cada medicamento, percentual médio de disponibilidade entre grupos de medicamentos e diferença entre tipos de medicamentos, setores e áreas geográficas.

No presente estudo será avaliada a disponibilidade dos medicamentos no setor público e setor privado e a disponibilidade entre os tipos de medicamentos genéricos, referência e similares. Para analisar a disponibilidade e comparar com outros estudos serão utilizadas as seguintes categorias, fornecidas pela metodologia (WHO/HAI, 2008b).

- < 30% - Muito Baixa disponibilidade
- 30 – 49% - Baixa disponibilidade
- 50 – 80% - Média disponibilidade
- >80% - Alta disponibilidade

Preço dos medicamentos

O preço dos medicamentos pode ser avaliado através da mediana dos preços para cada medicamento, razão entre a mediana do preço local com o preço de referência internacional (razão do preço mediano ou RPM); mediana da RPM entre grupos de medicamentos e diferenças entre tipos de medicamentos, setores e áreas geográficas. O MSH (*Management Sciences for Health*) publica um guia internacional de preços de medicamentos. Para cada medicamento é calculado um preço unitário médio e a mediana. A mediana dos preços é o valor utilizado como preço internacional de referência.

Neste estudo será avaliado o preço dos medicamentos através da comparação da mediana da RPM com o preço de referência internacional. Tomando como base para análise no manual da metodologia (WHO/HAI, 2008b), os valores da RPM aceitáveis como adequado são:

- Setor público: Preço de compra ≤ 1
- Setor Privado: Preço de Venda $\leq 2,5$

Os valores da RPM acima dos aceitáveis indicam preços locais excessivos.

Avaliação da capacidade de pagar

Um dos melhores meios de mostrar o efeito dos preços dos medicamentos no custo da atenção sanitária para os indivíduos e a sociedade, consiste em comparar o

custo do tratamento com a renda das pessoas. Para esta pesquisa é utilizado com fins comparativos, o salário mínimo nacional corrente nos meses da coleta dos dados.

Na base de dados, será lançado o valor diário do salário mínimo, onde será calculada, automaticamente, a capacidade de pagamento do tratamento para as doenças. Isto permitirá determinar o número de dias que um trabalhador, que possui como rendimento um salário mínimo, teria que trabalhar para pagar um determinado tratamento de saúde. No quadro 6, estão descritas as doenças, os medicamentos e a duração do tratamento.

Quadro 6 Doenças, medicamentos e posologia utilizada para calcular a capacidade de pagamento.

Doença	Medicamento	Dose / Forma Farmacêutica	Posologia para 30 dias	Referência
Asma	Beclometasona Spray Salbutamol Spray	250 mcg / dose 100 mcg / dose	200 doses 200 doses	(GELDERS et al., 2006); (WHO/HAI, 2008a) (CAMERON et al., 2009); (AL-QUBATI e AHMED, 2007); (GELDERS et al., 2006)
Depressão	Amitriptilia Fluoxetina	25 mg / cp 20 mg / cáps	3 cp / dia 2 cáps / dia	(AL-QUBATI e AHMED, 2007); (WHO/HAI, 2008a) (GELDERS et al., 2006); (WHO/HAI, 2008a)
<i>Diabetes Mellitus</i> tipo 2	Glibenclamida Metformina	5 mg / cp 850 mg / cp	2 cp / dia 2 cp / dia	(CAMERON et al., 2009); (GELDERS et al., 2006) (BRASIL, 2008)
Dislipidemia	Atorvastatina Sinvastatina	10 mg / cp 20 mg / cp	2 cp / dia 2 cp / dia	(MICROMEDEX, 2009 [updated periodically]) (BRASIL, 2008)
Epilepsia	Carbamazepina Fenitoina	200 mg / cp 100 mg / cp	2 cp / dia 3 cp / dia	(AL-QUBATI e AHMED, 2007) (GELDERS et al., 2006; WHO/HAI, 2008a) (GELDERS et al., 2006; WHO/HAI, 2008a)
Hipertensão arterial sistêmica	Anlodipino Atenolol Enalapril Captopril Furosemida Hidroclortiazida Metildopa Propranolol Verapamil	5 mg / cp 50 mg / cp 10 mg / cp 25 mg / cp 40 mg / cp 25 mg / cp 250 mg / cp 40 mg / cp 80 mg / cp	2 cp / dia 1 cp / dia 4 cp / dia 3 cp / dia 1 cp / dia 1 cp / dia 2 cp / dia 4 cp / dia 3 cp / dia	(BRASIL, 2008) (AL-QUBATI e AHMED, 2007); (GELDERS et al., 2006) (BRASIL, 2008) (WHO/HAI, 2008a), (BRASIL, 2008) (GELDERS et al., 2006) (BRASIL, 2008) (BRASIL, 2008) (BRASIL, 2008) (BRASIL, 2008)
Úlcera Péptica	Omeprazol Ranitidina	20 mg / cáps 150 mg/cp	1 cp / dia 2 cp / dia	(BABAR et al., 2007); (WHO/HAI, 2008a); (CAMERON et al., 2009) (AL-QUBATI e AHMED, 2007); (WHO/HAI, 2008a)

Divulgação dos resultados

Os resultados deste estudo serão divulgados no meio científico com o intuito de estimular mudanças políticas necessárias para reduzir os preços dos medicamentos e aumentar o acesso dos mesmos para a população. Serão elaborados artigos para publicação em periódicos científicos e apresentado em congressos e seminários. No item 8, deste projeto, estão apresentadas as estruturas dos artigos que serão elaborados.

Aspectos éticos

O projeto foi submetido aos Comitês de Ética e Pesquisa das Secretarias Municipais de Saúde que assim desejaram. Em consulta ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, este tipo de projeto não necessita de aprovação do Comitê por não envolver dados de seres humanos. É utilizada uma carta de apresentação do estudo assinada pelo coordenador geral do trabalho para ser apresentada aos responsáveis pelos locais onde as informações são coletadas. Este documento apresenta os objetivos do estudo, a composição da equipe de trabalho e a informação de que os resultados serão públicos, mas que o anonimato das farmácias e dos locais pesquisados, será garantido. Além disso, é solicitado ao responsável pelo estabelecimento a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

CRONOGRAMA

Atividades	2008					2009												
	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Revisão de Literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração do Projeto	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Apresentação do Pré-Projeto												■						
Qualificação do Projeto													■					
Análise dos Dados													■	■	■			
Elaboração da Dissertação														■	■	■		
Elaboração do Artigo Científico															■	■		
Revisão dos Textos																■		
Defesa da Dissertação																	■	

ORÇAMENTO

Este projeto apresenta-se como um sub-projeto de outro projeto, contemplado pelo Edital Universal MCT/CNPq 15/2007. Portanto, as despesas previstas estão sendo pagas pelo orçamento do projeto original.

A maior parte dos custos relaciona-se a despesas com pessoal, passagens para as supervisoras entre as cidades selecionadas para a pesquisa e despesas com material de consumo.

ESTRUTURA DOS ARTIGOS PROPOSTOS

Artigo 1: Capacidade de pagamento do tratamento de doenças crônicas

MOTIVAÇÃO: Com as mudanças no perfil epidemiológico e o envelhecimento populacional, as doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, asma e depressão passaram a representar uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde. No Brasil, os medicamentos para tratar essas doenças são distribuídos gratuitamente na rede pública. Entretanto, quando estes não estão disponíveis, os usuários do SUS adquirem seus medicamentos na rede privada. A capacidade de pagamento dos medicamentos é uma das formas de mensurar o impacto dos preços dos medicamentos na renda individual.

OBJETIVOS: Avaliar a capacidade de pagamento dos medicamentos pela maioria da população para o tratamento de doenças crônicas como: *diabetes mellitus* tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, asma, epilepsia e depressão.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo transversal que adota a metodologia preconizada pela Organização Mundial de Saúde e *Health Action International*. O estudo está sendo realizado em seis municípios do Rio Grande do Sul: a capital do Estado e mais cinco localidades. A capacidade de pagamento do tratamento pode ser estimada através do número de dias gastos do salário de um trabalhador, com rendimento de até um salário mínimo nacional corrente no período do estudo, para pagar o tratamento.

RELEVÂNCIA: O estudo adota uma metodologia que permite comparações nacionais e internacionais. Assim, pode-se comparar o estudo realizado com estudos já realizados em diversos países, a fim de avaliar a capacidade de pagamento da população brasileira. Além disso, o estudo poderá fornecer

ferramentas para promover mudanças na política de preços brasileira, permitindo um maior acesso aos medicamentos da população em situação de vulnerabilidade.

Artigo 2: Preços e disponibilidade de medicamentos no setor público e privado em municípios do Rio Grande do Sul

MOTIVAÇÃO: O acesso à atenção à saúde é um direito humano fundamental, no qual está incluído o acesso aos medicamentos. Segundo a OMS, os medicamentos essenciais devem estar disponíveis em todo momento, nas quantidades adequadas, nas formas farmacêuticas requeridas e a preços que os indivíduos e a comunidade possam pagar. Entretanto, sabe-se que o acesso gratuito é limitado e o preço para aquisição do setor privado é elevado, criando uma situação difícil para os indivíduos com baixa renda.

OBJETIVOS: Avaliar o preço e a disponibilidade de medicamentos no setor público e privado em seis municípios do Rio Grande do Sul.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo transversal que adota a metodologia preconizada pela Organização Mundial de Saúde e *Health Action International*. O estudo está sendo realizado em seis municípios do Rio Grande do Sul: a capital do Estado e mais cinco localidades. Para cada medicamento são coletadas informações sobre disponibilidade e preço de venda ao consumidor do medicamento de referência, genérico e similar, em um único momento em cada local.

RELEVÂNCIA: Com este estudo será possível avaliar dois aspectos importante para obtenção do acesso aos medicamentos: disponibilidade e preço e, assim, fornecer subsídios para melhorias e busca da assistência farmacêutica integral aos cidadãos brasileiros.

REFERÊNCIAS

AL-QUBATI, Y.A.;AHMED, A.-K.S. **Medicine Prices in Yemen**. A Survey Report on Medicine: Availability, Prices and Affordability. 2007. http://www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200607YE/survey_report.pdf. Acesso: 03/07/2009

ALLAN, G.M., et al. Physician Awareness of Drug Cost: A Systematic Review. **Plos Medicine**, v.4, n.9, p.1486-1496. 2007.

ANDRADE, M.V.;LISBOA, M.B. Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil. In: SILVEIRA, F.S., LM; MENEZES, T; PIOLA, SF (ORGS) (Ed.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: IPEA, 2006, p.83-106

BABAR, Z., et al. Evaluating Drug Prices, Availability, Affordability, and Price Components: Implications for Access to Drugs in Malaysia. **Plos Medicine** v.4, n.3, p.466-475. 2007.

BARROS, A.;BERTOLDI, A. Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. **Int. J. Epidemiol.**, 2008. doi:10.1093/ije/dyn063.

BERTOLDI, A., et al. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. **Health Policy** 2008. doi:10.1016/j.healthpol.2008.07.001.

BERTOLDI, A.D., et al. Generic drugs in Brazil: known by many, used by few. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1808-15. 2005.

BRASIL. **Acesso aos Medicamentos, Compras Governamentais e Inclusão Social**. Fórum de competitividade da cadeia Produtiva Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

BRASIL. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções técnicas para sua organização**: Brasília: Ministério da Saúde. 2001a.

BRASIL. **Formulário Terapêutico Nacional 2008**. **Rename 2006**. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.

BRASIL. **Lei nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999**. Altera a lei nº 6360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Seção 1 1999.

BRASIL. **Política nacional de medicamentos**: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde 2001b.

BRASIL. **Portaria GM nº3.237 de 24 de dezembro de 2007**. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2007.

BRASIL. **Portaria GM nº 3.916 de 30 de Outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde 1998.

BRASIL. **Resolução CMED Nº 2, de 5 de Março de 2004**. Aprova os critérios para definição de preços de produtos novos e novas apresentações de que trata o art. 7º da Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003. Brasília: Câmara de regulação do mercado de medicamentos 2004.

CAMERON, A., et al. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. **The Lancet**, v.373, n.9659, p.240-9. 2009.

CHERAGHALI, A.M.;IDRIES, A.M. Availability, affordability, and prescribing pattern of medicines in Sudan. **Pharm World Sci**, v.31, p.209–215. 2009.

CIHI. **Canadian Institute for Health Information**: Expenditure in Canada - 1985 to 2006. Ottawa: CIHI. 2007.

DIAS, C.R.C.;ROMANO-LIEBER, N.S. Processo da implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.8, p.1661-1669. 2006.

DINIZ, B.P.C., et al. Gasto das famílias com saúde no Brasil: Evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: SILVEIRA, F.S., LM; MENEZES, T; PIOLA, SF (ORGS) (Ed.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: IPEA, 2006

EWEN, M.; DEY, D. **Medicines: too costly and too scarce**. s.d. Disponível em: www.haiweb.org/medicineprices. Acesso em: 17/03/2009

GELDERS, S., et al. Price, availability and affordability: An international comparison of chronic disease medicines. **World Health Organization/Health Action International**, v.WHO-EM/EDB/068/E, 2006. Disponível em: <http://www.haiweb.org/medicineprices/08092008/EDB068final.pdf>. Acesso em: 18/06/2009.

GUERRA-JR., A.A., et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v.15, n.3, p.168-175. 2004.

KILSZTAJN, S., et al. Gasto privado com saúde por classe e renda. **Rev Assoc Med Bras**, v.48, n.2, p.258-262. 2002.

KOTWANI, A., et al. Prices & availability of common medicines at six sites in India using a standard methodology. **Indian J Med Res**, v.125, p.645-654. 2007.

LIMA-COSTA, M.F.F., et al. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.1, p.177-186. 2002.

LUIZA, V.L. Acceso a medicamentos: conceptos, polémica y indicadores. In: (Ed.). **Tercer Seminario Internacional “Acceso a medicamentos: Derecho Fundamental – Papel Del Estado”**, 2002

MARIN, N. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. 2003. OPAS/OMS. Rio de Janeiro: Abrasco. Disponível em: www.opas.org.br/medicamentos. Acesso em: 16/06/2009.

MENDIS, S., et al. The availability and affordability of selected essential medicines for chronic diseases in six low- and middle-income countries **Bulletin of the World Health Organization**, v.85, n.4, p.279-288. 2007.

MENEZES, T., et al. O gasto e a demanda das famílias em saúde: análise a partir da POF de 2002-2003. . In: SILVEIRA, F.S., LM; MENEZES, T; PIOLA, SF (ORGS) (Ed.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: IPEA, 2006, p.313-344

MICROMEDEX. **Micromedex® Healthcare Series [Internet database]**. 2009 [updated periodically]. Disponível em: <http://www.thomsonhc.com/>. Acesso: 06/10/2009

MONTEIRO, W.M., et al. Avaliação da disponibilidade de medicamentos genéricos em farmácias e drogarias de Maringá (PR) e comparação de seus preços com os de referência e similares. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.41, n.3, p.333-343. 2005.

MOTA, D.M., et al. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.Sup, p.589-601. 2008.

OLIVEIRA, B.B.D. **Investigações de Acesso a Medicamentos em Nível Domiciliar: um estudo comparativo de iniciativas realizadas no Brasil entre 2002 e 2004.[Dissertação de Mestrado]**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2006. 67 p.

OMS/HAI. **Precios de los Medicamentos – una nueva forma de medirlos**: Organizacion Mundial De La Salud / Health Action International. 2003.

OPAS. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processo e Resultado**: Brasilia: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Ministério da Saúde. 2005.

PANIZ, V.M.V., et al. Acceso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.2, p.267-280. 2008.

SILVEIRA, F.G., et al. Os gastos das famílias com saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.719-731. 2002.

VIEIRA, F.S. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Rev. Saúde Pública**, 2009. 10.1590/S0034-89102009005000041 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009005000041&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08/07/2009.

VIEIRA, F.S.;ZUCCHI, P. Diferenças de preços entre medicamentos genéricos e de referência no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.3, p.444-449. 2006.

WHITE, C. Care Spending Growth: How different is The United States from the rest of The OECD? . **Health Affairs** v.26 n.1, p.142-161. 2007.

WHO. **What are essential medicines?** . 2004a. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines/>>. Acesso em: 23 março 2009

WHO. **The World Medicines Situation.** 2004b. Disponível em: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports_World_Medicines_Situation.pdf. Acesso em:14/09/2009

WHO/HAI. **Medicine prices surveys and proposed interventions to improve sustainable access to affordable medicines in 6 sub-Saharan African countries:** Department for International Development 2006.

WHO/HAI. **Medicine prices, availability, affordability and price components.** A synthesis report of medicine price surveys undertaken in selected countries of the WHO Eastern Mediterranean Region. 2008a. Disponível em: <<http://www.haiweb.org/medicineprices>>. Acesso em: 30/09/2009

WHO/HAI. **Mensuring medicine prices, availability, affordability and price components. 2ed.** 2008b. Disponível em: <<http://www.haiweb.org/medicineprices>>. Acesso em: 23 março 2009

XU, K. **Distribution of health payments and catastrophic expenditures - Methodology:** Geneva: WHO 2005.

XU, K., et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. **The Lancet**, v.362, n.111-17. 2003.

GLOSSÁRIO

Capacidade de pagamento: O custo do tratamento em relação à renda individual. Nesta pesquisa, o dia de trabalho gasto por um trabalhador com renda de um salário mínimo nacional é utilizado para comparar com o custo do tratamento medicamentoso de uma condição específica.

Denominação Comum Brasileira (DCB): denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária;

Denominação Comum Internacional (DCI): denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo recomendada pela Organização Mundial de Saúde;

Medicamento Similar: aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, preventiva ou diagnóstica, do medicamento de referência registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca;

Medicamento Genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI;

Medicamento de Referência: produto inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no País, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro;

Produto Farmacêutico Intercambiável: equivalente terapêutico de um medicamento de referência, comprovados, essencialmente, os mesmos efeitos de eficácia e segurança;

Preço de Referência Internacional: Ver em MSH.

Preço de compra: É o preço pago para aquisição de medicamentos no setor público e hospitais.

Preço de venda: É o preço pago pelo consumidor nas farmácias privadas.

Medicamentos essenciais: Definido pela OMS (WHO, 2004a) medicamentos essenciais são aqueles que servem para satisfazer as necessidades de atenção à saúde da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, evidências sobre a eficácia e a segurança e com os estudos comparativos de custo e efetividade. Devem estar disponíveis em todo momento, nas quantidades adequadas, nas formas farmacêuticas requeridas e a preços que os indivíduos e a comunidade possam pagar.

Medicamentos sujeitos a controle especial: são os medicamentos integrantes da portaria nº 344 de 1999.

MSH (Management Sciences for Health) e Preço de Referência Internacional: o MSH publica anualmente uma Lista Internacional de Preço de medicamentos (<http://erc.msh.org>). Nesta lista, para cada produto é calculado a média e a mediana do preço unitário. A mediana do preço é utilizada pelo MSH como preço de referência Internacional.

Razão do Preço Mediano: é a razão entre a mediana do preço unitário local pelo preço de referência internacional unitário. Esta razão é uma expressão de quanto maior ou menor é o preço do medicamento em relação ao preço de referência internacional.

RELATÓRIO DE

TRABALHO DE CAMPO

INTRODUÇÃO

Este relatório tem por objetivo detalhar todas as fases que envolveram o trabalho de campo, desde o planejamento até a sua conclusão, apresentando o desdobramento do projeto após a qualificação. Como resultado do projeto foi desenvolvido a primeira proposta de artigo que está sendo apresentada. O relatório de campo, entretanto, descreve todas as etapas para coleta e análise dos dados independente do artigo final desta dissertação.

A coleta de dados durou aproximadamente três meses. Foi realizada em seis municípios do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, São Leopoldo, Bagé, Pelotas, Caxias do Sul e Santa Cruz do Sul. A coleta dos dados foi no período de Novembro de 2008 a Janeiro de 2009.

O estudo envolveu estabelecimentos públicos e privados de fornecimento de medicamentos. O delineamento do estudo foi transversal utilizando-se do preenchimento de uma planilha de informações sobre 50 medicamentos. Para cada medicamento foram coletadas informações sobre o preço e a disponibilidade do medicamento referência, genérico mais barato e similar mais barato do estabelecimento. O objetivo do estudo foi avaliar o preço e a disponibilidade de medicamentos no setor público e privado do sul do Brasil e a capacidade de pagamento dos medicamentos para doenças crônicas de um trabalhador com renda de um salário mínimo nacional, utilizando a metodologia preconizada pela OMS/HAI.

O projeto intitulado “Preços e disponibilidade de medicamentos no sul do Brasil: estudo com metodologia padrão de comparação nacional e internacional”, coordenado pela professora Andréa Homsí Dâmaso foi financiado pelo CNPq através do Edital Universal MCT/CNPq 15/2007.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento para a coleta de dados (Anexo 1) foi elaborado de acordo com a metodologia da OMS/HAI. Para cada medicamento foram coletadas informações sobre o preço e a disponibilidade do medicamento referência, do genérico mais barato e do similar mais barato de cada um dos 50 medicamentos em estudo. O instrumento foi aplicado uma única vez em cada local.

MANUAL DE INSTRUÇÕES

O manual de instruções foi usado como material de apoio no treinamento dos entrevistadores e também foi utilizado pelos mesmos durante o trabalho de campo. O manual contém instruções sobre a coleta dos dados e preenchimento da planilha de preços e disponibilidade dos medicamentos (Anexo 3).

SELEÇÃO DA AMOSTRA

A metodologia preconiza que seja selecionada uma amostra de estabelecimentos em pelo menos seis zonas geográficas da região em estudo: um centro urbano principal e mais cinco localidades. Uma vez selecionadas as zonas geográficas, foram selecionadas para a coleta de dados uma amostra de estabelecimentos e de pontos de venda de medicamentos (WHO/HAI, 2008b).

Zonas geográficas selecionadas

O estudo foi realizado em seis municípios. O centro urbano principal que é a cidade de Porto Alegre (capital do estado) e outras cinco localidades: municípios de Bagé,

Caxias do Sul, Pelotas, Santa Cruz do Sul e São Leopoldo. Os municípios foram selecionados por conveniência.

Estabelecimentos de saúde públicos eleitos para a amostra

Em cada cidade incluída no estudo, foram selecionadas cinco estruturas de saúde do setor público distribuídos da seguinte maneira:

- O principal hospital de atendimento pelo SUS do município:
 - Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição;
 - São Leopoldo: Hospital Centenário;
 - Caxias do Sul: Hospital Geral de Caxias do Sul;
 - Pelotas: Hospital-Escola da Universidade Federal de Pelotas/ Fundação de Apoio Universitário;
 - Santa Cruz do Sul: Hospital Santa Cruz;
 - Bagé: Santa Casa de Caridade de Bagé.

- Quatro outros estabelecimentos públicos, eleitos de forma aleatória, levando em consideração os níveis de estrutura de saúde nos municípios. Foram selecionadas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Farmácias Distritais ou Municipais ou de Centros de Especialidades, dependendo da estrutura organizacional de cada município. Na tabela 1 está descrita a estrutura dos estabelecimentos pesquisados.

Tabela 1. Estrutura dos estabelecimentos públicos pesquisados.

Níveis de estrutura de saúde	Porto Alegre	Santa Cruz do Sul	Caxias do Sul	São Leopoldo	Bagé	Pelotas	Rio Grande do sul
Nível Primário							
UBS	2	3	2	-	2	2	11
Nível Secundário							
Farmácia Municipal	1	1	1	1	1	1	6
Farmácia Distrital	1	-	-	1	1	-	3
Centro de especialidades	-	-	1	-	-	1	2
Total	4	4	4	2	4	4	22

Farmácias privadas eleitas para a amostra

Em cada município foram selecionadas cinco farmácias do setor privado totalizando 30 farmácias privadas pesquisadas. A escolha das farmácias levou em consideração a proximidade aos locais de saúde pública eleitos para o estudo. Tomou-se o cuidado de não selecionar farmácias da mesma rede na mesma cidade e entre as cidades.

PESSOAL ENVOLVIDO

O trabalho contou com uma equipe locada em cada município selecionado. Abaixo são descritas as atribuições de cada integrante da equipe de pesquisa:

Coordenador geral

Era o responsável pelo projeto como um todo. Participou da seleção dos locais de coleta dos municípios, realizou o treinamento com os supervisores de pesquisa e acompanhou todas as etapas da execução da pesquisa.

Supervisores de campo

Foram dois supervisores locais em cada município, responsáveis pela organização e execução do trabalho de campo em cada município. Providenciaram as autorizações nas Secretárias Municipais de Saúde, hospitais e farmácias privadas selecionadas. Realizaram as entrevistas de controle de qualidade e a verificação dos questionários.

Auxiliar de pesquisa

Responsáveis pelas entrevistas de coleta de dados. Em cada município trabalharam dois auxiliares de pesquisa totalizando 8 auxiliares. As entrevistas foram realizadas por uma dupla de auxiliares que foram treinados com explicações teóricas do questionário utilizando o manual de instruções e com simulações de entrevistas na sala do treinamento.

ESTUDO PILOTO

O estudo piloto fez parte do treinamento dos auxiliares de pesquisa. Foi realizado como etapa final do treinamento. Em cada município foi selecionada uma farmácia privada, não eleita para o estudo, onde os auxiliares de pesquisa aplicaram o instrumento junto com o supervisor de campo.

LOGÍSTICA DE TRABALHO DE CAMPO

A primeira etapa do trabalho de campo foi selecionar os locais públicos e privados eleitos para a pesquisa. Após a seleção os supervisores solicitaram a autorização das Secretarias Municipais de Saúde, hospitais e farmácias privadas selecionadas para a pesquisa. Foram entregues cartas de apoio da OMS/HAI (Anexo 4) e do Conselho Regional de Farmácia – RS (Anexo 5) aos estabelecimentos no momento da solicitação da autorização para realizar a pesquisa. Após a autorização dos estabelecimentos os supervisores de campo agendaram o dia e horário da entrevista.

O instrumento de coleta de dados foi aplicado por uma dupla de auxiliares de pesquisa. No dia agendado os auxiliares compareciam ao local da entrevista e aplicavam o instrumento de coleta de dados. No final do dia os questionários eram entregues ao supervisor de campo que conferia os valores, nomes dos medicamentos e registrava a conferência.

COLETA DE DADOS

O instrumento para coleta de dados foi aplicado em farmácias públicas e privadas. Em cada farmácia privada incluída na amostra foi coletado, para cada medicamento da lista, o preço de venda do medicamento referência, o menor preço do genérico existente na farmácia e o menor preço do similar equivalente.

Para coletar as informações sobre o preço de compra no setor público e hospitais, foi coletado o preço da última compra, para cada medicamento da lista, nos setores responsáveis em cada local.

A disponibilidade de cada medicamento foi verificada no estabelecimento no momento da coleta dos dados, uma única vez em cada local. Para confirmar a disponibilidade do medicamento foi indispensável a visualização da embalagem de cada medicamento.

Material de campo

Os auxiliares de pesquisa apresentavam-se em duplas nos locais de coleta de dados com um crachá que os identificava como pertencentes à pesquisa. Além disso, levavam no momento da entrevista o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2), uma carta de apoio do CRF (Anexo 5), a carta de apoio da HAI (Anexo 4), a carta de apoio das Secretaria Municipal de Saúde modelo em

anexo (Anexo 6) e a carta de apresentação personalizada para cada local (Anexo 7). Cada dupla levava consigo uma planilha que continha os dados necessários para chegar ao local de coleta de dados (nome do estabelecimento, identificação numérica, endereço, nome do coordenador e telefone), calculadora para calcular o valor unitário de cada medicamento, e assim, verificar o mais barato da farmácia, e outros utensílios para realizar a coleta de dados como lápis, borracha, apontador, entre outros. Além disso, para auxiliar a coleta de dados foi entregue aos auxiliares de pesquisa uma lista contendo os nomes de todos os medicamentos similares disponíveis no mercado (Anexo 8).

CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade foi realizado em duas etapas. Primeiro os supervisores realizavam a conferência de todos os questionários ao final de cada dia de coleta de dados. Verificando se os auxiliares de pesquisa preencheram corretamente os cálculos dos valores unitários, se os medicamentos estavam corretos e a letra legível. Para verificar se os auxiliares de pesquisa estavam realizando as entrevistas corretamente, os supervisores de campo acompanharam os auxiliares de pesquisa em uma farmácia privada e uma farmácia pública em cada município.

CUSTOS DO TRABALHO DE CAMPO

As despesas com trabalho de campo foram pagas com recursos aprovados pelo Edital MCT/CNPq 15/2007 – Universal.

Despesa	Valor (R\$)
Deslocamento entre os municípios	1.925,00
Vale - Transporte	360,00
Remuneração da equipe	7.400,00
Material de Consumo	540,00
Total	10.225,00

ENTRADA DOS DADOS

A digitação dos questionários foi realizada na Universidade do Vale do Rio dos Sinos por dois auxiliares de pesquisa e acompanhado por uma supervisora de campo e pela coordenação da pesquisa.

Para a entrada dos dados foi utilizada uma aplicação especial do Microsoft Excel denominada "Caderno de trabalho OMS/HAI". Esta planilha foi fornecida pela OMS/HAI e pertence à metodologia padronizada.

Foi realizada dupla entrada dos dados e posterior checagem das inconsistências. Esta ferramenta também permite a checagem dos valores, onde o programa destaca valores muito elevados ou muito baixos.

Este caderno de trabalho permite a entrada rápida dos dados sobre preço e disponibilidade dos medicamentos, além de facilitar as comparações internacionais de preços e calcular a capacidade de pagamento.

CRONOGRAMA DO TRABALHO DE CAMPO

Atividades	2008		2009
	Nov	Dez	Jan
Seleção dos estabelecimentos	x		
Logística de trabalho de campo	x	x	x
Estudo-piloto	x	x	x
Coleta de dados	x	x	x
Digitação dos dados			x

ARTIGO

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumento de coleta de dados

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS

Use um formulário para cada estabelecimento pesquisado

Data: _____ Número de área da pesquisa: _____

Nome do estabelecimento (opcional): _____

ID único do estabelecimento pesquisado (obrigatório): _____

Tipo de estabelecimento:

- Setor Público
 Nível primário (UBS)
 Nível secundário (Farmácias distritais, Centros de Especialidades)
 Nível terciário (Hospitais)
- Setor Privado
- Outro Setor – Farmácia Popular do Brasil

Tipo de preço:

- Preço de compra Preço de venda (preço que paga o paciente)

Tipo de dados:

- Local da amostra Local de reserva Visita de validação

Nome do Responsável/Gerente do estabelecimento: _____

Nome da pessoa que forneceu as informações de preços e disponibilidade dos medicamentos (se diferente do anterior): _____

Nome dos coletadores de dados: _____

Verificação

Para ser preenchido pelo supervisor de área ao final do dia, quando os dados foram verificados

Assinatura: _____ Data: _____

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Medicamento	Tipo	Produto	Fabricante	Dispo nível s/n	Tamanho embal.	Embal disponível	Preço embal. disponível	Preço unitário	Obs
Ácido acetilsalicílico 100mg comp	Referência	Aspirina infantil	Bayer		10			/comp	
	Genérico + barato				10			/comp	
	Similar + barato				10			/comp	
Amoxicilina 500mg cáps	Referência	Amoxil	GSK		21			/cáps	
	Genérico + barato				21			/cáps	
	Similar + barato				21			/cáps	
Amoxicilina susp. 50mg/ml (250mg/5ml)	Referência	Amoxil	GSK		Fr 150ml			/ml	
	Genérico + barato				Fr 150ml			/ml	
	Similar + barato				Fr 150ml			/ml	
Anlodipino 5mg comp	Referência	Norvasc	Pfizer		30			/comp	
	Genérico + barato				30			/comp	
	Similar + barato				30			/comp	
Atenolol 50mg comp	Referência	Atenol	Astra Zeneca		28			/comp	
	Genérico + barato				28			/comp	
	Similar + barato				28			/comp	
Atorvastatina 10mg comp	Referência	Citalor	Pfizer		30			/comp	
	Genérico + barato	Não tem genérico			30			/comp	
	Similar + barato				30			/comp	
Azitromicina 500mg comp	Referência	Zitromax	Pfizer		3			/comp	
	Genérico + barato				3			/comp	
	Similar + barato				3			/comp	
Beclometasona inal 250mcg/dose	Referência	Clenil	Farmalab		Spray 200 doses			/ml	
	Genérico + barato	Não tem genérico			Spray 200 doses			/ml	
	Similar + barato				Spray 200 doses			/ml	

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Medicamento	Tipo	Produto	Fabricante	Disponível s/n	Tamanho embal.	Embal disponível	Preço embal. disponível	Preço unitário	Obs
Benzilpenicilina benzatina 1.200.000UI/Fr	Referência	Benzetacil	Eurofarma		1 Fr			/frasco	
	Genérico + barato				1 Fr			/frasco	
	Similar + barato				1 Fr			/frasco	
Captopril 25mg comp (farm pop)	Referência	Capoten	BMS		28			/comp	
	Genérico + barato				28			/comp	
	Similar + barato				28			/comp	
Cefalexina 500mg drágea	Referência	Keflex	Eli Lilly		8			/drágea	
	Genérico + barato				8			/drágea	
	Similar + barato				8			/drágea	
Cefalexina susp oral 250mg/5ml (50mg/ml)	Referência	Keflex	Eli Lilly		Fr 100ml			/ml	
	Genérico + barato				Fr 100ml			/ml	
	Similar + barato				Fr 100ml			/ml	
Ceftriaxona injetável 1g frasco IM	Referência	Rocefin	Roche		1			/frasco	
	Genérico + barato				1			/frasco	
	Similar + barato				1			/frasco	
Ciprofloxacino 500mg comp	Referência	Cipro	Bayer		14			/comp	
	Genérico + barato				14			/comp	
	Similar + barato				14			/comp	
Clotrimazol Creme dermat. 1%(10mg/g)	Referência	Canesten	Bayer		Tubo 20g			/grama	
	Genérico + barato				Tubo 20g			/grama	
	Similar + barato				Tubo 20g			/grama	
Co-trimoxazol suspensão Sulfametoxazol + trimetoprima 8mg+40mg/ml (40+200mg/5ml)	Referência	Bactrim	Roche		Fr de 100ml			/ml	
	Genérico+barato				Fr de 100ml			/ml	
	Similar + barato				Fr de 100ml			/ml	

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Medicamento	Tipo	Produto	Fabricante	Disponível s/n	Tamanho embal.	Embal. disponível	Preço embal. disponível	Preço unitário	Obs
Co-trimoxazol Sulfametoxazol + trimetoprima 400mg+80mg comp	Referência	Bactrim	Roche		20			/comp	
	Genérico+barato				20			/comp	
	Similar+barato				20			/comp	
Diclofenaco sódico 50mg comp	Referência	Voltaren	Novartis		20			/comp	
	Genérico + barato				20			/comp	
	Similar + barato				20			/comp	
Digoxina 0,25mg comp	Referência	Digoxina	GSK		25			/comp	
	Genérico + barato				25			/comp	
	Similar + barato				25			/comp	
Doxiciclina 100mg drágea	Referência	Vibramicina	Pfizer		20			/drágea	
	Genérico + barato				20			/drágea	
	Similar + barato				20			/drágea	
Enalapril 10mg comp (farma pop)	Referência	Renitec	Merck Sharp		30			/comp	
	Genérico + barato				30			/comp	
	Similar + barato				30			/comp	
Eritromicina 500mg comp	Referência	Eritrex	Aché		21			/comp	
	Genérico+barato	Não tem Genérico			21			/comp	
	Similar+barato				21			/comp	
Eritromicina suspensão oral 250mg/5ml (50mg/ml)	Referência	Eritrex	Aché		Fr 100ml			/ml	
	Genérico+barato	Não tem Genérico			Fr 100ml			/ml	
	Similar+barato				Fr 100ml			/ml	
Furosemida 40mg comp	Referência	Lasix	Sanofi-Aventis		20			/comp	
	Genérico + barato				20			/comp	
	Similar + barato				20			/comp	

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Medicamento	Tipo	Produto	Fabricante	Disponível s/n	Tamanho embal.	Embal disponível	Preço embal. disponível	Preço unitário	Obs
Glibenclamida 5mg comp (farma pop)	Referência	Daonil	Sanofi-Aventis		30			/comp	
	Genérico + barato				30			/comp	
	Similar + barato				30			/comp	
Hidroclorotiazida 25mg comp (farma pop)	Referência	Clorana	Sanofi-Aventis		30			/comp	
	Genérico + barato				30			/comp	
	Similar + barato				30			/comp	
Ibuprofeno 400mg cáps	Referência	Advil	Wyeth Consumer		36			/caps	
	Genérico + barato	Não tem genérico			36			/caps	
	Similar + barato	Não tem similar			36			/caps	
Mebendazol suspensão oral 20mg/ml	Referência	Pantelmin	Janssen Cilag		Fr 30ml			/ml	
	Genérico + barato				Fr 30ml			/ml	
	Similar + barato				Fr 30ml			/ml	
Metformina 850mg comp (farma pop)	Referência	Glifage	Merck		30			/comp	
	Genérico + barato				30			/comp	
	Similar + barato				30			/comp	
Metildopa 250mg comp	Referência	Aldomet	Merck Sharp		30			/comp	
	Genérico + barato				30			/comp	
	Similar + barato				30			/comp	
Metronidazol 400mg comp	Referência	Flagyl	Sanofi-Aventis		24			/comp	
	Genérico + barato				24			/comp	
	Similar + barato				24			/comp	
Metronidazol 250mg comp	Referência	Flagyl	Sanofi-Aventis		20			/comp	
	Genérico+barato				20			/comp	
	Similar+barato				20			/comp	

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Medicamento	Tipo	Produto	Fabricante	Disponível s/n	Tamanho embal.	Embal disponível	Preço embal. disponível	Preço unitário	Obs
Miconazol 20mg/g (2%) cr vaginal	Referência	Gyno-Daktarin	Janssen-Cilag		Tube 80g			/grama	
	Genérico + barato				Tube 80g			/grama	
	Similar + barato				Tube 80g			/grama	
Nifedipino 10mg caps	Referência	Adalat	Bayer		60			/caps	
	Genérico + barato	Nao tem genérico			60			/caps	
	Similar + barato				60			/caps	
Nistatina susp oral 100.000UI/ml	Referência	Micostatin	B-MS		Fr 50ml			/ml	
	Genérico + barato				Fr 50ml			/ml	
	Similar + barato				Fr 50ml			/ml	
Omeprazol 20mg caps	Referência	Peprazol	Libbs		28			/caps	
	Genérico + barato				28			/caps	
	Similar + barato				28			/caps	
Paracetamol 500mg comp	Referência	Tylenol	Janssen Cilag/J & J		4			/comp	
	Genérico + barato				4			/comp	
	Similar + barato				4			/comp	
Prednisona 5mg comp	Referência	Meticorten	Mantecorp		20			/comp	
	Genérico + barato				20			/comp	
	Similar + barato				20			/comp	
Propranolol 40mg comp (farma pop)	Referência	Propranolol Ayerst	Sigma Pharma		30			/comp	
	Genérico + barato				30			/comp	
	Similar + barato				30			/comp	
Ranitidina 150 mg comp *	Referência	Antak	GSK		20			/comp	*Nao comp efervesc
	Genérico + barato				20			/comp	
	Similar + barato				20			/comp	

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Medicamento	Tipo	Produto	Fabricante	Disponível s/n	Tamanho embal.	Embal disponível	Preço embal. disponível	Preço unitário	Obs
Salbutamol inal 100mcg/dose (0,1mg/dose)	Referência	Aerolin	GSK		Fr 200 doses			/dose	
	Genérico + barato	Não tem genérico			Fr 200 doses			/dose	
	Similar + barato				Fr 200 doses			/dose	
Salbutamol xarope 2mg/5ml	Referência	Aerolin	GSK		Fr 120ml			/ml	
	Genérico + barato				Fr 120ml			/ml	
	Similar + barato				Fr 120ml			/ml	
Sinvastatina 20mg comp	Referência	Zocor	MSD		30			/comp	
	Genérico + barato				30			/comp	
	Similar + barato				30			/comp	
Verapamil 80mg comp	Referência	Dilacoron	Abott		30			/comp	
	Genérico+barato				30			/comp	
	Similar+barato				30			/comp	

Medicamentos controlados

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Medicamento	Tipo	Produto	Fabricante	Disponível s/n	Tamanho embal.	Embalagem disponível	Preço embal. disponível	Preço unitário	Obs
Amitriptilina 25mg comp	Referência	Tryptanol	MSD		20			/ comp	
	Genérico + barato				20			/ comp	
	Similar + barato				20			/ comp	
Carbamazepina 200mg comp	Referência	Tegretol	Novartis		20			/ comp	
	Genérico+barato				20			/ comp	
	Similar+barato				20			/ comp	
Clonazepam 2mg comp	Referência	Rivotril	Roche		30			/ comp	
	Genérico + barato				30			/ comp	
	Similar + barato				30			/ comp	
Diazepam 5mg comp	Referência	Valium	Roche		30			/ comp	
	Genérico + barato				30			/ comp	
	Similar + barato				30			/ comp	
Fenitoína 100mg comp	Referência	Hidantal	Sanofi-Aventis		25			/ comp	
	Genérico + barato				25			/ comp	
	Similar + barato				25			/ comp	
Fluoxetina 20mg caps	Referência	Prozac	Eli lilly		28			/ caps	
	Genérico + barato				28			/ caps	
	Similar + barato				28			/ caps	

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto "Preços e disponibilidade de medicamentos no sul do Brasil"

Pesquisadores da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Universidade de Caxias do Sul e Universidade da Região da Campanha estão conduzindo uma pesquisa sobre preços e disponibilidade de medicamentos na cidade de.....-RS durante o mês dede 2008. Esta pesquisa envolve a coleta de informações sobre preços e disponibilidade de uma lista de medicamentos em uma amostra de estabelecimentos de saúde com dispensação de medicamentos e farmácias/drogarias.

A pesquisa segue um método desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde e é designada a ajudar na identificação de caminhos para aumentar o acesso aos medicamentos nos países em desenvolvimento.

Os resultados deste estudo estarão disponíveis através de publicações científicas, sendo os dados analisados conjuntamente. O completo anonimato dos estabelecimentos de saúde públicos e privados será garantido. A visita será feita no momento apropriado a cada local, conforme conveniência do mesmo.

Maiores informações podem ser obtidas com a Prof^a Dr^a Andréa Dâmaso Bertoldi, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Fone: 53 – 8118-4188)

Concordo em participar deste estudo, fornecendo as informações solicitadas de acordo com a explicação a mim fornecida:

Nome do estabelecimento:.....

Nome do responsável pela informação:.....

Assinatura:.....

Nome do pesquisador:.....

Assinatura:.....

Data:/...../.....

Anexo 3 – Manual de instruções

INSTRUÇÕES SOBRE A COLETA DOS DADOS E PREENCHIMENTO DA PLANILHA DE PREÇOS E DISPONIBILIDADE

- 1) Todo o nosso empenho deve ser no sentido de deixar o menor tempo possível a pessoa que está dando a informação esperando por nós. Os entrevistadores devem ser mais ágeis do que o entrevistado. Cuidar para não fazer o entrevistado dizer o preço mais de uma vez. Se ele já disse, anotar num bloco a parte ou direto na planilha e se tiver que mudar depois, apagar e colocar o valor certo. Todo mundo tem que estar ligado no que o entrevistado informa. Às vezes ele já diz que não existe genérico de um produto que pedimos enquanto estamos anotando as informações do original dele. Não faz sentido perguntar depois. Tem genérico deste produto?
- 2) As duplas tem que se organizar da forma que se sentem mais à vontade. Um vai ficar anotando e o outro fazendo as contas e observando as embalagens.
- 3) Algumas coisas são proibidas: mascar chiclete durante a entrevista, deixar o celular ligado, perder a paciência. Se tiver bastante gente na farmácia e o nosso entrevistado tiver que interromper a pesquisa para atender, temos que dar toda a liberdade a ele para fazer isso.
- 4) Algumas dicas:
 - a. Em primeiro lugar, investigar se o sistema ou programa usado pela farmácia mostra os medicamentos similares agrupados. Ex: Se eu pedir um amoxil, estarão juntos todos os similares e genéricos do amoxil? Se for assim, é mais fácil de identificar os similares existentes na farmácia. Caso não seja assim, deve ser usada a lista dos similares, mostrando ou lendo para o entrevistado os nomes dos similares do medicamento que estamos interessados.
 - b. Descobrir se a farmácia tem convênio com a Farmácia popular ou não. Isso facilita no momento de vermos os preços dos similares e genéricos, lembrando que existem alguns da farmácia popular.
 - c. É importante, antes de tudo, fazer uma pergunta inicial e dar a informação que queremos os preços para pagamento à vista que são oferecidos a todas as pessoas. Por exemplo, na Panvel, eles tinham o preço de tabela deles, mas vários produtos já estão no sistema com um desconto cadastrado que é repassado para todos os clientes que pagam à vista. Muitas vezes, eles têm medicamentos da lista da Farmácia Popular. Qualquer um pode comprar desde que traga a receita e o cpf, logo, quando tiver em estoque medicamento da farmácia popular, é este preço que devemos pegar. Na nossa tabela os produtos que fazem parte da lista da farmácia popular nas farmácias conveniadas estão marcados para nos chamar a atenção. Saber se é dado desconto para todos que pagam com dinheiro em todos os dias da semana. Nos interessa a regra, não as exceções. Se for um dia da semana que tem desconto especial para todo mundo, não vamos considerar este desconto, pois não ocorre na maior parte do tempo.

- d. Já levar o termo de consentimento anotado nas partes que podem ser preenchidas antecipadamente. Entregar a nossa cópia assinada e dar para eles acompanharem enquanto fazemos a leitura, explicando que aquele é um documento que eles informam que aceitam participar e para terem informações sobre o trabalho. No final desta explicação pedir para eles assinarem a via que deve ficar conosco.
- e. Vamos considerar comprimido = comprimido revestido = drágea
- f. Iniciar a planilha perguntando se a pessoa tem em estoque o produto original. Chamá-lo pelo nome comercial acompanhado da concentração e forma farmacêutica. Ex: Tu tens Amoxil de 500mg em comprimidos? Isso gera pelo entrevistado a pergunta: Caixa com quantos comprimidos? Aí vocês informam que “de preferência com xx comprimidos”. Se a pessoa diz que tem, pede-se para ver a embalagem e qual o preço de venda.
- g. Uma dica, é que não precisa nunca ser calculado o preço unitário do medicamento original na hora.
- h. Após pegar toda informação do produto original perguntar: Tem algum genérico do amoxil (repetir o nome comercial) em estoque, isto é genérico da amoxicilina de 500mg em comprimido? Se a resposta for sim, pedir para nos mostrar as embalagens. Se todos forem caixas com a mesma quantidade, é só pegar o de menor preço diretamente. Se não tiver o nosso tamanho sugerido pega-se o tamanho que tiver, mais próximo ao nosso, dando preferência para pegar caixas com quantidade superior ao nosso tamanho recomendado. Neste caso pode ser necessário fazer cálculo do preço unitário na hora, para ver qual é o mais barato entre diferentes tamanhos de embalagem.
- i. Não é necessário anotar o nome do produto genérico, pois ele é o mesmo da nossa coluna A. Muitas vezes o nome do genérico vem com o nome do sal completo. Ex: cloridrato de amoxicilina. Só anotem este nome completo se ficarem em dúvida se se trata do mesmo medicamento ou não.
- j. Depois se pergunta entre os similares do original xxx, qual deles é o mais barato da farmácia? Sempre pedindo para ver a caixa na mão.
- k. Teve um produto, a azitromicina genérica que existia em caixa única com 3 comprimidos e caixa hospitalar ou múltipla com 10 cartelas com 3 comprimidos. O genérico da caixa múltipla era mais barato. Não é para anotar caixa com $10 \times 3 = 300$ comprimidos e sim caixa com 3, pois esta é a fração de venda.
- l. Número de opções de genéricos nas farmácias do setor privado: resolvemos incluir uma informação adicional que não está prevista na metodologia. Vamos anotar quantas marcas ou laboratórios do genérico que estamos interessados existe como opção de compra na farmácia, independente da quantidade da embalagem, e cada laboratório conta uma única vez, mesmo que ele tenha embalagens com diferentes quantidades. Esta informação deverá ser anotada

na coluna C ao lado do nome do genérico mais barato (espaço que está em cinza e riscado para não preencher com o nome).

Número de identificação para cada área da pesquisa:

- 1- São Leopoldo
- 2- Bagé
- 3- Caxias do Sul
- 4- Porto Alegre
- 5- Pelotas
- 6- Santa Cruz

Para ID do estabelecimento, vamos convencionar colocar primeiro o número da área, seguido de um código que identifique o setor, como:

- 1- Público
- 2- Hospital
- 3- Privado
- 4- Farmácia Popular

E por último um número seqüencial do local de pesquisa.

Ex: ID da primeira Farmácia do Setor Público de São Leopoldo: 111; ID da Farmácia Popular de São Leopoldo: 141

Lista do que deve ser levado na hora da entrevista em cada local:

- prancheta
- 2 lápis
- apontador
- borracha
- calculadora
- régua
- planilha de coleta de dados com folha de rosto
- relação dos similares
- crachás (supervisores e entrevistadores)
- bloquinho para anotações
- 2 termos de consentimentos
- Carta de apoio do CRF
- Carta de apoio da HAI
- Carta de apoio da Secretaria Municipal de Saúde
- Carta de apresentação personalizada para cada local

Anexo 4 – Carta de apoio da HAI



A quem possa interessar

Overtoom 60/III
1054 HK Amsterdam
The Netherlands
Tel: +31 20 412 4523
Fax: +31 20 685 5002
Email: info@haiweb.org
www.haiweb.org

28 outubro de 2008.

Carta de Apoio à Pesquisa sobre Preços e Disponibilidade de Medicamentos no Sul do Brasil.

Será realizada uma pesquisa financiada pelo governo brasileiro (CNPq) sobre preços e disponibilidade de medicamentos no Estado do Rio Grande do Sul nos municípios de Porto Alegre, São Leopoldo, Pelotas, Bagé, Caxias do Sul e Santa Cruz do Sul em 2008/2009. Isto requer a coleta de informações sobre preços e disponibilidade de medicamentos em uma amostra de farmácias públicas e privadas, assim como coleta de dados sobre a estrutura do preço em diferentes pontos da cadeia de consumo, desde o fabricante até o consumidor final.

A pesquisa segue a metodologia preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Ação Internacional para Saúde (HAI) e está destinada a contribuir na identificação dos meios necessários para melhorar a capacidade de pagamento dos medicamentos no Brasil. Nesta pesquisa participam como investigadores as professoras Andréa Dâmaso Bertoldi (Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS), Aline Lins Camargo (Universidade de Caxias do Sul – UCS) e Noemia Urruth Leão Tavares (Universidade da Região da Campanha – URCAMP).

Ressaltamos que é totalmente garantido o anonimato das farmácias incluídas na amostra selecionada para pesquisa.

A Health Action International (HAI) e Organização Mundial da Saúde apóiam a pesquisa e agradecem o acesso às informações necessárias para realização da mesma.

Martin Auton
Escritório Global de Projetos (Preços)



Health Action International (HAI) is an independent, global network, working to increase access to essential medicines and improve their rational use through research excellence and evidence-based advocacy.

***Anexo 5 – Carta de apoio do Conselho Regional de
Farmácia***



Carta de Apoio à Pesquisa sobre Preços e Disponibilidade de Medicamentos no Sul do Brasil

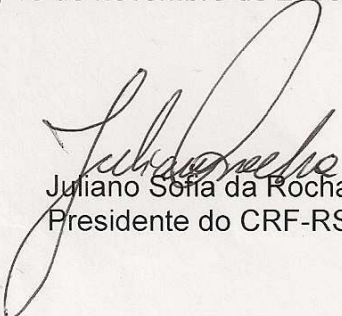
Será realizada uma pesquisa financiada pelo governo brasileiro (CNPq) sobre preços e disponibilidade de medicamentos no Estado do Rio Grande do Sul nos municípios de Porto Alegre, São Leopoldo, Pelotas, Bagé, Caxias do Sul e Santa Cruz do Sul em 2008/2009. Isto requer a coleta de informações sobre preços e disponibilidade de medicamentos em uma amostra de farmácias públicas e privadas, assim como coleta de dados sobre a estrutura do preço em diferentes pontos da cadeia de consumo, desde o fabricante até o consumidor final.

A pesquisa segue a metodologia preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Ação Internacional para Saúde (HAI) e está destinada a contribuir na identificação dos meios necessários para melhorar a capacidade de pagamento dos medicamentos no Brasil. Nesta pesquisa participam como investigadores as professoras Andréa Dâmaso Bertoldi (Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS), Aline Lins Camargo (Universidade de Caxias do Sul – UCS) e Noemia Urruth Leão Tavares (Universidade da Região da Campanha – URCAMP).

Ressaltamos que é totalmente garantido o anonimato das farmácias incluídas na amostra selecionada para pesquisa.

O **Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul – CRF-RS** apóia a pesquisa e agradece o acesso às informações necessárias para realização da mesma.

Porto Alegre, 10 de novembro de 2008.


Juliano Sofia da Rocha
Presidente do CRF-RS

***Anexo 6 – Modelo de carta de apoio das secretárias
municipais de saúde***

Carta de Apoio à Pesquisa sobre Preços e Disponibilidade de Medicamentos no Sul do Brasil

Será realizada uma pesquisa financiada pelo governo brasileiro (CNPq) sobre preços e disponibilidade de medicamentos no Estado do Rio Grande do Sul nos municípios de Porto Alegre, São Leopoldo, Pelotas, Bagé, Caxias do Sul e Santa Cruz do Sul em 2008/2009. Isto requer a coleta de informações sobre preços e disponibilidade de medicamentos em uma amostra de farmácias públicas e privadas, assim como coleta de dados sobre a estrutura do preço em diferentes pontos da cadeia de consumo, desde o fabricante até o consumidor final.

A pesquisa segue a metodologia preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Ação Internacional para Saúde (HAI) e está destinada a contribuir na identificação dos meios necessários para melhorar a capacidade de pagamento dos medicamentos no Brasil. Nesta pesquisa participam como investigadores as professoras Andréa Dâmaso Bertoldi (Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS), Aline Lins Camargo (Universidade de Caxias do Sul – UCS) e Noemia Urruth Leão Tavares (Universidade da Região da Campanha – URCAMP).

Ressaltamos que é totalmente garantido o anonimato das farmácias incluídas na amostra selecionada para pesquisa.

A **Secretaria Municipal de Saúde de _____** apóia a pesquisa e agradece o acesso às informações necessárias para realização da mesma.

_____, ____ de _____ de 2008.

Secretário Municipal de Saúde de _____

***Anexo 7 – Carta personalizada de apresentação para cada
estabelecimento***

Pesquisa sobre Preços e Disponibilidade de Medicamentos no Sul do Brasil (2008-2009)

Prezado proprietário e/ou farmacêutico

Vimos por meio desta apresentar-lhe a pesquisadora _____ e sua equipe, que irão começar a coletar informações em farmácias e drogarias, nesta cidade sobre os preços de venda e disponibilidade de uma lista de medicamentos selecionados.

Esta pesquisa segue uma metodologia preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Ação Internacional para Saúde (HAI). Contamos com o apoio do Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul e secretarias municipais de saúde, além da OMS e HAI. Os resultados serão públicos e o anonimato das farmácias e dos indivíduos entrevistados será garantido.

Este trabalho tem por objetivo contribuir na identificação dos meios necessários para aumentar a capacidade de pagamento dos medicamentos no Brasil, além de melhorar o conhecimento sobre as diferenças dos preços praticados no estado, e também, em âmbito nacional e internacional.

O trabalho da equipe consiste em uma entrevista a pessoas indicadas pelas farmácias para a coleta de informações sobre preços e disponibilidade de uma lista de 50 medicamentos relevantes para a saúde pública. Cada visita deverá durar em torno de uma hora, sendo o horário indicado pelas farmácias conforme a sua conveniência.

Caso necessite de informações adicionais sobre a pesquisa, as supervisoras farão todos os esclarecimentos ou, se preferir, esteja à vontade para entrar em contato comigo diretamente. Desde já, agradeço a colaboração com a equipe de pesquisa.

Andréa Bertoldi

Prof^ª Dr^ª Andréa Dâmaso Bertoldi
Coordenadora geral do projeto
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Anexo 8 – Medicamentos similares disponíveis no mercado

MEDICAMENTOS SIMILARES DISPONÍVEIS NO MERCADO EM NOVEMBRO DE 2009

	MEDICAMENTOS	REFERÊNCIA (Laboratório)	SIMILAR (Laboratório)
1	Ácido acetilsalicílico (100 mg comp) com 10 comp	Aspirina infantil (Bayer)	a a s (Sanofi-Aventis) Aasedatil (Vitapan) Analgesin (Teuto) Antifebrin (Royton) As-med (Medquímica) Asetisin (Pharlab) Assetil (Pharmascience) Salicil (Ducto)
2	Amitriptilina (25 mg comp) com 20 comp	Tryptanol (MSD)	Amytril (Cristália) Neo amitriptilin (Neo química) Neurotrypt (Sigma pharma) Protanol (Teuto) Tripsol (Cazi) Trisomatol (Uci-farma)
3	Amoxicilina (500 mg comp) com 21 comp	Amoxil (GSK)	Amox-ems (EMS) Amoxacin (Cazi)
4	Amoxicilina suspensão (50 mg/mL) (250 mg/5mL) Frasco com 150 mL	Amoxil (GSK)	Amox-ems (EMS) Amoxacin (Cazi) Amoxi-ped (Stiefel) Amoxibron (Kinder) Amoxicap (Globo) Amoxidil (Cifarma) Amoximed (Cimed) Amoxina (Hexal) Amoxitan (Bunker) Amplal (Gallia) Amplamox (Biolab Sanus) Biamox (Lasa)
5	Anlodipino (5 mg comp) com 30 comp	Norvasc (Pfizer)	Amelovas (Laboris) Amlocor (Torrent do Brasil) Amlodil (Vitapan) Amloprax (Teuto) Amlovasc (Hexal) Anlo (Sigma pharma) Anlodibal (Baldacci) Cordarex (Biosintética) Lodipil (Geolab) Nicord (Marjan) Pressat (Biolab Sanus) Roxflan (Merck) Tensaliv (Neo química) Tensodin (Ativus)
6	Atenolol (50 mg comp) com 28 comp	Atenol (AstraZeneca)	Ablok (Biolab Sanus) Angipress (Biosintética) Atecard (Cazi) Atenalon (Brasterapica) Ateneo (Neo química) Atenobal (Baldacci) Atenolab (Multilab) Atenopress (Hexal) Atensiol (Globo) Atepress (Teuto) Biotenor (Biofarma) Telol (Geolab)

			Tenon (Vitapan)
7	Atorvastatina (10 mg comp) com 30 comp	Citalor (Pfizer)	Lipitor (Pfizer)
8	Azitromicina (500 mg comp) com 3 comp	Zitromax (Pfizer)	Astro (Eurofarma) Azi (Sigma Pharma) Azidromic (Royton) Azimed (Cimed) Azimex (Ativus) Azinostil (EMS) Azitrax (Farmoquimica) Azitrin (Delta) Azitrolab (Multilab) Azitromed (Medquimica) Azitromicil (Greenpharma) Azitron (Cifarma) Clindal az (Merck) Novatrex (Ache) Selimax (Libbs) Zidimax (Laboris) Zitril (Cazi) Zitromicin (Pharmascience) Zitromil (Ducto)
9	Beclometasona (250 mcg/dose) Spray com 200 doses	Clenil (Farmalab)	Beclort (Glenmark)
10	Benzilpenicilina benzatina (1.200.000 UI/frasco) 1 frasco	Benzetacil (Eurofarma)	Benzatron (Ariston) Longacilin (Biolab Sanus)
11	Captopril (25mg comp) com 28 comp	Capoten (BMS)	Abepoten (Mdcpharma) Antipressin (Tks) Aorten (Brasterapica) Cabioten (Biofarma) Capobal (Baldacci) Capotrat (União química) Capotrino (Neo química) Capox (Geolab) Capril (Teuto) Captil (Hebron) Captocord (Globo) Captolab (Multilab) Captolin (Herald's) Captomed (Cimed) Captomido (Belfar) Caption (Royton) Captopiril (Bunker) Captopron (Cifarma) Captosen (Pharlab) Captotec (Hexal) Captozen (Vitapan) Cardilom (Osorio de Moraes) Catoprol (Medley) Ductopril (Ducto) Hemopress (Jarrel) Hipoten (Sanval) Hipotensil (Medinfar) Labopril (Laboris) Normapril (Cazi) Pressomax (Kinder) Presstopril (Medquimica) Repril (Cellofarm) Ritpress (Pharmascince) Tensocardil (INQ)

			Venopriil (Luper)
12	Carbamazepina (200 mg comp) com 20 comp	Tegretol (Novartis)	Carmazin (Teuto) Convulsan (Sanval) Tegretard (Cristalia) Tegrex (Neo química) Tegrezin (Cazi) Uni carbamaz (União química)
13	Cefalexina (500 mg drágea) com 8 drágeas	Keflex (Eli Lilly)	Cefaben (Cazi) Cefagel (Multilab) Cefadran (Legrand) Cefanal (Bunker) Cefanid (Ducto) Cefaxon (Ariston) Ceflexin (Luper) Celexin (Schering plough) Cellexina (Cellofarm) Falexin (Herald's) Kefalexin (Royton) Keflaxina (Hexal) Lexin (Teuto) Neocefex (Neo química) Primacef (Bergamo) Uni cefalexin (Uniao química)
14	Cefalexina suspensão oral (250 mg/5mL) (50 mg/mL) frasco com 100 mL	Keflex (Eli Lilly)	Cefagran (Legrand) Cefanal (Bunker) Cefanid (Ducto) Cefexina (Greenpharma) Ceflexin (Luper) Falexin (Herald's) Kefalexin (Royton) Keflaxina (Hexal) Neocefex (Neo química) Primacef (Bergamo) Uni cefalexin (Uniao química)
15	Ceftriaxona injetável (1g/frasco) IM 1 frasco	Rocefin (Roche)	Ceftriax (Sigma pharma) Triaxon (Teuto) Trioxina (União química)
16	Ciprofloxacino (500 mg comp) com 14 comp	Cipro (Bayer)	Besflox (Laboris) Ciflox (Medley) Cifloxatil (Brasterapica) Ciprix (Geolab) Ciprobiot (Sandoz) Ciprofar (Elofar) Ciproflan (Herald's) Ciproflonax (Pharlab) Ciprofloxx (Hebron) Ciprofloxxatrin (Globo) Ciprofloxxil (Greenpharma) Cipromizin (Biofarma) Cipronid (Ducto) Ciproxan (Royton) Nixin (Mepha) Procsim (Mantecorp) Proflox (Sigma Pharma) Proxacin (Neo química) Quiflox (Teuto) Quinoflox (Biolab sanus) Sifloxan (Sinterapico)
17	Clonazepam (2 mg comp) com 30	Rivotril (Roche)	Clonotril (Torrent do Brasil)

	comp		Clopam (Cristália) Epileptil (Teuto) Navotrax (Neo química) Uni clonazepax (União química)
18	Clotrimazol creme (1%) (10 mg/g) Tubo 20 g	Canesten (Bayer)	Abc (Hertz) Antimicótico martel (Kley Hertz) Clomazen (União química) Clomazol (Cifarma) Clotigen (Vitapan) Clotren (Teuto) Clotriderm (Greenpharma) Ctl (Hertz) Dermazol (Sanval) Dermobene (Legrand) Dermotrizol (Belfar) Fungisten (Globo) Kinasten (Kinder) Miclomazol (Caresse) Miclonazol (Cazi) Micosten (Hexal) Micotrat (Delta) Neo clotrimazyl (Neo química)
19	Co-trimoxazol (sulfametoxazol + trimetoprima) (400 mg + 80 mg comp) com 20 comp	Bactrim (Roche)	Bacfar (Elofar) Bacteracin (Teuto) Bactrisan (Sanval) Bactropin (Cimed) Baczin (Vitapan) Batrox (Bergamo) Belfactrin (Belfar) Benectrin (Legrand) Dientrin (Sanofi-aventis) Dispeptrin (Cifarma) Ectrin (EMS) Espectroprima (Prati.Donaduzzi) Infectrin (Boehringer) Lasatrim (Lasa) Medtrim (Medquímica) Metoprin (Bunker) Neotrin (União química) Pulkrin (Kinder) Qiftrin (Hexal) Roytrin (Royton) Septiolan (Climax) St400 (INQ) Sulftrin (Pharmascience) Teutrin (Teuto) Tribacter (Jarrel) Tricban (Greepharma) Trimexazol (Sanofi-aventis) Trimezol (Biofarma)
20	Co-trimoxazol suspensão (sulfametoxazol + trimetoprima) (8+40 mg/mL) (40 + 200 mg/5 mL) Frasco de 100 mL	Bactrim (Roche)	Assepium (Gross) Bac-sulfitrin (Ducto) Bacfar (Elofar) Bacteracin (Teuto) Bactrisan (Sanval) Bactropin (Cimed) Baczin (Vitapan) Batrox (Bergamo) Belfactrin (Belfar) Benectrin (Legrand)Dientrin

			(Sanofi-aventis) Dispeprtrin (Cifarma) Ectrin (EMS) Espectroprima (Prati.donaduzzi) Infectrin (Boehringer) Lasatrim (Lasa) Medtrim (Medquimica) Metoprin (Bunker) Neotrin (Neo quimica) Pulkrin (Kinder) Qiftrin (Hexal) Roytrin (Royton) Septiolan (Climax) St400 (INQ) Sulfrin (Pharmascience) Teutrin (Teuto) Tribacter (Jarrel) Trimexazol (Sanofi-aventis) Trimezol (Biofarma)
21	Diazepam (5 mg comp) com 30 comp	Valium (Roche)	Ansilive (Libbs) Calmociteno (Medley) Diazefast (Sigma Pharma) Dienpax (Sanofi-aventis) Kiatrium (Gross) Relapax (Cazi) Uni diazepam (União química)
22	Digoxina (0,25 mg comp) com 25 comp	Digoxina Glaxo Smithkline (GSK)	Cardcor (Teuto) Cardionil (Ducto) Cardixin (Hearst) (Digitax (Greepharma) Digixina (Herald's) Digobal (Baldacci) Digox (Pharlab) Digoxan (Vitapan) Neo digoxin (Neo química)
23	Diclofenaco sódico (50 mg comp) com 20 comp	Voltaren (Novartis)	Belfaren (Belfar) Biofenac (Ache) Clofen s (Neckerman) Clofenid (Cifarma) Deltaflogin (Delta) Desinflex (Diffucap-chemobras) Diclac (Hexal) Diclonaco (Ducto) Diclonatrium (Prati.donaduzzi) Diclonax (Hertz) Diclosod (Herald's) Diclosodico (Multilab) Difenan (Royton) Dorgen (Cazi) Fenaren (Uniao química) Flamalgen (Vitapan) Flanaren (Teuto) Inflamax (Elofar) Inflamex sodico (Medquimica) Kindaren (Kinder) Lasaren (Lasa) Luparen (Luper) Neotaren (Neo química) Nevralren (Pharmascience) Novaren (Jarrel)

			<p>Olfen Lactab (Mepha) Optamax (Globo) Ortoflan (Medley) Resodic (Vitamed) Sifnaco (Sinterapico) Sodix (Geolab) Tefaflex (Tks) Vendrex (IQB) Volflanil (Pharlab) Voltaflan (Bunker) Voltaflex (EMS)</p>
24	Doxiciclina (100 mg drágea) com 20 drágea	Vibramicina (Pfizer)	<p>Clordox (Teuto) Doxiclin (Pharlab) Doxilegrand (Legrand) Neo doxicilin (Neo química) Prectina (Gross) Uni doxicicilin (União química) Vibradoxin (Hexal)</p>
25	Enalapril (10 mg comp) com 30 comp	Renitec (Merck Sharp)	<p>Angiopril (Diffucap-chemobras) Cardionato (Laboris) Enalabal (Baldacci) Enalamed (Cimed) Enalatec (Greenpharma) Enalil (Kinder) Enalpress (Lasa) Enalprin (Royton) Enaplex (Pharlab) Enaprotec (Hexal) Enatec (Hebron) Enatil (Brasterapica) Eupressin (Biosintetica) Glioten (Bago) Hipertin (Luper) Maleapril (Gallia) Multipressim (Multilab) Pressel (Legrand) Pressocord (Globo) Pressomed (Medquímica) Pressotec (Teuto) Pryltec (Geolab) Renalapril (Neo química) Renapril (Vitapan) Renipress (Cazi) Renopril (Belfar) Sanvapress (Sanval) Vasopril (Biolab sanus) Venalapril (TKS)</p>
26	Eritromicina (500 mg com) com 21 comp	Eritrex (Ache)	<p>Eribiotic (Teuto) Eriflogin (Evolabis) Erimicina (Globo) Eripan (Biofarma) Eritax (Luper) Eritromed (Medquímica) Eritrovit (Vitapan) Ilosone (Valeant) Rubromicin (Prat.donaduzzi) Siftrex (Sinterapico)</p>
27	Eritromicina suspensão oral (250 mg/5mL) (50 mg/mL) Frasco com 100 mL	Eritrex (Ache)	<p>Eribiotic (Teuto) Eriflogin (Evolabis) Erimicina (Globo)</p>

			Eritax (Luper) Eritromed (Medquimica) Eritrovir (Vitapan) Rubromicin (Prati.donaduzzi)
28	Fenitoína (100 mg comp) com 25 comp	Hidantal (Sanofi-Aventis)	Dantalin (Cazi) Epelin (Pfizer) Fenital (Cristália)
29	Fluoxetina (20 mg cáps) com 28 cáps	Prozac (Eli Lilly)	Daforin (Sigma pharma) Deprax (Ache) Depress (União química) Eufor (Farmasa) Fluox (Soma) Fluxene (Eurofarma) Neo fluoxetin (Neo química) Prozen (Teuto) Psiquial (Merck) Verotina (Libbs) Zyfloxin (Zydus)
30	Furosemida (40 mg comp) com 20 comp	Lasix (Sanofi-Aventis)	Biosemeide (Biofarma) Closenid (Ducto) Diuremida (Geolab) Diurit (Neckerman) Furolasil (INQ) Furomida (Belfar) Furosan (Sanval) Furosecord (Globo) Furosem (Medley) Furosemide (Cifarma) Furosemil (Pharmascience) Furosemin (Brasterapica) Furosen (Pharlab) Furosix (Delta) Furozix (Bunker) Neosemid (Neo química) Urasix (Herald's)
31	Glibenclamida (5 mg comp) com 30 comp	Daonil (Sanofi-Aventis)	Aglucil (Elofar) Clamiben (Teuto) Diab (Neckerman) Diaben (Kinder) Diabinil (Herald's) Glibenclamon (Sanval) Glibendiab (Sigma pharma) Glibexil (Royton) Glicamida (Globo) Glicamin (Geolab) Gliconil (Medquimica) Glionil cp (Neo química) Lisaglucon (Farmasa) Niclamida (Belfar) Uni gliben (União química)
32	Hidroclorotiazida (25 mg comp) com 30 comp	Clorana (Sanofi-Aventis)	Diuretic (Royton) Diurix (Teuto) Hidrobio (Biofarma) Hidroclorana (Pharlab) Hidromed (Cimed)
33	Ibuprofeno (400 mg caps) com 36 cáps	Advil (Wyeth Consumer)	Alivium (Farmasa) Buscofem (Boehringer) Dalsy (Abott)
34	Mebendazol suspensão oral (20	Pantelmin (Janssen)	Belmirax (Belfar)

	mg/mL) Frasco com 30 mL	Cilag)	<p>Cessaverm (INQ) Ductelmin (Ducto) Geophagol (Sanval) Helmizil (Herald's) Licor de cacau vermifugo xavier (Dm) Mebendal (Pharmascience) Mebendazolin (Jarrel) Mebental (Royton) Mebiozol (Biofarma) Medazol (Greenpharma) Menbel (Geolab) Mentabon (Medquimica) Moben (Elofar) Multielmin (Osorio de Moraes) Multizol (Multilab) Necamin (Ache) Neo mebend (Neo quimica) Novelmin (Bunker) Panfugan (Nycomed pharma) Pancerm (Teuto) Pentazole (Profarb) Pluverm (Medley) Sirben (União quimica) Trotil (Globo) Vermiben (Cifarma) Vermin (Lasa) Vermoplex (Cimed) Verzol (Delta) Zoldaben (Neckerman)</p>
35	Metformina (850 mg comp) com 30 comp	Glifage (Merck)	<p>Diaformin (União química) Dimefor (Farmoquimica) Formet (Cellofarm) Formyn (Multilab) Glicefor (Geolab) Glicomet (Vitapan) Glucoformin (Novo nordisk produção) Meguanin (Uci-farma) Metfordin (Biofarma) Metform (Brasterapica) Metformed (Cimed) Metformix (Novartis) Neo metformin (Neo química) Teutoformin (Teuto)</p>
36	Metildopa (250 mg comp) com 30 comp	Aldomet (Merck Sharp)	<p>Aldocor (Globo) Aldotensin (Teuto) Angimet (Bergamo) Cardiodopa (Royton) Cardiomet (Hearst) Ductomet (Ducto) Etildopanan (Neo quimica) Kindomet (Kinder) Medpress (Medquimica) Metilbio (Biofarma) Metilcord (Luper) Metilpress (Sigma pharma) Metilvita (Laboris) Tensioval (Sanval) Tildomet (Greenpharma)</p>

			Venopressin (TKS)
37	Metronidazol (250 mg comp) com 20 comp	Flagyl (Sanofi-Aventis)	Ambrosil (Globo) Canderm (Legrand) Candifen (Greepharma) Flagimax (Belfar) Flanizol (Delta) Flazol (Medquimica) Gelmin (Osório de Moraes) Helmizol (Teuto) Metronidan (Pharmascience) Metronil (Cazi) Metrotix (Biofarma) Minegyl (Luper) Neo metrodazol (Neo química) Polibiotic (Prati.donaduzzi) Profargil (Profarb) Trinodazol (Geolab)
38	Metronidazol (400 mg comp) com 24 comp	Flagyl (Sanofi-Aventis)	Canderm (Legrand) Candifen (Greenpharma) Flagimax (Belfar) Metrotix (Biofarma)
39	Miconazol creme vaginal (20 mg/g) 2% Tubo com 80 g	Gyno-Daktarin (Janssen Cilag)	Amicozol (Cellofarm) Anfugitarin (Blausiegel) Biodol (Biofarma) Colpadak (Belfar) Dermalina (Hypm) Gino mizonol (Geolab) Gino-daczol (Cifarma) Ginotarin (Bunker) Micogyn (Elofar) Micozen (Teuto)
40	Nifedipino (10 mg comp) com 60 comp	Adalat (Bayer)	Dilavax (Sanval) Neo fidipina (Neo química) Nifedicard cp (Kinder) Nioxil (Geolab) Oxcord (Biossintetica)
41	Nistatina suspensão oral (100.000 UI/mL) Frasco com 50 mL	Micostatin (B-MS)	Aftoderm (Pharmascience) Albistin (Cazi) Canditrat (Teuto) Fungistatina (Medquimica) Kolpazol (Globo) Micostal (Elofar) Micostalab (Multilab) Neo mistatin (Neo química) Neostatin (Delta) Nicostat (Greenpharma) Nidazolin (Bunker) Nidatin (Biofarma) Nistacina (Jarrel) Nistagen (Vitapan) Nistax (Luper) Vagistatina (Belfar)
42	Omeprazol (20 mg caps) com 28 caps	Peprazol (Libbs)	Abedosec (Mdcpharma) Elprazol (Pharlab) Estomepe (Bunker) Eupept (Cifarma) Fegran (Dovalle) Gasec (Mepha) Gaspiren (Biolab Sanus)

			<p>Gastrium (Ache) Gastrocimet (Brasterapica) Gastrosec (Hearst) Loprazol (Teuto) Losaprol (Luper) Lozeprel (Multilab) Lozix (Cellofarm) Macrozol (Biofarma) Meprazan (Cazi) Meprazol (Medquimica) Mesopran (Royton) Neoprazol (Neo quimica) Neprazol (Neckerman) Novoprazol (Globo) Omegastrol (Ducto) Omenax (Geolab) Omeprazol (Uci-pharma) Omeprazol (Laboris) Omeprazol (Cimed) Omeprazol (EMS) Omeprazol (Jarrel) Omeprazol (Hexal) Omprel (Belfar) Pratiprazol (Prati.donaduzzi) Prazolex (Greenpharma) Ulcecaps (INQ) Ulcevit (Vitapan) Uniprazol (União química) Victrix (Farmasa) Zolpramex (Sinterapico)</p>
43	Paracetamol (500 mg comp) com 4 comp	Tylenol (Janssen Cilag/J & J)	<p>Acetitol (Globo) Acetofen (Medley) Acetylen (Hearst) Cefabrina (Neo quimica) Din (Dm) Dorfen (Cazi) Dorico (Sanofi-aventis) Dorsanol (Multilab) Paracen (Greenpharma) Paracetrex (Royton) Paraflan (Pharlab) Tilekin (Kinder) Tylaflex (Medquimica) Tylidol (Teuto)</p>
44	Prednisona (5 mg comp) com 20 comp	Meticorten (Mantecorp)	<p>Alergocorten (Pharmascince) Artinidzona (Teuto) Becortem (Bergamo) Corticorten (Neo química) Falamcorten (Globo) Precortil (Cazi) Predcort (Vitapan) Prednax (Geolab) Prednison (Uniao química) Predval (Sanval)</p>
45	Propranolol (40 mg comp) com 30 comp	Propranolol Ayerst (Sigma Pharma)	<p>Amprax (Vitapan) Antitensin (Teuto) Cardbloc (Hexal) Cardix (Multilab) Hipernolol (Neo química) Inderal (Astrazeneca)</p>

			Polol (Geolab) Pradinolol (Ducto) Pranolal (Cazi) Pressoflux (Medquimica) Pronol (Herald's) Propacor (Bunker) Propalol (Globo) Propanderal (Hearst) Propanolon (Brasterapica) Propanox (Royton) Proparil (Biofarma) Propromed (Cimed) Propranolom (Osório de Moraes) Uni propralol (União química)
46	Ranitidina (150 mg comp) com 20 comp	Antak (GSK)	Antidin (Teuto) Bloculcer (Laboris) Label (Ache) Logat (Libbs) Neosac (Neo química) Pep rani (Medinfar) Rabiódina (Biofarma) Ranidin (União química) Ranidina (Bunker) Ranidine (Greenpharma) Raniflex (Royton) Ranilup (Luper) Ranitidil (Medquimica) Ranitil (EMS) Ranitinol (Ducto) Ranitrat (Cazi) Ranitzen (Pharlab) Ranytsan (Globo) Tazepin (Climax) Tekadin (TKS) Ulceridina (Kinder) Ulcerit (Hexal) Ulcerocin (Cimed) Ulcoren (Medley) Ultidin (Geolab) Zadine (Uci-farma) Zylium (Farmasa)
47	Salbutamol inalador (100mcg/dose) (0,1 mg/dose) Frasco com 200 doses	Aerolin (GSK)	Aerodini (Teuto) Aerofrin (Pharmascience) Aerogold (Grenmark)
48	Salbutamol xarope (2 mg/ 5mL) Frasco com 120 mL	Aerolin (GSK)	Acobelin (Globo) Aerodini (Teuto) Aerofrin (Pharmascience) Aerogreen (Greenpharma) Aerojet (Farmalab) Aeromed (Medquimica) Aerotamol (Royton) Aerotrat (cazi) Asmakil (Elofar) Broncomix (Neckerman) Bronconal (Cifarma) Bronquil (Vitapan) Dilamol (Sanval) Neutoss (Belfar) Oxiterol (INQ) Pulmoflux (Ne química)

			Salburin (Luper) Salbutam (Bunker) Salbutamox (Jarrel) Salrolin (Biofarma) Tussiliv (Delta)
49	Sinvastatina (20 mg comp) com 30 comp	Zocor (MSD)	Clinfar (Merck) Lipotex (Medley) Menocol (Multilab) Mevilip (Laboris) Sinvalip (Sigma pharma) Sinvane (Brasterapica) Sinvascor (Baldacci) Sinvastamed (Cimed) Sinvastin (Pharlab) Sinvaston (Sanval) Sinvatrox (Legrand) Sinvax (Geolab) Sinvaz (Cellofarm) Vaslip (Biolab sanus) Vastatil (Cifarma)
50	Verapamil (80 mg comp) com 30 comp	Dilacoron (Abott)	Coronaril (Sigma pharma) Dilacor (Teuto) Neo verapamil (Neo química) Veramil (Ducto) Verapress (Greenpharma) Veraval (Sanval)