

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

MARIANI SOPELSA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE
ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE SÃO
LEOPOLDO, RS**

São Leopoldo

2015

Mariani Sopelsa

**PERFIL DOS USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE
ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE SÃO
LEOPOLDO, RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientadora: Profa. Dra. Vera Maria Vieira Paniz

**São Leopoldo
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA

S712p Sopelsa, Mariani

Perfil dos usuários de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica no município de São Leopoldo, RS / Mariani Sopelsa. – 2015.

99 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2015.

“Orientadora: Profa. Dra. Vera Maria Vieira Paniz”

1. Saúde Coletiva 2. Uso de medicamentos. 3. Cuidados em saúde. 4. Assistência farmacêutica. I. Título.

CDU 615
614

Catálogo na Fonte:

Bibliotecária Mariana Dornelles Vargas – CRB 10/2145

*Dedico esta dissertação ao meu principal incentivador, meu marido **Cristian**,
pelo amor, apoio e companheirismo...*

*À memória de meu pai, **Airton**,
que deixou o melhor legado possível na minha vida,
que por este título estaria muito orgulhoso e certamente me guia e me protege...*

*À minha mãe, **Cleonice**,
pela vida, amor, carinho, coragem,
confidencialidade e força nos momentos em que mais necessitei...*

*Ao meu irmão, **Pedro Henrique**,
pelo amor, compreensão, coragem e carinho...*

*Aos mestres, principalmente à **Vera**, por compartilhar seus conhecimentos nesta
importante trajetória da construção do saber.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS pela vida, por iluminar meu caminho e me dar forças para seguir sempre em frente;

AO MEU COMPANHEIRO, minha grande fonte de inspiração e amor;

À MINHA MÃE E MEU IRMÃO, pelo eterno apoio e compreensão;

AOS COLEGAS de mestrado: Clarissa, Cristiane, Denise, Gabriela, Graziela, Janaína, Jocinei, Tissiani e Vaneza pela amizade, esta foi a melhor turma que alguém poderia ter;

À PROFA. DRA. VERA MARIA VIEIRA PANIZ, minha orientadora, um agradecimento especial por todo empenho e sabedoria. Gostaria de pronunciar que sem o seu apoio e conhecimento dedicados a mim, esta dissertação não seria possível;

A todas as pessoas que colaboraram para a realização deste trabalho, em especial à PROFA. DRA. NÊMORA TREGNAGO BARCELLOS e a MS. FABIANE RAQUEL MOTTER;

À SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RS por permitir a utilização dos dados;

À FARMÁCIA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO/RS, especialmente as farmacêuticas Fabiana e Gracieli, pela disposição e apoio durante esta pesquisa.

O dia está na minha frente esperando para ser o que eu quiser.

E aqui estou eu, o escultor que pode dar forma a este dia.

Albert Einstein

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil demográfico e farmacoterapêutico dos usuários de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), e complementarmente, mensurar os gastos com os medicamentos mais prevalentes e os medicamentos mais onerosos. Trata-se de um estudo descritivo, valendo-se de dados secundários da farmácia municipal unidade central de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. Foram incluídas no estudo informações sobre todos os usuários de medicamentos do CEAF via processo administrativo com solicitação deferida em 2014. Os dados do perfil são oriundos do sistema AME® e os dados de custo foram obtidos por meio das guias de remessa de medicamentos da SES-RS. No total, 1.528 pessoas foram atendidas pelo CEAF, a maioria mulheres (56,7%), idade média de 52 anos, com maiores prevalências dos capítulos da CID-10 que englobam as doenças do aparelho respiratório (18,7%), doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (17,3%) e doenças do aparelho geniturinário (12,4%), dos quais se destacam os diagnósticos, asma predominantemente alérgica, artrite reumatóide e doença renal em estágio final, respectivamente. O medicamento mais prevalente foi o fumarato de formoterol+budesonida, empregado na asma alérgica, que apesar da ampla utilização, não representou o maior gasto. O maior gasto total mensal entre os medicamentos mais prevalentes foi com alfaepoetina, e entre os medicamentos mais onerosos, com infliximab, representando quase o dobro do gasto total mensal com a alfaepoetina. Os dados desta pesquisa apontam para a importância deste componente no tratamento de alto custo de morbidades com elevada prevalência.

Palavras-chave: Uso de medicamentos; Cuidados em Saúde; Custo dos Medicamentos; Doença crônica; Assistência farmacêutica.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the demographic and pharmacotherapeutic drug users' profiles of the Specialized Component of Pharmaceutical Care (CEAF), and in addition, account expenses on the most prevalent drugs and more expensive drugs. This is a descriptive study, making use of secondary data from the municipal pharmacy central unit in São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brazil. The study included information on all users of CEAF of medicines by administrative process request granted in 2014. The profile data come from the system AME® and cost data were obtained by means of drug delivery notes of the SES-RS. In total, 1,528 people were served by CEAF, most women (56.7%), average age 52, with higher prevalence of the chapters of ICD-10 which include diseases of the respiratory system (18.7%), diseases the musculoskeletal system and connective tissue (17.3%) and diseases of the genitourinary system (12.4%), among which are the diagnoses, predominantly allergic asthma, rheumatoid arthritis and kidney disease in end-stage respectively. The most prevalent drug was budesonide + formoterol fumarate, used in allergic asthma, which despite widespread use, did not represent the biggest expense. The highest total monthly spending among the most prevalent drugs was with epoetin alfa, and among the most expensive drugs, infliximab, representing almost double the total monthly expenses with epoetin alfa. Data from this study point to the importance of this component in the treatment of high cost of comorbidities with a high prevalence.

Key words: Drug Utilization; Health Care; Cost of Medicines; Chronic Disease; Pharmaceutical Assistance.

SUMÁRIO GERAL

PROJETO DE PESQUISA	9
RELATÓRIO DE PESQUISA	61
ARTIGO CIENTÍFICO	65
ANEXO	89

PROJETO DE PESQUISA

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

MARIANI SOPELSA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE
ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE SÃO
LEOPOLDO, RS**

SÃO LEOPOLDO, RS

2014

Mariani Sopelsa

**PERFIL DOS USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE
ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE SÃO
LEOPOLDO, RS.**

Projeto de Pesquisa apresentado para Exame de
Qualificação do curso de Mestrado em Saúde Coletiva do
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientadora: Profa. Dra. Vera Maria Vieira Paniz

São Leopoldo

2014

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estudos que avaliaram perfil dos usuários e/ou gastos do CEAF	28
Quadro 2 – Classificação e categorização das variáveis demográficas, farmacoterapêutica e clínica.....	51
Quadro 3 – Classificação da descrição dos gastos com medicamentos do CEAF no período investigado	52
Quadro 4 – Cronograma de Atividades	56
Quadro 5 – Descrição do Orçamento.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo
AME[®]	Administração de Medicamentos
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SES- RS	Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO DO PROJETO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 Estratégias de busca	18
2.2 CEAF	18
2.3 AME®	21
2.4 Gastos e desafios do CEAF	22
2.5 Estudos que avaliaram o CEAF	23
2.6 Estudos que avaliaram os gastos com o CEAF	26
3 JUSTIFICATIVA	46
4 OBJETIVOS	47
4.1 OBJETIVO GERAL	47
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
5 MÉTODO	48
5.1 Local do estudo	48
5.2 Delineamento	49
5.3 População Alvo e Amostra	49
5.3.1 Critérios de inclusão	49
5.3.2 Critérios de exclusão	49
5.4 Tamanho da amostra	50
5.5 Amostragem	50
5.6 Instrumento	50
5.7 Definição das variáveis	51
5.8 Logística	52
5.9 Processamento e análise dos dados	53
5.9.1 Entrada de Dados	53
5.9.2 Análise dos Dados	53
6 ASPECTOS ÉTICOS	54
7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	55
8 CRONOGRAMA	56
9 ORÇAMENTO	57
REFERÊNCIAS	58

1 INTRODUÇÃO

Ao longo de mais de duas décadas de existência o Sistema Único de Saúde (SUS) tem se consolidado como a principal política pública do Brasil, promovendo inclusão social e buscando continuamente fortalecer seus pilares básicos de acesso universal e igualitário e de atenção integral a saúde (BRASIL, 2010b).

Pela complexidade e dimensão continental de nosso país, o SUS enfrenta grandes desafios para sua consolidação. O envelhecimento populacional e a mudança do perfil epidemiológico reforçam a necessidade de constantes avaliações, correções e inovações com o intuito de melhorar o Sistema. Com este objetivo nos últimos anos foram feitos investimentos em infraestrutura, pesquisa e tecnologia no setor da saúde e ainda há muito para se fazer (BRASIL, 2010b).

Foi a partir da criação do SUS, mais precisamente no ano de 1988 que a saúde passou a ser um direito do cidadão e um dever do Estado, obrigando o estado garantir a população, através de políticas sociais e econômicas, o pleno acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde. A Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 que dispõe sobre o SUS, regulamentada pelo Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, veio justamente para estabelecer a organização básica das ações e dos serviços de saúde quanto à direção e gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo, assegurando em seu artigo 6º o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2011).

Desde então, o Brasil vem passando por importantes transformações para garantir a assistência terapêutica integral, destacando-se entre elas a elaboração da Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada em 1998 pela Comissão Intergestores e pelo Conselho Nacional de Saúde. A PNM é considerada o primeiro posicionamento formal e abrangente do governo brasileiro sobre a questão dos medicamentos no contexto da reforma sanitária e tem como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 2001; PORTELA et al., 2010).

Assim, suas principais diretrizes são: a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a reorientação da assistência farmacêutica, o

estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária (BRASIL, 2001).

Desta forma, após a aprovação da PNM, merece destaque a aprovação da PNAF (Política Nacional de Assistência Farmacêutica) no ano de 2004, sendo parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Um de seus eixos estratégicos assegura que a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, inclui, necessariamente a Assistência Farmacêutica, ou seja, a adequada assistência farmacêutica no SUS é parte essencial da assistência à saúde, e o acesso a medicamentos é na maioria dos casos fundamental para o processo de atenção integral (BRASIL, 2004; 2010b).

Atualmente, no campo da assistência farmacêutica as ações em saúde são divididas em três Componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF); Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) (BRASIL, 2010a).

O CBAF atende os principais problemas de saúde da população em relação a sua demanda epidemiológica, sendo que cada município estabelece a sua lista básica (REMUME) baseada na RENAME. Esta é a primeira linha de cuidado que deve ser garantida ao usuário em nível de atenção básica. O CESAF objetiva disponibilizar medicamentos para o atendimento de Programas de Saúde coordenados pelo Ministério da Saúde, de caráter transmissível e/ou alto impacto na saúde da população. Fazem parte deste, os medicamentos do Programa DST/AIDS, controle de tuberculose, entre outros (BRASIL, 2010a).

O terceiro componente (CEAF), interesse de estudo nesta pesquisa, abrange medicamentos de uso ambulatorial com elevado custo unitário ou que, pela cronicidade do tratamento, tornam-se excessivamente caros para serem adquiridos pela população. Este componente é caracterizado pela ampliação da cobertura para medicamentos já padronizados, bem como pela incorporação de novos medicamentos objetivando permitir a integralidade do tratamento medicamentoso ao usuário (BRASIL, 2010a).

A literatura sobre uso de medicamentos é ampla, entretanto poucas publicações apresentam estudos que envolvam o CEAF.

Em vista disso o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil demográfico e farmacoterapêutico dos usuários do CEAF no município de São Leopoldo- RS, além de descrever os gastos com os medicamentos mais prevalentes e que representam elevado impacto financeiro neste componente.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estratégias de busca

As estratégias de buscas foram realizadas pelas principais morbidades contempladas neste componente, por gastos com o componente e por terminologias relacionadas aos cuidados em saúde utilizados tanto como *DECs/meSH terms* quanto *palavras/any field*. Os termos utilizados para captar estudos segundo as morbidades avaliadas foram: Osteoporose, Lúpus, Doença de Crohn, Esclerose Múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Hepatite B, Hepatite C e seus similares em inglês. Os demais termos foram: cuidados em saúde (DECs), usuário (palavras), medicamento (palavras), doença crônica (DECs), comorbidades (palavras), custo dos medicamentos (DECs), custo de cuidado em saúde (DECs) e seus similares em inglês. As diferentes combinações foram utilizadas em bases de dados nacionais e internacionais. Quanto às internacionais obteve-se pouco sucesso na busca, muito provavelmente em função dos programas de distribuição de medicamentos em outros países serem diferentes dos praticados no Brasil. Além dos termos citados acima, exclusivamente em base de dados nacionais foram utilizadas as palavras: CEAF, Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, Componente de Dispensação Excepcional, Dispensação Excepcional e Medicamento de Alto Custo.

Tendo em vista o exposto acima a grande maioria dos estudos captados nesta pesquisa são nacionais.

2.2 CEAF

O CEAF é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) publicados pelo Ministério da Saúde, este Componente também é informalmente chamado de “alto custo” (BRASIL, 2013).

Os PCDTs tem como objetivo estabelecer os critérios de diagnóstico das doenças, o algoritmo de tratamento com os medicamentos e as doses adequadas, os mecanismos de monitoramento clínico quanto a efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos, criando ainda, mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz. Sendo que a incorporação, exclusão, ampliação ou redução de cobertura de medicamentos no âmbito do CEAF ocorre mediante decisão do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) (BRASIL, 2010b; 2013).

Os medicamentos contemplados por este Componente podem ser divididos em dois critérios. O primeiro corresponde ao tratamento de doença rara ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado, como exemplo a doença de Crohn; O segundo critério satisfaz ao tratamento de doença prevalente, com uso de medicamento de alto custo unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado desde que haja tratamento previsto para o agravo no nível da atenção básica ao qual o paciente apresentou necessariamente intolerância, refratariedade ou evolução para quadro clínico de maior gravidade, ou o diagnóstico ou estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo estejam inseridos na atenção especializada, como exemplo asma grave. Nesta última situação os medicamentos serão destinados aos casos no qual o paciente apresentou intolerância, refratariedade aos medicamentos de primeira linha de tratamento ou quando da evolução para quadro clínico de maior gravidade (BRASIL, 2006).

O CEAF até o ano de 2009 era denominado Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE), quando a Portaria 2981 de 26 de novembro do mesmo ano alterou para a nomenclatura atualmente utilizada (BRASIL, 2009).

O termo “medicamentos excepcionais” foi estabelecido por meio da Portaria Interministerial nº 3 MPAS/MS/MEC, de 15 de dezembro de 1982. Esse marco regulatório permitia, em caráter excepcional, que os serviços prestadores de assistência médica e farmacêutica poderiam adquirir e utilizar medicamentos não constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), quando a natureza ou a gravidade da doença e as condições peculiares do paciente o

exigiam, e desde que não houvesse, na RENAME, medicamento substitutivo aplicável ao caso. Nessa época, portanto, não havia um elenco de medicamentos considerados excepcionais, todos os medicamentos não pertencentes à RENAME poderiam ser considerados “excepcionais”, sendo fornecidos medicamentos para o tratamento de doenças específicas, que atingiam um número limitado de pacientes (BRASIL, 2010a; CARIAS et al., 2011).

Apesar de toda a evolução do próprio sistema de saúde brasileiro, culminando com a definição e regulamentação do SUS, o conceito de medicamentos excepcionais não foi aprimorado, pelo menos em nível de definição legal. Em 1993, mesmo sabendo que o conceito inicial de medicamentos excepcionais era aquele que não estivesse na RENAME foi estabelecida a primeira lista de medicamentos considerados excepcionais (BRASIL, 2010a). Fato este que favorece, no mesmo ano, o surgimento de uma portaria desconstruindo o conceito inicial e permitindo a elaboração sistemática de novos elencos de medicamentos, ampliando a lista, passando para 32 fármacos em 55 apresentações farmacêuticas diferentes (BRASIL, 2010a).

Ao longo de sua existência o programa passa por ampliações, oferecendo, a cada modificação, mais recursos terapêuticos aos seus usuários. Uma das alterações mais impactantes ocorreu entre 2001 e 2002 quando o Ministério da Saúde elaborou e publicou pela primeira vez Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs), nesta ocasião, 30 doenças foram contempladas (CARIAS et al., 2011).

Em 2009 além da alteração na denominação do programa, houve alterações nas definições deste, modificações estas que o norteiam até o presente momento. Nesta portaria ocorreu a definição do programa como estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS. Além disso, as formas de acesso aos medicamentos e seu financiamento foram modificados, garantindo que a distribuição fosse feita mediante a pactuação entre União, Estados, Distrito Federal e municípios, com responsabilidades distintas. Dessa forma, passam a existir, dentro do programa, três grupos de medicamentos, organizados de acordo com a responsabilidade de financiamento: grupo 1 – responsabilidade da União, grupo 2 – responsabilidade dos Estados e do Distrito Federal, grupo 3 – responsabilidade dos

municípios e do Distrito Federal. Os medicamentos integrantes dos grupos 1 e 2 continuaram com dispensação por meio das Secretarias Estaduais de Saúde, enquanto aqueles pertencentes ao grupo 3 passaram a ser dispensados pelos municípios (BRASIL, 2009; 2010b; 2013; CARIAS et al., 2011).

Desta forma, como consequência a todas essas modificações ocorridas ao longo dos anos, doenças que antes não tinham tratamento disponibilizado pelo SUS passaram a ser contempladas por meio desse Programa. Assim, a cobertura passou progressivamente de três principais classes de doenças (transplantados, renais crônicos e portadores de nanismo hipofisário) para 288 doenças atendidas pelo Programa, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (CARIAS et al., 2011).

Atualmente os usuários dos medicamentos pertencentes ao CEAF são principalmente pacientes transplantados, portadores de insuficiência renal crônica, osteoporose, esclerose múltipla, hepatite viral crônica B e C, epilepsia, esquizofrenia refratárias, doenças genéticas como fibrose cística, entre outras (ACURCIO et al., 2009).

A partir da lista de Medicamentos do Componente Especializado padronizada pelo Governo Federal, cada Estado deve elaborar a sua lista, de acordo com as necessidades da sua população. Os Estados também são responsáveis pela formulação e implementação de um sistema logístico, que envolve o ciclo da assistência farmacêutica: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e promoção do uso racional dos medicamentos (BRASIL, 2004). Este conjunto de ações que integra a assistência farmacêutica, se realizado de forma adequada, contribui para uma terapêutica racional, aumenta a qualidade de vida do indivíduo, resultando em um menor gasto decorrente de agravos das doenças e/ou internações hospitalares, e minimiza os desperdícios e o uso incorreto dos medicamentos (BLATT e FARIAS, 2007).

2.3 AME®

O estado de Rio Grande do Sul (RS) dispõe de um sistema informatizado de Administração de Medicamentos (AME®) que tem como finalidade o armazenamento

das informações sobre os medicamentos dispensados. Entre as suas aplicações, encontram-se os registros das solicitações e dispensações pertencentes ao CEAF. O fluxo destas solicitações de medicamentos segue conforme determinado status dentro do Componente. O CEAF utiliza sete status para identificação das solicitações, como segue: aguarda avaliação (quando a solicitação encontra-se em análise); deferido (quando a solicitação é aceita); indeferido (quando a solicitação é negada); em reavaliação (quando a solicitação de seguimento de tratamento está em análise, normalmente é necessário reavaliar de seis em seis meses); suspenso (quando o processo de reavaliação é negado); bloqueado (quando o usuário não retira a medicação a mais de três meses); encerrado (quando o usuário foi a óbito) e incompleto (quando ocorre falta de documentos na solicitação).

A Secretaria Estadual da Saúde do RS (SES-RS) disponibiliza acesso a este sistema a todos os municípios, e cada farmacêutico responsável técnico por farmácias municipais se credencia para a utilização do mesmo.

2.4 Gastos e desafios do CEAF

Com a ampliação do Programa, é evidente que o custo vinculado a ele também venha aumentando de forma progressiva. A tendência de crescimento dos gastos com os medicamentos usualmente denominados de “alto custo” é confirmada por dados recentes publicados na literatura (CARIAS et al., 2011). Entre 2002 e 2009, período que compreende a criação do Programa de Medicamentos Excepcionais e a sua evolução até o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, houve um crescimento exponencial dos recursos financeiros empregados pelos Estados e, principalmente, pela União. Em 2002, o orçamento do Ministério da Saúde era de R\$500 milhões, passando para R\$2,65 bilhões em 2009 (BRASIL, 2010a).

Sabe-se que a garantia do acesso a medicamentos, em especial aqueles inovadores, normalmente de alto custo financeiro, tem sido tema frequente de debates e por muitas vezes de tensões entre usuários e gestores do SUS, até mesmo, algumas vezes, mediadas pelo Judiciário. A escalada do conhecimento e a velocidade com que surgem produtos inovadores, ou que pretendem ser inovadores,

atendem, de um lado ao anseio dos médicos, pacientes e gestores em sistemas de saúde em poder dispor e oferecer mais e melhores recursos terapêuticos, de outro lado, são instrumentos de disputa entre conglomerados farmacêuticos pois, da inovação dependem o lucro e a sobrevivência dessas empresas (BRASIL, 2010b).

Nos dias atuais, a inclusão de novos medicamentos ao Programa deve utilizar os preceitos da medicina baseada em evidências. Assim, os solicitantes devem apresentar estudos que demonstrem a eficácia e segurança do medicamento, além de sua vantagem com relação à opção terapêutica já disponível (maior eficácia ou segurança ou menor custo), ou oferecer concorrência dentro de um mesmo subgrupo, como estratégia reguladora de mercado (CARIAS et al., 2011).

Um dos desafios da política de acesso a medicamentos por meio do CEAF é realmente o impacto financeiro que causa ao sistema público de saúde, pois estes medicamentos geralmente se tornam onerosos demais para a população arcar, seja porque seu valor unitário é alto, seja porque, apesar de valor unitário baixo, o tratamento torna-se custoso em função de ser prolongado. Adicionalmente, a inclusão de cada vez mais medicamentos na lista provoca indiscriminadamente maiores custos aos órgãos públicos responsáveis envolvidos na aquisição.

2.5 Estudos que avaliaram o CEAF

São poucos os estudos publicados até o momento que abordaram o perfil dos usuários ou que enfocaram o indivíduo no Programa de interesse neste estudo. Este fato talvez possa ser explicado pelo Componente se diferenciar em relação aos demais em função dos aspectos legais e financeiros que o envolvem, podendo atrair mais os pesquisadores para estes dois assuntos. Assim, é possível afirmar que a literatura disponível enfatiza em sua maioria o custo e os aspectos legais e técnicos do CEAF e pouco aborda as características dos usuários deste componente.

Entre os estudos já publicados e que descrevem o gênero predominante dos usuários do CEAF, destaca-se as mulheres como as principais usuárias. O fato das mulheres relatarem consideravelmente mais morbidades e, portanto, serem as maiores usuárias dos serviços de saúde em geral, pode estar justificando esta constatação em comum nestes estudos. Já os homens se destacam quando o

estudo enfoca uma patologia específica que acometa mais o sexo masculino, como é o caso da doença renal crônica no Brasil, em que os achados comprovam o predomínio masculino entre os pacientes em tratamento (ACURCIO et al., 2009; BRANDÃO et al., 2011; CHERCHIGLIA et al., 2010; COSTA e ANDRADE, 2011; DUARTE et al., 2013; GLEASON et al., 2013; GURGEL et al., 2012; SANTOS, YOKOTA e DIAS, 2007; SESSO et al., 2008; SILVA et al., 2013; SILVA et al., 2011; WIENS et al., 2012).

Em relação à idade destes usuários é possível observar que nos estudos que não abordaram uma patologia específica a média de idade encontrada é de 46 anos (ACURCIO et al., 2009; BRANDÃO et al., 2011). Já nas pesquisas que descreveram o perfil dos pacientes de uma determinada doença, a idade pode estar relacionada com a doença pesquisada, sendo possível afirmar que a idade predominante em cada estudo apresenta uma grande variabilidade ficando a maioria deles com uma amplitude de 37 a 64 anos (COSTA e ANDRADE, 2011; DUARTE et al., 2013; GLEASON et al., 2013; GURGEL et al., 2012; SANTOS, YOKOTA e DIAS, 2007; SILVA et al., 2011; WIENS et al., 2012), sendo que em um dos estudos realizado apenas com idosos a média encontrada foi de 63 anos (SILVA et al., 2013).

Entre os estudos que avaliaram a região de residência dos indivíduos usuários do CEAF, a maioria apresenta predomínio da região Sudeste do país. É histórico que o acesso aos serviços de saúde esteja ligado à disponibilidade, sendo que os habitantes das regiões mais desenvolvidas apresentam maiores taxas de utilização de serviços quando comparados com aqueles que residem em regiões menos desenvolvidas, sugerindo assim, desigualdades regionais em relação à distribuição dos serviços de saúde, muito pela vasta extensão territorial do Brasil. O número de indivíduos investigados apresenta grande variabilidade entre os estudos, bem como a janela temporal utilizada que oscila entre um mês e até quatro anos de investigação (ACURCIO et al., 2009; BRANDÃO et al., 2011; DUARTE et al., 2013; GURGEL et al., 2012; SILVA et al., 2011).

A maioria dos estudos revisados que objetivaram descrever os medicamentos mais utilizados deste Componente o fazem pelo princípio ativo do medicamento. Acurcio et al. (2009) em um estudo realizado com usuários de medicamentos de alto custo no SUS, identificaram a Eritropoetina Humana Recombinante (11,86%) como

o medicamento mais demandado, seguido pelo Alendronato (10,89%) e Calcitriol (6,59%). Blatt e Farias (2007) em um estudo realizado no estado de Santa Catarina tiveram achados muito semelhantes, sendo a Eritropoetina o medicamento mais utilizado (9,29%), em segundo lugar o Calcitriol (6,91%), seguido por Olanzapina (6,36%). Gurgel et al. (2012) buscaram pesquisar o uso da Eritropoetina entre pacientes em hemodiálise no Brasil nos anos de 2002 e 2003, constatando uma prevalência de 60%. Neste mesmo estudo identificou-se São Paulo como o estado onde residia o maior número de usuários deste princípio ativo, contudo, em termos relativos o Amazonas foi o estado que deteve a maior proporção de pacientes utilizando.

Os demais estudos pesquisaram os princípios ativos para patologias específicas (COSTA e ANDRADE, 2011; DUARTE et al., 2013; SILVA et al., 2013) como Wiens e seus colaboradores (2012) que pesquisaram no estado do Paraná os medicamentos utilizados para tratar a artrite reumatóide, encontrando como anticitocinas mais utilizadas: Etanercepte (44%), Adalimumabe (40%) e Infliximabe (16%).

A Eritropoetina e o Calcitriol encontrados nos estudos citados são utilizados principalmente para tratar a insuficiência renal crônica. A doença renal crônica é vista como um importante problema de saúde pública, e o número de pacientes tratados para doença renal em estágio final demonstram crescimento contínuo desde o estabelecimento de diálise como uma terapia de manutenção da vida e os avanços no transplante de órgãos (MOELLER, GIOBERGE e BROWN, 2002).

Outros estudos que investigam os medicamentos do CEAF filtram esta informação por patologias específicas, sendo escassos dados sobre a prevalência de patologias e/ou diagnósticos em usuários do CEAF no Brasil (COSTA e ANDRADE, 2011; DUARTE et al., 2013; SILVA et al., 2013; WIENS et al., 2012). Dentre os que investigam as patologias predominantes é possível citar a coorte histórica formada por pacientes cobertos pelo Programa de Dispensação Excepcional que iniciaram tratamento entre 2000 e 2004 no Brasil, avaliada por Acurcio et al. (2009). Estes autores demonstraram que entre as patologias mais prevalentes destacaram-se as Doenças do aparelho geniturinário (22,10%), Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (21,69%) e as Doenças

endócrinas nutricionais e metabólicas (13,87%) segundo a CID-10. Os autores salientam ainda que este dado não expressa a prevalência de doenças que requerem medicamentos de alto custo e sim daquelas predominantes entre os usuários do CEAF, uma vez que não considera a demanda não-atendida e/ou atendimentos efetuados pela rede privada, mas, ainda assim, os dados apontam prioridades em saúde.

Uma constatação consistente entre os autores que avaliaram o perfil dos usuários gira em torno da necessidade de desenvolvimento de ferramentas gerenciais que permitam visualizar a trajetória dos indivíduos, subsidiando o processo de formulação de políticas de saúde (ACURCIO et al., 2009; BRANDÃO et al., 2011; SILVA et al., 2011).

Dados mais detalhados dos estudos revisados, podem ser observados no Quadro 1.

2.6 Estudos que avaliaram os gastos com o CEAF

Ao revisar os estudos que enfocaram o custo do CEAF, é possível observar uma constatação comum da grande maioria, que se refere ao crescimento do Programa, ou seja, que a cada ano crescem as despesas com os medicamentos deste Componente. Carias e seus colaboradores (2011) afirmam que no período entre 2000 e 2007 o MS aumentou em 106% as despesas com a aquisição de medicamentos do CEAF, na época chamado de Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

Sendo assim, uma afirmação semelhante é feita por Blatt e Farias (2007) quando objetivaram fazer um diagnóstico do Programa no estado de Santa Catarina no período de 1999 e 2004, constatando que os custos com aquisição de medicamentos passaram de 8 milhões anuais em 1999 para 69 milhões no ano de 2004.

Este crescimento exponencial observado com a aquisição de medicamentos do Componente pode ser explicado pelo envelhecimento populacional vivenciado por nosso país, ao avanço da tecnologia que propicia diagnósticos mais precisos possibilitando a detecção de novas doenças, o desenvolvimento de novos

medicamentos associado à pressão da indústria farmacêutica, bem como a elevação dos preços dos medicamentos acompanhada da redução do poder aquisitivo da população (BLATT e FARIAS, 2007).

Algumas doenças destacam-se como as mais onerosas ao MS. A principal delas é a insuficiência renal crônica (IRC) que implica o uso de medicamentos de custo elevado, e que, quando resultando em transplante renal obriga o uso de medicamentos para prevenir a rejeição de órgãos pós-transplante (CARIAS et al., 2011; SILVA et al., 2011). A eritropoetina, usada em portadores de IRC é o medicamento com maior impacto monetário ao sistema de saúde no Brasil (SILVA et al., 2011).

Duarte e seus colaboradores (2013) em um estudo realizado com pacientes portadores de dislipidemia beneficiados com o CEAF entre 2003 e 2006, afirmam que os homens tendem a gastar mais que as mulheres. O mesmo é afirmado por Brandão et al. (2011) que analisaram os gastos gerais do MS com medicamentos de alto custo entre os anos 2000 e 2004. Este achado pode ser justificado pelo comportamento dos indivíduos do sexo feminino em procurar mais os serviços de saúde ao longo da vida, prevenindo as doenças (DUARTE et al., 2013).

Com relação aos estados brasileiros que apresentam maiores despesas com o Componente, destaca-se São Paulo, que no ano de 2007 forneceu medicamentos que custaram em torno de 645,6 milhões de reais aos cofres públicos. Quando se observa o gasto *per capita*, São Paulo continua na liderança quando comparado aos demais estados do Brasil, passando de R\$ 6,68 em 2000 para R\$ 15,50 em 2007(CARIAS et al., 2011; SILVA et al., 2011).

Sendo assim, o CEAF é um programa de grande importância na saúde pública do Brasil, possibilitando o acesso a medicamentos para o tratamento de doenças de alta complexidade, em contrapartida, ele impõe grande impacto financeiro no orçamento, sendo necessário que as respostas a esta grande demanda sejam efetivas e equitativas na alocação de recursos da saúde pública (CARIAS et al., 2011).

Maiores detalhes das pesquisas revisadas, podem ser observados no Quadro 1.

Quadro 1 – Estudos que avaliaram perfil dos usuários e/ou gastos do CEAF

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delimitação/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
<p>1- (BLATT e FARIAS, 2007)</p> <p>Diagnóstico do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina - Brasil.</p> <p><i>Latin American Journal of Pharmacy</i></p>	<p>- Realizar um diagnóstico do Programa em SC.</p>	<p>- Estudo de caso;</p> <p>- Estado de SC;</p> <p>Gastos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planilhas de gastos do Programa de Medicamentos Excepcionais da Secretaria de Estado da Saúde (1999 a 2004); • Sistema informatizado de gerenciamento do Programa MEDEXP (maio a outubro de 2004). 	<p>- Evolução dos gastos;</p> <p>- Medicamentos que mais impactam no orçamento;</p> <p>- Número de processos atendidos;</p> <p>- Medicamentos mais solicitados;</p> <p>- Dados relacionados a estrutura;</p> <p>- Dados referentes aos locais de dispensação (centros de custo).</p>	<p>- Gastos com medicamentos excepcionais pela Secretaria de Estado da Saúde de SC, passaram de R\$ 8 milhões em 1999 para R\$ 69 milhões em 2004.</p> <p>- Olanzapina 10mg (esquizofrenia refratária) corresponde ao maior impacto financeiro, 9,1% do gasto total.</p> <p>- Em 1999 menos de 2.000 processos atendidos, em 2004 mais de 16.000.</p> <p>- Medicamentos mais solicitados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritropoetina humana 4000 UI (9,29%); 	<p>- No período de 1999 a 2004 ocorreu um crescimento exponencial do Programa.</p> <p>- O crescente valor financeiro aplicado e o custo unitário elevado de alguns medicamentos apontam a necessidade de organização e estruturação deste serviço, bem como do acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes possibilitando a melhoria da qualidade da assistência farmacêutica e a</p>

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
		<p>Estrutura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas aos locais de dispensação (maio a outubro de 2004) com auxílio de um roteiro estruturado 		<ul style="list-style-type: none"> • Calcitriol (6,91%); • Olanzapina 10mg (6,36%). <p>- Maioria dos Centros de Custo (56%) estão localizados nas Unidades de Saúde Central de cada Município;</p> <p>-Farmacêutico é o profissional responsável em 82% dos Centros de Custo.</p> <p>- Em 50% dos Centros de Custo o atendimento do paciente é Realizado em sala individual;</p> <p>- A maioria dos Centros encontra-se na faixa entre 31 e 200 processos, e apenas 9% possuem entre 501 e 2000 processos;</p>	<p>racionalização do gasto em saúde.</p> <p>- A análise da dispensação demonstrou deficiências importantes quanto à infra-estrutura de pessoal, condições de armazenamento e de atendimento.</p>

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
				<p>- Média no Estado de 1,4 processos por paciente em dezembro de 2003, sendo que cada medicamento equivale a um processo.</p>	
<p>2- (SANTOS, YOKOTA e DIAS, 2007)</p> <p>ESCLEROSE MÚLTIPLA: estudo de pacientes com a forma surto-remissão cadastrados na Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais</p> <p><i>Arquivos de Neuropsiquiatria</i></p>	<p>- Descrever as características dos pacientes portadores de EMSR cadastrados no programa de dispensação de medicamentos excepcionais de BH beneficiados pelo recebimento dos imunomoduladores.</p>	<p>- Descritivo;</p> <p>- 283 pacientes com a forma surto-remissão cadastrados no programa de dispensação de medicamentos excepcionais de BH;</p> <p>- Análise de questionários médicos constantes nos processos de medicamentos de solicitação excepcional – Processos deferidos – de maio a outubro de 2004 (6 meses);</p> <p>- Município de Belo</p>	<p>- Sexo;</p> <p>- Idade;</p> <p>- Manifestações clínicas;</p> <p>- Revisão dos resultados que colaboraram com o diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RM de encéfalo; • Medula espinhal; • Líquido cefalorraquidiano (LCR); • Potenciais evocados. 	<p>- Predomínio sexo feminino (3,7:1);</p> <p>- Média de idade 38,4;</p> <p>- Primeiras manifestações clínicas ocorridas aos 29,7 anos;</p> <p>- Sintomas iniciais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensitivos (46,4%). <p>- Sintomas evolutivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motores (22,3%). <p>- 97,4% das RM de encéfalo existiam lesões desmielinizantes;</p>	<p>- Os dados apresentados são apenas uma pequena amostra de uma doença que a todo instante desafia.</p>

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
		Horizonte - MG		<ul style="list-style-type: none"> - 85,3% apresentavam lesão na medula espinhal compatível com a EC; - LCR de 44,5% dos pacientes apresentou-se normal; - 83,6% dos potenciais evocados estavam alterados. 	
<p>3- (ACURCIO et al., 2009)</p> <p>Perfil demográfico e epidemiológico dos usuários de medicamentos de alto custo no SUS</p> <p><i>Revista Brasileira de Estatística populacional</i></p>	<p>- Descrever perfil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demográfico; • Epidemiológico; • Utilização de medicamentos; <p>- Indivíduos atendidos pelo Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional;</p>	<p>- Coorte histórica;</p> <p>- Indivíduos que iniciaram tratamento entre 2000 - 2004 com no mínimo 02 registros de retirada de medicamentos (611.419 usuários);</p> <p>- Dados secundários;</p> <p>- Fonte: Apac do SIA/SUS;</p>	<p>- Demográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Idade • Região de residência no início do tratamento <p>- Clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CID-10 no início do tratamento; • Tempo de tratamento; • Óbitos; • Causa da morte. 	<p>- 611.419 usuários;</p> <p>- Sexo feminino (63,54%);</p> <p>- Idade entre 30 e 69 anos (61,96%);</p> <p>- Sudeste e Nordeste (71,53%);</p> <p>- A estratificação por sexo demonstrou a mesma tendência de utilização no decorrer do período, com</p>	<p>- Dados administrativos como os registros na Apac apresentam grande potencialidade de informação e são úteis para traçar a trajetória dos usuários nos serviços de saúde;</p> <p>- O banco de dados desenvolvido propicia uma série de análises específicas por</p>

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
		- Brasil.	- Medicamento (s) no início do tratamento, descrito pelo princípio ativo.	<p>predomínio das mulheres;</p> <p>- Diagnósticos mais prevalentes no início do tratamento (CID- 10):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doenças do aparelho geniturinário (22,10%); • Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (21,69%); • Doenças nutricionais e metabólicas (13,87%). <p>- Mulheres maiores proporções de neoplasias;</p> <p>- Homens doenças infecciosas e parasitárias;</p> <p>- Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritropoetina humana recombinante; • Alendronato; • Calcitriol. 	<p>doenças, que podem contribuir para avaliações de efetividade e eficiência dos protocolos clínicos;</p> <p>- Estas informações fornecem subsídios aos tomadores de decisão.</p>

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
<p>4- (SILVA et al., 2011)</p> <p>Medicamentos excepcionais para doença renal crônica: gastos e perfil de utilização em Minas Gerais, Brasil</p> <p><i>Cadernos de Saúde Pública</i></p>	<p>- Descrever:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gastos no Brasil e em Minas; Perfil demográfico e epidemiológico dos usuários. <p>- Analisou, ainda, os fatores associados ao gasto médio mensal individual desses indivíduos com os medicamentos utilizados.</p>	<p>- Coorte;</p> <p>- 10.603 pacientes que iniciaram diálise de 2000-2004 utilizando um dos 03 medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eritropoetina humana recombinante; Sevelamer; Hidróxido de ferro III. <p>PERFIL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Base nacional de dados em TRS (terapia renal substitutiva). <p>GASTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dados secundários disponíveis no sistema de informações 	<p>- Sexo;</p> <p>- Idade;</p> <p>- Principal causa da doença renal;</p> <p>- Modalidade de TRS no T°;</p> <p>- Região de residência.</p> <p>- Gastos</p>	<p>- Sexo masculino (57%);</p> <p>- Idade média 47 anos;</p> <p>- Principal causa de doença renal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Causas indeterminadas (46%); Hipertensão/Doenças cardiovasculares (22%); Glomerulonefrites (14%); Diabetes Mellitus (13%). <p>- Modalidade de TRS no T°:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hemodiálise. <p>- Região Centro</p> <p>- Taxa média de incidência de terapia renal substitutiva em MG no período do</p>	<p>- Os indivíduos em sua maioria passam a usufruir dos benefícios tardiamente, quando já necessita de tratamento de alto custo;</p> <p>- O transplante renal como terapia inicial teve maior proporção entre indivíduos que residiam em municípios de maior IDH-M;</p> <p>- Necessidade de desenvolvimento de ferramentas gerenciais que permitam visualizar a trajetória dos indivíduos, subsidiando o processo de</p>

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
		<p>ambulatoriais (SIA/SUS) do departamento de informática do SUS (DATA SUS).</p> <p>- Estado de Minas Gerais.</p>		<p>estudo: 76 pessoas por milhão de habitantes e decresceram 4% na coorte estudada.</p> <p>- Região sudeste do Brasil representa o maior gasto com medicamentos para DRC (51%) e o estado com maior gasto foi São Paulo.</p> <p>- Gasto com medicamentos do Programa de 2000 a 2004 em MG:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos R\$ 416.241.668,06 • Para doença renal crônica R\$ 41.631.894,76 <p>- Medicamento com maior gasto para insuficiência Renal Crônica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritropoetina humana recombinante no Brasil 	<p>formulação de políticas de saúde.</p> <p>- A análise multivariada indicou tendência de menor gasto entre indivíduos que eram mais idosos, que tinham como causa principal da doença o diabetes, que fizeram uso de hidróxido de ferro e que residiam em municípios de menor IDH-M (p < 0,05).</p>

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
<p>5- (COSTA e ANDRADE, 2011)</p> <p>Perfil dos usuários incluídos no protocolo de esquizofrenia em um programa de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica.</p> <p><i>Revista Baiana de Saúde Pública</i></p>	<p>- Descrever o perfil dos pacientes incluídos no protocolo de Esquizofrenia do Programa de Medicamentos Excepcionais (PROMEX).</p>	<p>- Estudo farmacoepidemiológico, quantitativo e descritivo;</p> <p>- Análise de 583 prontuários com diagnóstico de esquizofrenia, cadastrados no PROMEX para os quais foram dispensados medicamentos;</p> <p>- Janeiro de 2010 (1 mês);</p> <p>- Hospital;</p> <p>- Feira de Santana-Bahia.</p>	<p>- Sociodemográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Idade • Raça/cor • Situação conjugal • Renda familiar • Convênio médico/nome do convênio • Ocupação/profissão • Município de residência • Tempo de admissão no Programa. <p>- Clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabagismo; • Ingestão de álcool; • Prática de atividade física; • Subtipos clínicos de esquizofrenia; • Internação psiquiátrica prévia; • Falha terapêutica 	<p>e em MG.</p> <p>- Sociodemográficas, a maioria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 51,6% sexo masculino; • 37 anos em média; • 79,8% parda; • 72,6% solteiro; • 82,2% um a dois salários mínimos; • 90,2% não convênio médico; • 28,4% estudantes; • 63,5% Residentes em Feira de Santana; • 1 ano 3 meses tempo médio de admissão no Programa; • Medicamentos mais dispensados: Olanzapina 10mg (36%); Risperidona 2mg (30%) e Olanzapina 5mg (9,6%). 	<p>- Evidenciou características importantes para o diagnóstico do perfil dos usuários cadastrados no Programa.</p>

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
			com antipsicóticos tradicionais; <ul style="list-style-type: none"> • Antipsicóticos típicos utilizados; • Falha terapêutica com antipsicóticos do programa; • Antipsicóticos atípicos utilizados; • Medicamentos dispensados; • Quantidades dispensadas; • Leucócitos totais; • Contagem de plaquetas. 		
6- (CARIAS et al., 2011) Medicamentos de dispensação excepcional: histórico e gastos do Ministério da Saúde do Brasil <i>Revista de Saúde Pública</i>	- Descrever: <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos técnicos do Programa; • Gastos com os medicamentos distribuídos. 	- Dados: <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos técnicos: consulta a todas as portarias do Programa (histórico); • Gastos: SIA/SUS (de 2000 a 2007). - Brasil	- Dados históricos relacionados às Portarias; - Custos para os cofres públicos.	- Em 1993: <ul style="list-style-type: none"> • 15 fármacos em 31 apresentações; -Em 2009 passa a: <ul style="list-style-type: none"> • 109 fármacos em 243 apresentações; - Mudanças significativas em aspectos técnicos e	- Este Programa é uma peça de grande importância na saúde pública no Brasil; - O Programa está em constante transformação, visando aprimorar os instrumentos e estratégias que assegurem e ampliem

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
				<p>administrativos;</p> <p>- De 2000 a 2007, o MS aumentou 106% gastos com medicamentos do Programa;</p> <p>- Os gastos totais do MS somaram, em 2007, R\$ 1.410.181.600,74 quase o dobro do valor gasto em 2000: R\$ 684.975.404,43;</p> <p>- O Estado de SP sempre apresentou os maiores gastos com medicamentos desse Programa, aumentando de R\$ 245,8 milhões em 2000 para R\$ 645,6 milhões em 2007;</p> <p>- Doenças que representaram maiores gastos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência renal 	<p>o acesso da população aos Medicamentos;</p> <p>- Devem-se buscar alternativas para reduzir o impacto financeiro para que não haja prejuízos às outras áreas do sistema de saúde, dado o custo elevado das novas tecnologias.</p>

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
<p>7- (BRANDÃO et al., 2011)</p> <p>Gastos do Ministério da Saúde do Brasil com Medicamentos de Alto Custo: Uma análise centrada no paciente</p> <p><i>Value in Health 14</i></p>	<p>- Descrever os gastos do MS com usuários que iniciaram tratamento entre 2000 e 2004;</p> <p>- Traçar o perfil epidemiológico dos usuários.</p>	<p>- Coorte;</p> <p>- Usuários com início do tratamento dentre 2000 e 2004;</p> <p>- Fonte: Apac do SAI/SUS;</p> <p>- Brasil.</p>	<p>- Demográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Idade • Região de residência • Ano de início de tratamento <p>- Clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CID-10 no início do tratamento • Óbitos (sim/não) • Medicamentos (ATC) 	<p>crônica;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transplante; • Hepatite C. <p>- Mulheres (63,5%);</p> <p>- Gasto maior com homens;</p> <p>- Idade média 46,46 anos;</p> <p>- Gasto médio mensal maior para indivíduos de até 47 anos (R\$ 462,16 gasto médio mensal <i>per capita</i>);</p> <p>- 41,9% região Sudeste;</p> <p>- Região Sudeste, maiores gastos médios com medicamentos (R\$ 401,46 gasto médio mensal <i>per capita</i>);</p> <p>- CID-10 prevalente foi Doenças do Aparelho</p>	<p>Uma melhor compreensão do perfil dos pacientes que utilizam o Programa, assim como os gastos envolvidos, pode subsidiar ações que objetivem maior eficiência das políticas públicas de saúde, sem prejuízo de sua efetividade.</p>

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
				<p>Geniturinário (22,10%);</p> <p>- Maiores valores médios gastos foi para o CID-10 Doenças infecciosas e parasitárias (R\$ 1.385,84 gasto médio mensal <i>per capita</i>);</p> <p>- Medicamentos mais prevalentes foram Preparações Antianêmicas (ATC) (11,9%);</p> <p>- Maiores valores médios gastos com medicamentos (ATC) Componente Sanguíneo e Soluções Perfusionadas (R\$ 22.211,41 gasto médio mensal <i>per capita</i>)</p>	
<p>8- (GURGEL et al., 2012)</p> <p>Utilização de eritropoetina por</p>	<p>- Descrever o perfil demográfico e epidemiológico dos pacientes que utilizaram eritropoetina entre os</p>	<p>- Transversal prospectivo não concorrente;</p> <p>- Dados do APAC</p>	<p>Demográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo; • Idade; • Região 	<ul style="list-style-type: none"> • Maioria sexo masculino (57%); • Maioria de 45 – 64 anos (43%); • Maioria residia na região sudeste (49%); 	<ul style="list-style-type: none"> • Os resultados deste estudo reforçam a contribuição da eritropoetina na redução da

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
<p>pacientes incidentes em hemodiálise no SUS, Brasil, 2002-2003</p> <p><i>Cadernos de Saúde Pública</i></p>	<p>anos de 2000 e 2003;</p> <p>- Comparar estes pacientes com aqueles que não utilizaram a medicação;</p> <p>- Identificar os fatores associados ao uso da eritropoetina.</p>	<p>(Autorização de Procedimentos de alto custo), SIM e SIH;</p> <p>- Pacientes na modalidade hemodiálise (32. 136);</p> <p>- Brasil.</p>	<p>residência</p> <ul style="list-style-type: none"> • IDH do mun. De residência <p>Clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Causa primária da doença renal • Uso de eritropoetina; • Suplementação de ferro III; • Realização de transplante renal; • Tempo de acompanhamento; • Situação ao fim dos estudo (censura ou óbito). <p>Relacionadas a unidade de diálise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ano de entrada; • Presença de fístula arteriovenosa; • Natureza da unidade prestadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de SP concentrou o maior número de pacientes (24%); • Maioria residia em municípios com IDH médio (54%). • Maioria com causa primária da doença: indeterminada (46%); • Uma pequena proporção (13%) iniciou a hemodiálise com fístula arteriovenosa; • 65% utilizavam unidades privadas. • 60% dos pacientes faziam uso da eritropoetina durante o tempo do estudo; • 18% faziam suplementação de ferro III; • 42% evoluíram para óbito ao fim do estudo. 	<ul style="list-style-type: none"> • mortalidade; • Porém a utilização deste medicamento para anemia parece estar relacionada a pacientes com melhor seguimento terapêutico e melhores condições clínicas; • Os resultados indicam iniquidades no acesso para sexo feminino, mais de 64 anos, presença de nefropatia diabética, acesso vascular inicial na hemodiálise e fragilidades estruturais em estados com menor organização

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
<p>9- (WIENS et al., 2012)</p> <p>Perfil dos usuários de anticitocinas disponibilizadas pelo SUS no estado do Paraná para o tratamento de artrite reumatóide</p> <p><i>Revista Brasileira de Reumatologia</i></p>	<p>- Traçar o perfil dos usuários de anticitocinas cadastrados no CEAF.</p> <p>- Avaliar o custo mensal desses medicamentos para o SUS.</p>	<p>- Transversal;</p> <p>- Mês de março de 2010;</p> <p>- Busca feita pelos CIDs específicos (923 pacientes);</p> <p>- Dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfil - SISMEDEX; • Gastos - Foram considerados apenas os custos dos medicamentos obtidos nas tabelas do banco de dados do SUS (DATASUS). 	<p>(pública ou primava)</p> <p>Perfil dos usuários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gênero; • Idade; • Regional de Saúde; • CID; <p>Medicamento;</p>	<p>- Total de 923 pacientes;</p> <p>- Mulheres (72%);</p> <p>- Idade entre 40-60 anos (54,9%)</p> <p>- CID:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 55% CID M05.8; • 27% M06.0; • 9% CID M6.8; • 8% M5.0; • 1% outros CIDs relacionados a doença. <p>- Medicamentos recebidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40% adalimumabe; • 44% etanercepte; • 16% infliximabe <p>- Anticitocinas, custo mensal para Paraná: R\$3.403.195,59.</p>	<p>política econômica.</p> <p>Foi possível verificar a distribuição e o perfil dos usuários de anticitocinas para o tratamento da AR no Paraná no âmbito do SUS no mês de março de 2010.</p>

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
<p>10- (GLEASON et al., 2013)</p> <p>Utilização do Plano de Saúde e os custos de medicamentos especiais para 04 condições crônicas</p> <p><i>Journal of Managed Care Pharmacy</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever as prevalências de Esclerose Múltipla, Artrite Reumatóide, Psoríase e Doença inflamatória do intestino; - Descrever o tratamento com medicamentos especiais; - Descrever os custos com os medicamentos especiais; - Descrever os custos diretos totais de atendimento (médicos e de farmácia). 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise descritiva; - 1 milhão de membros com as 04 condições específicas, menores de 65 anos; - Período de 2008 a 2010 - E.U.A 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalências das doenças; - Prevalências de gênero; - Custo individual por ano; - Taxa de uso de medicamentos; - Taxa de crescimento anual das despesas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Esclerose múltipla maioria 51-64 anos (39,8%) e 73,4% sexo feminino; - Artrite reumatóide maioria 51-64 anos (54,8%) e 71,3% do sexo feminino; - Doença inflamatória do intestino maioria 51-64 anos (37,2%) e 52,3% do sexo feminino; - Psoríase maioria entre 51-64 anos (39%) e 49,7% sexo feminino; - Custo de medicamentos individual/ano: Esclerose múltipla (28 dólares), Artrite reumatóide (18 dólares), Doença infamatória do intestino (21 dólares) e Psoríase (19 dólares). - A taxa de uso de 	<p>O uso de medicamentos especiais para tratar doenças crônicas tem aumentado gradualmente ao longo dos últimos anos.</p> <p>-Estes medicamentos especiais respondem por mais de 50% do total custo dos cuidados.</p>

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
				<p>medicamentos era menor na doença inflamatória do intestino (13,7%) e maior para a esclerose múltipla (71,8%).</p> <p>- A taxa de crescimento anual das despesas para medicamentos especiais variou de 4,4% para 18,0%.</p>	
<p>11- (DUARTE et al., 2013)</p> <p>Perfil e gastos dos pacientes dislipidêmicos usuários do componente especializado da assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde</p> <p><i>Revista de saúde coletiva</i></p>	<p>- Descrever:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastos • Perfil demográfico • Perfil epidemiológico <p>- Pacientes portadores de dislipidemias atendidos pelo CEAF;</p> <p>- Identificar as características relacionadas ao gasto individual médio mensal com medicamentos</p>	<p>- Coorte histórica;</p> <p>- Análise descritiva;</p> <p>- Pacientes dislipidêmicos que iniciaram tratamento no CEAF entre janeiro 2003 e dezembro de 2006 (4 anos);</p> <p>- PERFIL e GASTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dados do Apac/SIA/SUS (Soma dos gastos individuais no 	<p>- Demográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo; • Idade; • Região de residência. <p>- Epidemiológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CID-10 no início do tratamento; • Medicamento. 	<p>- 67.142 indivíduos, maioria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo feminino (63%); • 50 e 79 anos (76,9%); • Sudeste (77,6%); <p>- Hipercolesterolemia pura (98,6%);</p> <p>- Medicamentos mais utilizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinvastatina (45%); • Atorvastatina (37%). 	<p>- O perfil epidemiológico mostra-se coerente com a literatura.</p> <p>- O aumento da idade levou a um menor gasto;</p> <p>- Pacientes do sexo masculino tenderam a gastar mais;</p> <p>- Atorvastatina maior impactou no gasto.</p>

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
	para dislipidemias.	primeiro ano, dividido pelo número de meses utilizando, atualizado o valor por FIPE 2013). - Brasil.		- Gasto médio mensal individual R\$ 88,00.	
12- (SILVA et al., 2013) Acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes com dislipidemia em uso de sinvastatina no Componente Especializado de Assistência Farmacêutica: UM ESTUDO PILOTO <i>Revista de ciência farmacêutica básica aplicada</i>	- Avaliar a influência do acompanhamento farmacoterapêutico em um grupo de idosos com dislipidemia não controlada e com elevado risco para eventos cardiovasculares, em uso de sinvastatina na alta complexidade.	- Estudo intervencional; - 14 pacientes idosos portadores de dislipidemia não controlada em uso de sinvastatina; - Junho a dezembro de 2009 (07 meses); - Entrevistas utilizando método <i>Pharmacist's Working of Drugs Therapy</i> (PWDT). - Farmácia de Pernambuco da	Perfil dos pacientes: • Idade; • Gênero • Renda familiar • Escolaridade. • Comorbidades prevalentes (capítulos do CID-10) • Medicamento (classificação ATC) Avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia: • Problemas médicos atuais	<u>Referentes ao perfil dos pacientes:</u> - Média de idade 63 anos; - Sexo feminino (71,4%), - 86% renda familiar até dois salários mínimos; - 50% ensino fundamental incompleto (50%). - 46% doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; - 15,1% agentes que reduzem os lipídios séricos;	- As intervenções farmacêuticas resolveram 82,2% dos problemas encontrados; - Redução: • Níveis de lipoproteínas aterogênicas • Pressão arterial; - O serviço farmacêutico pode ter influenciado nos resultados clínicos destes idosos.

Autor/Ano/Título/Revista	Objetivo	Delineamento/População/ Fonte de dados/Local	Variáveis analisadas	Resultados	Conclusões
		Unidade Metropolitana, situada no município do Recife- PE;	<ul style="list-style-type: none"> • História farmacoterapêutica, médica e familiar • Parâmetros clínicos; • Queixas atuais. 	<p>- Tipos de dislipidemias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipercolesterolemia isolada (43%). <p>- Comorbidades crônicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial sistêmica (86%). <p>- Consumo total de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8.8 medicamentos por idoso. 	

3 JUSTIFICATIVA

O número de pacientes cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) vem crescendo substancialmente nos últimos anos, todavia, por ser um programa de elevada complexidade no que diz respeito aos encaminhamentos das solicitações, bem como altamente baseado em normas técnicas, a maioria das publicações disponíveis abordam os aspectos legais, judiciais e financeiros dos medicamentos dispensados pelo CEAF e pouco se sabe sobre o perfil desses usuários.

Esta realidade não é diferente para o município investigado que, apesar de possuir o cadastro dos usuários, até o momento não se realizou qualquer análise. Portanto, o perfil destes usuários, bem como os medicamentos mais dispensados e o impacto financeiro para o sistema público de saúde ainda são desconhecidos. A realização desta investigação torna-se oportuna considerando a importância do CEAF no acesso aos medicamentos de alto custo e os crescentes aportes financeiros a ele destinados, somado ainda a escassez de estudos nacionais sobre a utilização destes medicamentos. Além disso, o conhecimento do padrão de utilização de serviços e ações de saúde tem sido incentivado, por ser considerado essencial para que as respostas às demandas por esses serviços reflitam decisões efetivas.

Em vista disso, o presente estudo pretende investigar o perfil dos usuários dos medicamentos pertencentes ao CEAF no município de São Leopoldo – RS, segundo características demográficas e farmacoterapêuticas. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para uma programação mais efetiva da assistência farmacêutica fornecendo elementos aos tomadores de decisão no que tange ao planejamento das ações e oferta de medicamentos de alto custo pelo SUS. No que tange ao usuário, a identificação do perfil dos grupos mais vulneráveis bem como dos portadores das doenças mais prevalentes poderão direcionar ações com ênfase na atenção farmacêutica e no acompanhamento farmacoterapêutico.

Este conjunto de informações pode fornecer dados importantes aos gestores em saúde e também subsidiar ações que visem modificar o quadro histórico destas doenças.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil demográfico e farmacoterapêutico dos usuários de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF) no município de São Leopoldo- RS e, complementarmente, descrever os gastos com os medicamentos mais prevalentes e que representam elevado impacto financeiro para esse componente.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os usuários quanto as suas características demográficas (sexo, idade e região de residência);
- Identificar as morbidades tratadas com os medicamentos do CEAF segundo a CID-10;
- Descrever o princípio ativo, dosagem e forma farmacêutica dos medicamentos do CEAF utilizados pelos usuários;
- Descrever os gastos com os medicamentos mais prevalentes no período investigado;
- Descrever os gastos com os medicamentos utilizados que apresentam maior custo no período investigado.

5 MÉTODO

5.1 Local do estudo

Este estudo será realizado no município de São Leopoldo – RS, fundado em 1824 e caracterizado como o berço da colonização Alemã no Brasil. Com uma população estimada em 226.988 habitantes para o ano de 2014, está situado a 31,4 km da capital Porto Alegre. São Leopoldo possui uma área territorial de 102.738 Km² sendo que 69,87 Km² pertencem a área urbana, dividida em 24 bairros. No Censo de 2010, o município apresentou um IDH de 0,739 considerado “alto” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2014; SÃO LEOPOLDO, 2014).

Os serviços de saúde oferecidos pela Secretaria Municipal são: um centro de vigilância em saúde- VISA; dois serviços de atendimento especializados, divididos em SAE e Tisiologia; três centros de atenção psicossocial que são CAPS álcool/drogas, CAPS infantil e CAPS adulto; seis centros de saúde; nove unidades básicas de saúde (UBS) e nove estratégias de saúde da família (ESF) (SÃO LEOPOLDO, 2014).

Em relação às estruturas de assistência farmacêutica, o município possui duas unidades dispensadoras de medicamentos. Uma destas unidades, Farmácia Municipal Central, fica localizada no bairro Centro e dispensa todos os medicamentos da REMUME, insumos diabéticos e os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica- CEAF. A outra unidade fica localizada no Centro de Saúde do bairro Feitoria, esta dispensa apenas os medicamentos da REMUME. No ano de 2013 as unidades dispensadoras do município realizaram em torno de 168 mil atendimentos. No que se refere aos recursos humanos, a Farmácia Municipal Central conta com dois farmacêuticos, um funcionário auxiliar de farmácia que atua exclusivamente na dispensação do CEAF e seis estagiários graduandos em farmácia. Já a Farmácia Municipal unidade Feitoria conta com a colaboração de dois farmacêuticos (SÃO LEOPOLDO, 2014).

Além destas duas Farmácias Municipais, São Leopoldo possui duas Farmácias Populares do Brasil e um hospital municipal, a Fundação Hospital

Centenário, localizado no bairro Fião o qual realiza grande parte dos atendimentos de maior complexidade ao SUS (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES); SÃO LEOPOLDO, 2014).

5.2 Delineamento

Será realizado um estudo descritivo valendo-se de dados secundários. Este delineamento foi escolhido por possuir vantagens em relação à rapidez e ao custo, além de descrever características, atitudes e comportamentos de um determinado grupo de pessoas por meio da coleta de dados em um único momento (ROTHMAN, 1986).

Para determinação do perfil dos usuários serão utilizados dados disponíveis no sistema AME® da farmácia municipal unidade central de São Leopoldo- RS.

A avaliação dos gastos será realizada por meio das informações obtidas nas guias de remessa de medicamentos da SES-RS e/ou no DATASUS.

5.3 População Alvo e Amostra

A população alvo deste estudo serão os usuários via processo administrativo de medicamentos pertencentes ao CEAF no município de São Leopoldo- RS.

A amostra deste estudo será composta por todos os usuários com o status deferido no CEAF no período de janeiro a dezembro de 2014, residentes em São Leopoldo- RS.

5.3.1 Critérios de inclusão

Serão incluídos no estudo todos os usuários com o status deferido no CEAF no período de janeiro a dezembro de 2014, residentes em São Leopoldo- RS. Cada usuário será avaliado uma única vez, ou seja, se ele passar do status "deferido" para "em reavaliação" e tiver seu status "deferido" novamente, não será computado.

5.3.2 Critérios de exclusão

Na hipótese de, a partir das listas obtidas, existir algum registro errôneo em relação ao status adotado para inclusão no estudo, este será excluído das análises.

5.4 Tamanho da amostra

De acordo com dados de dispensação deste Programa neste município em momentos anteriores a pesquisa, estima-se que em um período de doze meses o estudo irá abordar cerca de 4.000 usuários deferidos pela primeira vez no CEAF no período do estudo.

5.5 Amostragem

A amostragem para o perfil dos pacientes será feita a partir de dados secundários de usuários com status deferido no CEAF, através do sistema AME® no período de janeiro a dezembro de 2014 da farmácia municipal unidade central de São Leopoldo- RS.

Já, para os gastos, a partir da tabulação dos dados do CEAF serão selecionados aqueles que irão compor esta avaliação. Serão considerados o número de usuários, a posologia e o custo destes medicamentos para assim descrever o gasto médio mensal/anual.

5.6 Instrumento

Os dados serão obtidos através do sistema AME® que é abastecido com informações sobre o indivíduo a partir da solicitação e/ou retirada de medicamentos no CEAF. Estes dados serão tabulados a partir de uma planilha elaborada no Microsoft Excel.

5.7 Definição das variáveis

As variáveis descritas neste estudo são definidas a partir das informações disponibilizadas pelo sistema AME®.

- Sexo;
- Idade;
- Região de residência;
- Morbidade tratada (através da CID);
- Medicamento (s) utilizado (s);

Quadro 2 – Classificação e categorização das variáveis demográficas, farmacoterapêutica e clínica.

	Tipo	Categorização	Classificação
VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	Sexo	Dicotômica	Masculino/Feminino
	Idade	Contínua	Construída a partir da data de nascimento
	Região de residência	Polinomial	Construída a partir do endereço e categorizada em bairros
VARIÁVEL FARMACOTERAPÊUTICA	Medicamento(s) utilizado(s)	Polinomial	Nome do princípio ativo, dosagem e forma farmacêutica
VARIÁVEL CLÍNICA	Identificação da doença através da CID-10	Polinomial	Construída a partir dos capítulos da CID-10

Quadro 3 – Classificação da descrição dos gastos com medicamentos do CEAF no período investigado

	Classificação
MEDICAMENTO(S) MAIS PREVALENTE(S)	Construída a partir da tabulação dos dados do CEAF observando-se qual(is) o(s) medicamento(s) com uso mais prevalente(s) no período investigado. Tomando-se o nº de usuários, a posologia e o custo para descrição do gasto médio mensal/anual
MEDICAMENTO(S) COM ELEVADO IMPACTO FINANCEIRO	Construída a partir da tabulação dos dados do CEAF observando-se qual(is) o(s) medicamento(s) com maior custo utilizado(s) no período investigado. Tomando-se o nº de usuários, a posologia e o custo para descrição do gasto médio mensal/anual

5.8 Logística

Para o perfil dos usuários, a partir da disponibilização dos dados do sistema AME® serão extraídos relatórios de acordo com o período a ser estudado que terão suas informações transcritas para um documento Microsoft Excel. Após, esta sequência de informações será repassada para ferramentas que ajudarão na análise e compreensão destas informações.

Em relação aos gastos, as informações disponibilizadas nas guias de remessa de medicamentos da SES-RS e/ou no DATASUS serão transcritas para um documento Microsoft Excel para posterior descrição do gasto médio mensal/anual. Toda a coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora.

5.9 Processamento e análise dos dados

As análises estatísticas propostas para alcançar os objetivos do estudo estão descritas a seguir.

5.9.1 Entrada de Dados

A entrada dos dados será realizada pelo Microsoft Excel 2000 e a análise dos mesmos pelo programa estatístico Stata 11.0 (Stata Corp. College Station, Estados Unidos).

5.9.2 Análise dos Dados

A análise estatística do tipo descritiva será realizada para todas as variáveis do estudo com finalidade de descrever a amostra estudada, por meio de valores absolutos, médias e proporções. Será também realizada a análise descritiva dos medicamentos que compõe o CEAF através das proporções com seus respectivos intervalos de confiança 95%. As análises descritivas dos medicamentos bem como das morbidades serão estratificadas por sexo, idade e região de residência e será utilizado o teste do qui-quadrado para heterogeneidade das proporções, adotando-se um nível de significância $p < 0,05$. Os custos dos medicamentos mais prevalentes e aqueles que representam elevado impacto financeiro para este componente no período investigado serão também descritos.

6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado para a Secretaria Estadual da Saúde obtendo um termo de permissão para utilização dos dados do sistema AME®, respeitando as questões éticas de sigilo quanto ao nome dos usuários e o comprometimento da pesquisadora na divulgação dos resultados.

Da mesma forma, foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, sendo aprovado mediante resolução 143/2014 de 14/10/2014 (Anexo B).

7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão divulgados sob a forma de artigos para publicação em periódico científico, seminários de pesquisa e em congressos da área de saúde coletiva, da mesma forma que serão divulgados para a Secretaria Municipal e Estadual da Saúde.

8 CRONOGRAMA

O Quadro 4 apresenta o cronograma do projeto apresentado.

Quadro 4 – Cronograma de Atividades.

Ano	2013						2014												2015						
	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07
Revisão de literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Elaboração do projeto		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x									
Qualificação do projeto																		x							
Coleta de dados																		x	x						
Limpeza do banco de dados																				x					
Análise dos dados																				x	x	x			
Redação do artigo científico																						x	x	x	
Defesa da dissertação																									x

9 ORÇAMENTO

A pesquisadora arcará com todos os custos implicados na pesquisa. A descrição do orçamento está apresentada no Quadro 5.

Quadro 5 – Descrição do Orçamento

Descrição do Material	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Canetas	2	2,00	4,00
Lápis	2	1,00	2,00
Borracha	1	1,00	1,00
Marcadores de texto	4	4,00	16,00
Impressão (relatórios)	3.000 páginas	0,10	300,00
Solicitação de artigos	2	50,00	100,00
TOTAL GERAL			423,00

REFERÊNCIAS

ACURCIO, FRANCISCO DE ASSIS et al. Perfil demográfico e epidemiológico dos usuários de medicamentos de alto custo no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 26, p. 263-282, 2009.

BLATT, CARINE RAQUEL; FARIAS, MARENI ROCHA Diagnóstico do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina - Brasil. **Latin American Journal of Pharmacy**, v. 26, p. 776-83, 2007.

BRANDÃO, CRISTINA MARIANO RUAS et al. Gastos do Ministério da Saúde do Brasil com Medicamentos de Alto Custo: Uma Análise Centrada no Paciente. **Value in Health**, v. 14, p. 71-77, 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Medicamentos 2001**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. Brasília: CNS, 2004.

_____. Portaria do MS nº 2577, de 27 de outubro de 2006. Brasília, 2006.

_____. Portaria do MS nº 2981, de 26 de novembro de 2009. Brasília, 2009.

_____. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Decreto de lei 7508, de junho de 2011. Brasília- DF, 2011.

_____. Portaria do MS nº 1554, de 30 de julho de 2013. Brasília, 2013.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Ficha de estabelecimentos de saúde**, Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=4318702232022 >. Acesso em: 06 nov 2014.

CARIAS, CLAUDIA MEZLEVECKAS et al. Medicamentos de dispensação excepcional: histórico e gastos do Ministério da Saúde do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 233-240, 2011.

CHERCHIGLIA, MARIANGELA LEAL et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 639-649, 2010.

COSTA, JORGE ALEXANDRE SANTOS; ANDRADE, KAIO VINICIUS FREITAS DE. Perfil dos usuários incluídos no protocolo de esquizofrenia em um programa de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, p. 446-456, 2011.

DUARTE, JULIANA GIANNETTI et al. Perfil e gastos dos pacientes dislipidêmicos usuários do componente especializado da assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1215-1227, 2013.

GLEASON, P. P. et al. Health plan utilization and costs of specialty drugs within 4 chronic conditions. **J Manag Care Pharm**, v. 19, n. 7, p. 542-8, 2013.

GURGEL, THAÍS CAROLINE et al. Utilização de eritropoetina por pacientes incidentes em hemodiálise no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2002-2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 856-868, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). IBGE: cidades@: São Leopoldo: RS. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431870&search=rio-grande-do-sul|sao-leopoldo> >. Acesso em: 05 nov 2014.

MOELLER, STEFAN; GIOBERGE, SIMONA; BROWN, GAIL. ESRD patients in 2001: global overview of patients, treatment modalities and development trends. **Nephrol Dial Transplant**, v. 17, n. 12, p. 2071-6, 2002.

PORTELA, A.S. et al. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, p. 09-14, 2010.

ROTHMAN, K. **Modern Epidemiology**. Boston: 1986.

SANTOS, EUSTÁQUIO CLARET DOS; YOKOTA, MITICO; DIAS, NÁDIA FERNANDA REZENDE. Esclerose múltipla: estudo de pacientes com a forma surto-remissão cadastrados na Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 65, p. 885-888, 2007.

SÃO LEOPOLDO. **Rede Municipal de Saúde**, Prefeitura Municipal. São Leopoldo, 2014. Disponível em: <
https://www.saoleopoldo.rs.gov.br/home/show_page.asp?id_CONTEUDO=1369&cod_ID_CAT=1&id_SERVICO=&ID_LINK_PAI=28&categoria=%3Cb%3ESecretarias%3C/b%3E>. Acesso em: 05 nov 2014.

SESSO, RICARDO et al. Relatório do censo Brasileiro de diálise, 2008. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 30, p. 233-238, 2008.

SILVA, ANDRÉ SANTOS DA et al. Acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes com dislipidemia em uso de sinvastatina no Componente Especializado de Assistência Farmacêutica: um estudo piloto. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 34, p. 51-57, 2013.

SILVA, GRAZIELLE DIAS DA et al. Medicamentos excepcionais para doença renal crônica: gastos e perfil de utilização em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 357-368, 2011.

WIENS, ASTRID et al. Perfil dos usuários de anticitocinas disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde no estado do Paraná para o tratamento da artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 52, p. 208-213, 2012.

RELATÓRIO DE PESQUISA

INTRODUÇÃO

O objetivo principal do estudo foi “Descrever o perfil demográfico e farmacoterapêutico dos usuários de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF) no município de São Leopoldo- RS”. A pesquisa também objetivou “descrever os usuários quanto as suas características demográficas sexo, idade e região de residência (bairro identificado a partir do endereço e classificado segundo a presença de Unidade Básica de Saúde (UBS) com ou sem Estratégia Saúde da Família (ESF)); “identificar as morbidades tratadas com os medicamentos do CEAF segundo a CID-10”; “descrever o princípio ativo, dosagem e forma farmacêutica dos medicamentos do CEAF utilizados pelos usuários”; “descrever os gastos com os medicamentos mais prevalentes no período investigado” e “descrever os gastos com os medicamentos utilizados que apresentaram maior custo no período investigado”.

Por se tratar de um estudo de corte transversal e a obtenção dos dados referentes ao ano de 2014 ter ocorrido no último dia útil de atividade, optou-se por incluir os usuários de medicamentos do CEAF via processo administrativo com status “deferido” na última retirada do medicamento no período do estudo, de forma que cada usuário fosse avaliado uma única vez, ou seja, desconsiderou-se as demais retiradas mensais do ano de 2014.

FONTE DE DADOS

O banco de dados oriundo do sistema AME[®] da farmácia municipal unidade central de São Leopoldo- RS foi recebido ao final do mês de dezembro de 2014. A Secretaria Estadual da Saúde do RS (SES-RS) disponibiliza o acesso a um sistema informatizado de Administração de Medicamentos (AME[®]) aos municípios, que tem como finalidade o armazenamento das informações sobre o componente especializado da assistência farmacêutica - CEAF. Os dados de custo foram obtidos por meio das guias de remessa de medicamentos da SES-RS referentes aos meses de janeiro, fevereiro, março e abril de 2015.

No projeto foi previsto que os dados do sistema AME® seriam obtidos através de relatórios que deveriam ter suas informações transcritas para um documento Microsoft Excel®, entretanto estes dados já foram obtidos em formato de documento Excel®, que então foram convertidos para o formato ".dta" para serem analisados no programa Stata 11.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

LIMPEZA E ORGANIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS

Durante os mês de fevereiro de 2015 foi realizada a limpeza e organização do banco de dados. O banco apresentava 12 registros de pacientes que haviam retirado medicamento por via judicial, após a confirmação da informação, os mesmos foram excluídos. Além disso, foi realizada uma padronização da informação referente à variável “bairro” visto que existiam problemas de digitação (letra maiúscula,/minúscula, acentos, letras faltando) e também o preenchimento deste campo quando se encontrava em branco, a partir do CEP e logradouro do indivíduo, sempre que possível. Também realizou-se a inclusão da variável “idade” (em anos completos) calculada a partir da data de nascimento. Por fim, se fez necessária para a posterior análise a construção de dois bancos “banco pessoas” e “banco medicamentos”.

ANÁLISE DOS DADOS

Entre os meses de março e abril de 2015 foram realizadas as análises descritivas de todas as variáveis do estudo. Utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson e de tendência linear, para as variáveis ordinais, estratificou-se as morbidades segundo a CID-10 e capítulos por sexo, idade e região de residência (com ou sem ESF) e descreveram-se as prevalências bem como seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A análise dos dados foi conduzida nos programa Stata 11.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

Determinaram-se as médias de gasto mensal individual para cada medicamento prevalente/oneroso, estimando-se os gastos mensais de cada usuário, somando-se e dividindo-se pelo número de usuários. Os medicamentos mais

onerosos foram selecionados após consulta na literatura, considerando-se o custo do tratamento mensal por indivíduo.

Após análise dos resultados preliminares, constatou-se que a estratificação das variáveis demográficas pelos medicamentos utilizados, conforme previsto no projeto, não trouxe grande contribuição nos resultados, decidiu-se pela exclusão desta nos resultados da pesquisa.

ARTIGO CIENTÍFICO

Será submetido para publicação nos Cadernos de Saúde Pública

PERFIL DOS USUÁRIOS E GASTOS COM MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, SÃO LEOPOLDO, RS

PROFILE OF USERS AND THEIR EXPENSES WITH MEDICINES OF SPECIALIZED COMPONENT OF PHARMACEUTICAL CARE, SAO LEOPOLDO, RS

PERFIL DE LOS USUARIOS Y GASTOS CON DROGAS DEL COMPONENTE ESPECIALIZADO FARMACÉUTICA DE ASISTENCIA, SÃO LEOPOLDO, RS

TÍTULO RESUMIDO

PERFIL DOS USUÁRIOS E GASTOS COM MEDICAMENTOS

AUTORES

Mariani Sopelsa¹; Fabiane Raquel Motter¹; Vera Maria Vieira Paniz¹

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Correspondência

Vera Maria Vieira Paniz

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos

Av. Unisinos, 950, Cristo Rei, São Leopoldo, RS, Brasil - CEP 93022-000

Telefone: (51) 35908752 Ramal: 1285 Fax: (51) 35908479

Email: vpvieira@terra.com.br

RESUMO

Objetivou-se descrever o perfil demográfico e farmacoterapêutico dos usuários do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica-CEAF, e mensurar os gastos com os medicamentos mais prevalentes e mais onerosos. Trata-se de estudo descritivo com dados secundários da Farmácia Municipal, São Leopoldo/RS. Incluiu-se informações das solicitações deferidas em 2014, via processo administrativo, obtidas no sistema AME[®]. Para avaliar o custo, utilizaram-se as guias de remessa da SES-RS. Avaliou-se 1528 usuários, maioria mulheres, idade média 52 anos. Os diagnósticos mais prevalentes foram asma alérgica, artrite reumatóide e doença renal crônica, e o medicamento mais prevalente, fumarato de formoterol+budesonida. O maior gasto total mensal dos medicamentos mais prevalentes foi com alfaepoetina e entre os mais onerosos, com infliximab, representando quase o dobro do gasto total mensal com a alfaepoetina. Os dados apontam para a importância deste componente no tratamento de alto custo de morbidades com elevada prevalência.

Palavras-chave: *Uso de medicamentos; Cuidados em Saúde; Custo dos Medicamentos; Doença crônica; Assistência farmacêutica.*

ABSTRACT

This study aimed to describe the demographic and pharmacotherapeutic profile of users of the Specialized Program for Pharmaceutical Assistance- CEAF, and measure the costs of the most prevalent and more costly medications. It is a descriptive study using secondary data of the Municipal Pharmacy, São Leopoldo / RS. Included is information of deferred requests in 2014, through administrative proceedings, obtained in AME[®] system. To assess the cost, we used the deliveries of SES-RS. We evaluated 1528 users, mostly women, average age 52 years. The most prevalent diagnoses were allergic asthma, rheumatoid arthritis and chronic renal disease and the most prevalent drug, budesonide + formoterol fumarate. The biggest monthly total expenditure of the most prevalent drugs was with epoetin alfa and among the most expensive, with infliximab, representing almost double the total monthly expenses with

epoetin alfa. The data point to the importance of this component in the treatment of high cost of comorbidities with a high prevalence.

Key words: *Drug Utilization; Health Care; Cost of Medicines; Chronic Disease; Pharmaceutical Care.*

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo describir el perfil demográfico y farmacoterapéutica de los usuarios del Programa Especializado de Asistencia Farmacéutica-CEAF, y medir los costos de los medicamentos más comunes y más costosos. Se trata de un estudio descriptivo utilizando datos secundarios de los Municipal Farmacia, São Leopoldo / RS. Se incluye la información de las solicitudes diferidas en 2014, a través de los procedimientos administrativos, obtenidos en el sistema AME[®]. Para evaluar el coste, utilizamos las entregas de SES-RS. Se evaluaron 1.528 usuarios, la mayoría mujeres, edad media 52 años. Los diagnósticos más prevalentes fueron asma alérgica, artritis reumatoide y la enfermedad renal crónica y la más prevalente de drogas, formoterol fumarato + budesonida. El mayor gasto total mensual fue la droga de mayor prevalencia con alfaepoetina y entre los más caros, con infliximab, lo que representa casi el doble de los gastos mensuales totales con alfaepoetina. El punto de datos a la importancia de este componente en el tratamiento de alto costo de las comorbilidades con una alta prevalência.

Palavras-chave: *El uso de drogas; Cuidado de la salud; Costo de drogas; Enfermedad crônica; Asistencia farmacéutica*

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) instituída em 1998, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, tem como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Suas principais diretrizes são a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e sua regulamentação sanitária ^{1,2}.

Ainda em consonância com as políticas de saúde, em 2004 foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) a qual assegura que a garantia de acesso e equidade às ações de saúde inclui, necessariamente, a assistência farmacêutica. Portanto, a adequada assistência farmacêutica no SUS é parte essencial da assistência à saúde, e o acesso a medicamentos é, na maioria dos casos, fundamental para o processo de atenção integral ^{3,4}. Atualmente, a forma de financiamento da assistência farmacêutica é dividida em três componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF); Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) ⁵.

O CEAF viabiliza o acesso a medicamentos no âmbito do SUS para o tratamento de doenças tanto raras quanto de alta prevalência, desde que com indicação de uso de medicamentos com elevado custo unitário ou que, pela cronicidade do tratamento, tornam-se excessivamente caros. O grande desafio da política de acesso a medicamentos em relação a este Componente, que tem o número de usuários ampliado a cada ano, é o alto impacto financeiro ⁵⁻⁷. No ano de 2003 foram gastos aproximadamente R\$ 516 milhões e em 2014 estes gastos já somavam 4,9 bilhões, representando um crescimento de 9,5 vezes ⁸.

A literatura revela que muitos desses gastos poderiam ser evitados por meio de um acompanhamento integral dos indivíduos ainda na atenção básica ^{9,10}. Desse modo, conhecer o perfil dos usuários desses medicamentos pode, além de auxiliar no direcionamento de ações com ênfase na atenção farmacêutica e no acompanhamento farmacoterapêutico, também subsidiar ações que visem modificar o quadro histórico destas doenças.

Assim o objetivo deste estudo foi descrever o perfil demográfico e farmacoterapêutico dos usuários de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no município de São Leopoldo- RS e, complementarmente, mensurar os gastos com

os medicamentos mais prevalentes e os de maior impacto financeiro. Os resultados desta pesquisa podem contribuir para uma programação mais efetiva da assistência farmacêutica fornecendo elementos aos tomadores de decisão no que tange ao planejamento das ações e a oferta de medicamentos de alto custo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo realizado na farmácia municipal unidade central de São Leopoldo, RS, utilizando-se dados secundários do sistema de Administração de Medicamentos - AME[®] disponibilizados pela Secretaria Estadual da Saúde do RS (SES-RS). Este sistema informatizado tem como finalidade o armazenamento das informações sobre os usuários de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF. O fluxo das solicitações desses medicamentos segue conforme listado a seguir: aguarda avaliação (quando a solicitação encontra-se em análise); deferido (quando a solicitação é aceita); indeferido (quando a solicitação é negada); em reavaliação (quando a solicitação de seguimento de tratamento está em análise, normalmente é necessário reavaliar de seis em seis meses); suspenso (quando o processo de reavaliação é negado); bloqueado (quando o usuário não retira a medicação a mais de três meses); encerrado (quando o usuário foi a óbito) e incompleto (quando ocorre falta de documentos na solicitação). Foram incluídos no presente estudo informações sobre todos os usuários de medicamentos do CEAF, com solicitação deferida via processo administrativo no período de janeiro a dezembro de 2014. Considerando que os usuários retiram os medicamentos mensalmente, utilizaram-se as informações referentes à última retirada no período do estudo.

As variáveis do estudo foram definidas a partir das informações disponibilizadas pelo sistema AME[®] - sexo, idade (construída a partir da data de nascimento e categorizada em faixas etárias: 0-19; 20-39; 40-59; 60 anos ou mais), região de residência (bairro identificado a partir do endereço e classificado segundo a presença de Unidade Básica de Saúde (UBS) com ou sem Estratégia Saúde da Família (ESF), morbidades (disponibilizadas conforme a CID-10 ¹¹ e posteriormente agrupadas em capítulos desta classificação) e medicamentos (avaliados segundo o princípio ativo, dosagem e forma farmacêutica).

Para a análise, os dados disponibilizados no programa Microsoft Excel® foram transferidos para o programa estatístico Stata 11.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Todas as variáveis foram descritas por meio de valores absolutos e proporções. As morbidades segundo a CID-10 e capítulos foram estratificadas por sexo, idade e região de residência, com ou sem ESF. As prevalências foram apresentadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e analisadas por meio do teste do Qui-quadrado e de tendência linear adotando-se um nível de significância estatística de 5%.

Para a análise de custo dos medicamentos os dados foram obtidos por meio das guias de remessa da SES-RS atualizadas para o ano de 2015, até o mês de abril.

Os custos foram determinados tanto para os medicamentos de uso mais prevalente quanto para os mais onerosos. Para determinar os medicamentos mais onerosos, foram selecionados na literatura aqueles com maior impacto financeiro considerando-se o custo do tratamento mensal por indivíduo ¹². Para cada medicamento, determinaram-se os gastos mensais de cada usuário, somaram-se e dividiram-se pelo número de usuários, obtendo-se a média de gasto mensal individual. O gasto total mensal foi obtido somando-se os gastos mensais dos usuários para cada medicamento.

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS mediante resolução 143/2014 de 14/10/2014. Obteve-se permissão da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul para a utilização dos dados, respeitando-se as questões éticas de sigilo quanto ao nome dos usuários e o comprometimento na divulgação dos resultados.

RESULTADOS

Perfil dos usuários do CEAF

Foram incluídos neste estudo 1.528 usuários de medicamentos do CEAF, sendo a maioria mulheres (56,7%), idade média de 52 anos (dp=17,9), quase metade (44,1%) residia em bairro com UBS/ESF e 1,24% em bairros não identificados.

De acordo com as categorias estabelecidas pela CID-10, os diagnósticos mais prevalentes estão agrupados no capítulo das doenças do aparelho respiratório (18,7%),

seguido do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (17,3%), do aparelho geniturinário (12,4%) e das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (11,6%). Diferenças significativas foram observadas entre os sexos, com predomínio, para mulheres quando comparadas aos homens, de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (24,1% vs. 8,5%) e doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (1,4%, vs. 0,2%). Os homens, quando comparados com as mulheres, apresentaram maiores prevalências de doenças do aparelho geniturinário (15,1% vs. 10,3%), fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (12,1% vs. 9,4%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,2%, vs. 6,4%) e transtornos mentais e comportamentais (10,3% vs. 3,8%), ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Quando os capítulos foram estratificados por idade percebeu-se que os mais prevalentes como doenças do aparelho respiratório e do aparelho geniturinário acometem mais os idosos (28,7% e 13,7%, respectivamente), enquanto doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo tem maior prevalência na faixa etária de 40 a 59 anos (23,9%). Já as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas são mais prevalentes entre crianças e adolescentes (24,2%) ($p < 0,05$). Ainda na faixa etária de 0 a 19 anos observou-se que doenças do aparelho respiratório, transtornos mentais e comportamentais e doenças do sistema nervoso acometem 16,8%, 14,7% e 14,7% dessa faixa etária, respectivamente. A faixa etária de 20 a 39 anos apresentou a maior prevalência de doenças do aparelho digestivo (13,9%) em comparação as demais. Na faixa etária de 40 a 59 anos constataram-se maiores prevalências de doenças infecciosas e parasitárias (12,4%) ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Ao estratificar os capítulos por bairros com presença de Estratégia Saúde da Família (ESF) observou-se que nestes, doenças do aparelho geniturinário foram mais prevalentes do que em bairros sem a presença destas equipes (14,7% vs. 10,5%; $p < 0,05$). Em contrapartida, nos bairros sem ESF observou-se maiores prevalências de transtornos mentais e comportamentais em comparação com bairros com ESF (8,4% vs. 4,3%; $p < 0,05$, como também doenças do sistema nervoso, embora com associação limítrofe (10,5% vs. 7,7%; $p = 0,06$) (Dados não demonstrados em tabela).

Das 146 morbidades relatadas, 15 (10,3%) representaram os diagnósticos mais frequentes. Entre os usuários, 95,0% possuíam apenas uma morbidade, 4,5% portavam duas morbidades, somente quatro (0,3%) usuários possuíam três morbidades e apenas um (0,1%) usuário possuía quatro morbidades. Os diagnósticos mais prevalentes foram asma

predominantemente alérgica (17,1%), seguida de doença renal em estágio final (11,5%), rim transplantado (7,6%) e hepatite viral crônica C (6,0%). As mulheres apresentaram maiores proporções, quando comparadas aos homens, de outras artrites reumatóides soro-positivas (7,5% vs. 2,0%), artrite reumatóide soro negativa (5,2% vs. 0,9%), hiperprolactinemia (2,8% vs. 1,2%) e lúpus eritematoso (2,9% vs. 0,6%) ($p < 0,05$). Os homens apresentaram maiores prevalências, quando comparados às mulheres, de doença renal em estágio final (14,5% vs. 9,1%), hepatite viral crônica C (7,9% vs. 4,5%), esquizofrenia paranóide (7,9% vs. 2,2%) e fígado transplantado (2,9% vs. 1,4%) ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Quando as morbidades foram estratificadas por faixas etárias, observou-se que asma predominantemente alérgica, o diagnóstico mais prevalente, acomete mais os idosos (25,6%). A doença renal em estágio final apresentou associação direta com a idade, alcançando prevalência de 13,3% entre os idosos. O diagnóstico rim transplantado foi mais prevalente na faixa etária de 20 a 39 anos (11,4%), enquanto hepatite viral crônica C, entre indivíduos de 40 a 59 anos (8,8%). Para os mais jovens de 0 a 19 anos e de 20 a 39, a esquizofrenia paranóide apresentou prevalência de 9,5% e 11,7%, respectivamente ($p < 0,05$) (Tabela 4).

Na estratificação das morbidades por bairros segundo presença de ESF observou-se maior prevalência de doença renal em estágio final nos bairros com ESF quando comparados com bairros sem essa estratégia (13,4% vs. 9,9%) ($p < 0,05$). De outro modo, maiores prevalências de doença de Alzheimer de início tardio e de esquizofrenia paranóide foram verificadas nos bairros sem estas equipes, em comparação aos bairros com as mesmas (2,5% vs. 0,7%; 5,8% vs 3,4%, respectivamente) ($p < 0,05$) (Dados não demonstrados em tabela).

Os 1.528 usuários utilizaram 2.431 medicamentos, com 96 diferentes princípios ativos em 147 apresentações. O medicamento com maior prevalência de uso foi o fumarato de formoterol+budesonida 12/400mcg (18,3%), seguido por alfaepoetina 4.000 UI (11,5%), sacarato de hidróxido férrico 100mg (8,5%), azatioprina 50mg (6,6%), tacrolimo 1mg (6,0%), ribavirina 250mg (5,8%), calcitriol 1mcg/ml (5,6%), micofenolato de sódio 360mg (5,2%), leflunomida 20mg (4,8%) e metotrexato 2,5mg (3,9%).

Gastos com medicamentos do CEAF

A tabela 5 descreve o custo referente às 10 apresentações de medicamentos mais prevalentes. Observou-se que quatro medicamentos apresentaram maior gasto médio mensal

individual, sendo eles micofenolato de sódio 360mg (R\$ 384,20), tacrolimo 1mg (R\$ 368,98), alfaepoetina 4.000 UI (R\$ 216,70) e calcitriol 1mcg (R\$ 168,96). Considerando o gasto total mensal o medicamento de maior gasto foi a alfaepoetina gerando um gasto no valor de R\$ 37.922,34. O gasto total mensal gerado pelos 10 medicamentos mais prevalentes alcançou o valor de R\$ 144.693,63.

Em relação aos medicamentos mais onerosos, observou-se que os quatro medicamentos com o maior gasto médio mensal individual foram infliximab 10mg/ml (R\$ 5.178,81), imunoglobulina humana 5 g (R\$ 4.923,96), acetato de octreotida LAR 30mg/ml (R\$ 4.075,76) e acetato de octreotida LAR 20mg/ml (R\$ 3.019,09). Com relação ao gasto total mensal, o medicamento de maior custo foi o infliximab, gerando um gasto mensal de R\$ 72.503,28. Os 10 medicamentos mais onerosos totalizam uma despesa mensal de R\$ 189.863,21 ao sistema público de saúde (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Este estudo revelou que, em 2014, os usuários do CEAF apresentaram maiores prevalências de diagnósticos agrupados nos capítulos das doenças do aparelho respiratório, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário, das quais se destacam a asma predominantemente alérgica, a artrite reumatóide e a doença renal em estágio final, respectivamente. Corroborando, o medicamento mais prevalente foi o fumarato de formoterol+budesonida, utilizado para o tratamento da asma, que apesar da ampla frequência de uso não representou o maior gasto. O maior gasto total mensal entre os medicamentos mais prevalentes foi com a alfaepoetina, amplamente empregada na doença renal. Já, entre os medicamentos mais onerosos, destaca-se o infliximab, com o maior gasto total mensal, representando quase o dobro do gasto total mensal com a alfaepoetina. Este medicamento é empregado no tratamento de doenças auto-imunes como a artrite reumatóide, doença de Crohn e espondilite anquilosante, sendo considerado uma evolução na terapêutica medicamentosa.

Perfil dos usuários do CEAF

O presente estudo evidenciou uma maior prevalência de mulheres usuárias desses medicamentos, em acordo com grande parte das pesquisas já realizadas¹³⁻¹⁶. Em geral, as mulheres relatam consideravelmente mais morbidades que os homens e, portanto, são as maiores usuárias dos serviços de saúde, sendo esperado um perfil semelhante para este Componente¹⁷.

Com relação à faixa etária, esta população apresentou uma maior proporção de adultos com mais de 50 anos, na mesma direção de pesquisas com população usuária desses medicamentos^{12, 13}. Está bem descrito na literatura que idades mais avançadas estão relacionadas com o aumento da prevalência de doenças crônicas e, portanto, associadas à utilização de medicamentos e serviços de saúde¹⁷.

Os capítulos que agrupam os diagnósticos dos usuários de medicamentos deste Componente demonstram uma ampla abrangência. Entre os mais prevalentes, destaca-se o capítulo das doenças do aparelho respiratório que é composto majoritariamente pela asma alérgica, diagnóstico mais prevalente nesta população. A asma não foi evidenciada como prevalente em estudo semelhante¹³. Entretanto, no presente estudo, é coerente pensar que sua elevada prevalência esteja ligada às características climáticas da região sul, que possui quatro estações razoavelmente bem definidas, mas com clima úmido e extremamente frio durante o inverno. Alguns estudos realizados com crianças apontam as mudanças climáticas como o principal desencadeador de crises asmáticas¹⁸⁻²⁰. A asma não apresentou diferença entre acometer homens ou mulheres e demonstrou atingir mais as crianças e os adolescentes, cessando durante a fase adulta, e voltando a prevalecer após os sessenta anos, de acordo com outros estudos^{21, 22}. Na mesma direção, o fumarato de formoterol+budesonida indicado no protocolo da asma⁴ foi o medicamento mais prevalente.

O capítulo das doenças do sistema osteomuscular, segunda maior prevalência, englobou três das morbidades mais frequentes, as artrites reumatóides (soro positiva e soro negativa) e a espondilite ancilósante. Embora este resultado esteja de acordo com um estudo nacional¹³, a morbidade mais prevalente foi distinta. No presente estudo o capítulo está representado principalmente pela artrite reumatóide (AR) e no estudo citado, pela osteoporose. A AR acometeu mais as mulheres e os adultos acima dos 40 anos, de acordo com outras pesquisas^{15, 23, 24}. Ainda com causa desconhecida, sua incidência no Brasil é

subestimada, pois, segundo a literatura, apenas metade dos brasileiros com a morbidade são diagnosticados e, depois de diagnosticados, apenas 50% são tratados ²⁵. O tratamento medicamentoso é iniciado, na maioria dos casos, com os fármacos metotrexato, leflunomida ou azatioprina, sendo o primeiro considerado o fármaco de escolha inicial ^{15, 23, 26}. Destaca-se que todos estão incluídos entre os medicamentos mais prevalentes no presente estudo. Além destes, o avanço na terapia medicamentosa conta também com alguns agentes biológicos, como o infliximabe e rituximabe ^{27, 28}, ambos evidenciados aqui, entre os medicamentos mais onerosos.

O terceiro capítulo mais frequente nesta população refere-se às doenças do aparelho geniturinário, que engloba especialmente a doença renal em estágio final. Tanto o capítulo, quanto a morbidade predominante, estão de acordo com um estudo semelhante realizado em 2009 ¹³, ainda que no presente estudo a prevalência de doença renal tenha sido ainda maior. A doença renal demonstrou acometer mais os homens e pessoas em idade mais avançada, de acordo com a literatura ^{9, 10, 13, 14, 29}. Os principais fatores de risco para doença renal são hipertensão e diabetes, que vem apresentando prevalência crescente na população em geral, contribuindo assim para o aumento da incidência da doença renal ^{9, 10, 30, 31}. Constituindo um importante problema de saúde pública, a doença renal, em muitos casos, poderia ser evitada, tendo em vista que seus principais fatores de risco tem tratamento disponível na atenção básica. Desta forma, é coerente pensar que, se estes usuários portadores dos fatores de risco fossem efetivamente acompanhados, evitaria-se a progressão da doença e o agravamento do estado de saúde, além do sofrimento e gastos com medicamentos de alto custo.

Na literatura, a doença renal é apontada entre as que representam os maiores gastos com medicamentos de alto custo ³². No presente estudo, foram identificados três medicamentos utilizados na doença renal entre os 10 mais prevalentes, são eles, alfaeopetina, sacarato de hidróxido férrico e calcitriol, sendo o primeiro, destaque, por gerar o maior gasto total mensal.

Torna-se necessário salientar também a prevalência do diagnóstico rim transplantado encontrada no presente estudo, que quando comparada com pesquisa nacional é ainda mais elevada ¹³. Os medicamentos destinados a pacientes transplantados, da mesma forma que para doença renal, são evidenciados na literatura entre os de maior impacto financeiro ³². Nesta pesquisa, entre os 10 medicamentos identificados como prevalentes, encontram-se azatioprina, tacrolimo e micofenolato de sódio, utilizados pelos pacientes que realizaram

transplante, inclusive renais, sendo os dois últimos, destaques pelo maior gasto médio mensal por usuário.

A relação entre a maior prevalência de algumas morbidades e a presença ou não de UBS/ESF é complexa, considerando que a implementação dessa estratégia pode ser vista como recente ³³. Entretanto, a maior prevalência de usuários em uso de medicamentos do CEAF para problemas renais crônicos em bairros com a presença da ESF pode apontar para o maior acesso desses usuários aos serviços de saúde para diagnóstico e encaminhamento efetivo aos demais níveis de atenção, os quais demandam o uso desses medicamentos. Contudo, a longo prazo seria esperado uma realidade distinta, decorrente de um cuidado integral de portadores de fatores de risco potenciais para esses problemas pelas equipes de ESF, de forma a prevenir problemas crônicos de saúde, mediante tratamento efetivo nesse nível de atenção³⁴, reduzindo assim a necessidade de uso de medicamentos do CEAF. Esta hipótese é corroborada por um estudo realizado com portadores dos fatores de risco para doença renal, hipertensos, diabéticos ou ambos, que mostrou que antes da implantação das equipes de ESF 26,5% destes não tinham acesso a nenhum serviço de saúde ³⁵.

Os bairros sem a disponibilidade das equipes apresentaram maiores prevalências de esquizofrenia paranóide e doença de Alzheimer de início tardio, problemas relacionados com transtornos mentais e sistema nervoso, que podem estar sendo agravados pela falta de acompanhamento adequado dos indivíduos. Sabe-se que dentre as ações da Política de Saúde Mental os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumem papel estratégico na articulação e fortalecimento das redes de atenção para esses usuários, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família no desenvolvendo de projetos terapêuticos, visando à inserção do usuário na vida comunitária e também a sua autonomia ³³. Entretanto, no município em estudo são poucos os CAPS existentes e situam-se na área central, dificultando o seu acesso. Assim, é plausível pensar que na ausência desse cuidado, a medicalização dos portadores de transtornos mentais e comportamentais talvez seja a única escolha terapêutica.

Por último cabe considerar que o presente estudo incluiu apenas indivíduos em uso de medicamentos do CEAF, o que não representa o contingente de pessoas com os diagnósticos aqui abordados, os quais podem vir a ser potenciais usuários desses medicamentos que atualmente enfrentam alguma dificuldade de acesso.

Gastos com medicamentos do CEAF

Apesar da disponibilidade de estudos que avaliam o custo de medicamentos do CEAF, a comparabilidade deve ser realizada com cautela, uma vez que as metodologias diferem quanto aos custos considerados, o horizonte de tempo e a patologia pesquisada.

Na avaliação dos custos farmacoterapêuticos estimados no presente estudo, é possível notar principalmente que os gastos totais mensais com os medicamentos mais prevalentes e com os medicamentos mais onerosos não apresentam valores muito distantes, uma vez que, os medicamentos mais caros foram utilizados por um menor número de usuários, representando apenas 2,5% do total de medicamentos utilizados.

O medicamento fumarato de formoterol+budesonida 12/400mcg, apesar de ser o mais prevalente, representa um pequeno impacto no gasto total mensal, considerando-se que o custo médio mensal por usuário é relativamente baixo, quando comparado aos demais. Entre os medicamentos prevalentes com maior custo mensal por usuário destacam-se dois imunossuppressores, tacrolimo e micofenolato de sódio, o primeiro é uma das inovações terapêuticas imunossupressoras^{36, 37}, o segundo é o aprimoramento de um imunossupressor, desenvolvido na tentativa de reduzir os sintomas indesejados do trato gastrointestinal³⁸, justificando os custos elevados.

Ainda entre os medicamentos mais utilizados, aquele com maior gasto total mensal foi a alfaepoetina, conhecida também como eritropoetina ou eritropoetina humana recombinante, sendo indicada para o tratamento da anemia associada a diversas morbidades, principalmente doença renal, compondo mais de 80% dos tratamentos dos doentes renais no Brasil⁴. A elevada prevalência da doença renal, a ampla utilização e o alto custo, justificam os valores investidos na aquisição deste fármaco. Uma pesquisa realizada no estado de Santa Catarina identificou a alfaepoetina como o medicamento mais solicitado³⁹. Quanto ao custo elevado da alfaepoetina, a literatura revela que esforços têm sido feitos desde 2006 para que seja produzida no Brasil, com o objetivo de reduzir sua importação, visto que entre 2000 e 2004 a alfaepoetina foi o medicamento que gerou maiores gastos ao SUS para o tratamento dos doentes renais, tanto em Minas Gerais, quanto no Brasil¹⁰.

Ao se tratar dos medicamentos mais onerosos o destaque vai para o medicamento infliximab que além de ter o maior gasto médio mensal individual também apresentou o maior gasto total mensal. Quanto ao gasto médio por usuário, o resultado é semelhante a uma pesquisa nacional realizada entre 2000 e 2004¹² na qual este medicamento demandou o

segundo maior gasto. Em comparação com outra pesquisa é possível notar que os custos para cada usuário vêm aumentando ao longo dos anos, ainda que metodologia distinta tenha sido utilizada para o cálculo do gasto ⁴⁰.

Os agentes biológicos, como é o caso do infliximab vem revolucionando o tratamento da artrite reumatóide (AR) em suas formas mais graves, em especial nos casos refratários às terapias clássicas. Todavia, a prescrição e a utilização destes fármacos é uma importante decisão, gerando grande impacto na melhoria da qualidade de vida do paciente pela redução dos sintomas da doença, porém com significativo aumento dos custos para o sistema de saúde. Por outro lado, há uma compensação destes custos pela redução da incapacidade e morbidade associadas à doença, com impacto favorável para toda a sociedade ⁴⁰⁻⁴².

Ainda com referência aos medicamentos mais caros, mesmo decorridos mais de uma década do estudo nacional ¹² que evidenciou os 10 medicamentos mais onerosos quanto ao gasto médio mensal individual, o presente estudo evidenciou oito entre os fármacos do referido estudo, demonstrando que a tendência dos gastos individuais mais elevados seguem na mesma direção. O mesmo ocorre com relação aos fármacos betainterferona e octreotida citados com maior custo individual do Componente em outro estudo no sul do Brasil ³⁹.

Para finalizar, com relação aos custos, é importante notar que o valor gasto com o tratamento individual deve ser avaliado levando-se em consideração o conjunto de ações necessárias para a manutenção da saúde do paciente. Esta pesquisa considerou apenas o custo de cada medicamento, não considerando o custo do esquema terapêutico ou até mesmo os demais custos que podem advir da escolha terapêutica.

Em conclusão, o perfil destes usuários apontou uma ampla abrangência de morbidades, com predominância dos capítulos das doenças respiratórias, osteomusculares e geniturinárias. Os dois primeiros capítulos referiram-se principalmente a asma e artrite reumatóide, que são doenças na maioria dos casos não preveníveis, ou seja, à medida que o indivíduo as desenvolve, cabe as políticas de saúde lhes proverem da melhor forma possível o acompanhamento clínico e o tratamento medicamentoso. Desta forma, destaca-se a grande importância do CEAF provendo o acesso a medicamentos de alto custo a estes indivíduos que na, maioria das vezes, não teriam condições financeiras para adquiri-los, promovendo, assim, uma melhor qualidade de vida. O terceiro capítulo, no qual predominou a doença renal, leva a pensar que a prevenção é possível, muitos destes pacientes poderiam ter sido tratados e conscientizados no nível primário de atenção enquanto apresentaram os primeiros fatores de

risco como a hipertensão e o diabetes, cujos tratamentos bem acompanhados na atenção básica são comprovadamente efetivos a um custo muito menor.

Nesse contexto, se tratando de medicamentos de alto valor agregado a organização da assistência farmacêutica deve ser vista como um dos elementos principais, enfocando desde a programação de medicamentos até seu uso racional, subsidiando assim uma alocação eficiente dos recursos empregados. Medicamentos que apresentam elevado custo total em virtude do alto consumo, como é o caso da alfaetopina, devem ter estratégias específicas de programação e aquisição de forma a permitir a compra com o menor custo possível, evitando o desperdício dos recursos públicos ¹². A presente pesquisa permitiu verificar o valor mensal gasto com os medicamentos mais prevalentes e os medicamentos mais onerosos dispensados pelo CEAF no município investigado. Os resultados podem subsidiar posteriores avaliações de tratamentos farmacológicos e o direcionamento de ações em saúde, voltadas a prevenção e o manejo dos futuros potenciais usuários do Componente.

Referências

1. BRASIL. Política Nacional de Medicamentos 2001. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde,2001.
2. Portela AS, Leal AAF, Werner RPB, Simões MOS, Medeiros ACD. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada. 2010;31:09-14.
3. BRASIL. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. Brasília: CNS,2004. Available from: <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/pnaf.pdf>.
4. BRASIL. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde,2010.
5. BRASIL. Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde,2010.
6. BRASIL. Portaria do MS nº 2577, de 27 de outubro de 2006. Brasília,2006.
7. BRASIL. Portaria do MS nº 1554, de 30 de julho de 2013. Brasília,2013.
8. BRASIL. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Coordenação Geral do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde,2014.
9. Sesso R, Lopes AA, Thomé FS, Bevilacqua JL, Romão Jr. JE, Lugon J. Relatório do censo Brasileiro de diálise, 2008. Jornal Brasileiro de Nefrologia. 2008;30:233-8.
10. Silva GDd, Acúrcio FdA, Cherchiglia ML, Guerra Júnior AA, Andrade EIG. Medicamentos excepcionais para doença renal crônica: gastos e perfil de utilização em Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2011;27:357-68.
11. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde [cited 2015 06 abril 2015]. Available from: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.
12. Brandão CMR, Júnior AAG, Cherchiglia ML, Andrade EIG, Almeida AM, Silva GDd, et al. Gastos do Ministério da Saúde do Brasil com Medicamentos de Alto Custo: Uma Análise Centrada no Paciente. Value in Health. 2011;14:71-7.
13. Acurcio FdA, Brandão CMR, Guerra Júnior AA, Cherchiglia ML, Andrade IG, Almeida AM, et al. Perfil demográfico e epidemiológico dos usuários de medicamentos de alto custo no Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira de Estudos de População. 2009;26:263-82.
14. Cherchiglia ML, Machado EL, Szuster DAC, Andrade EIG, Acúrcio FdA, Caiaffa WT, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. Revista de Saúde Pública. 2010;44:639-49.

15. Wiens A, Grochocki MC, Pontarolli DRS, Venson R, Correr CJ, Pontarolo R. Perfil dos usuários de anticitocinas disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde no estado do Paraná para o tratamento da artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2012;52:208-13.
16. Duarte JG, Guerra Júnior AA, Cherchiglia ML, Andrade EIG, Acurcio FdA. Perfil e gastos dos pacientes dislipidêmicos usuários do componente especializado da assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2013;23:1215-27.
17. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.
18. Pastorino AC, Accioly AP, Lanzellotti R, Camargo MCD, Jacob CMA, Grumach AS. Asma - aspectos clínico-epidemiológicos de 237 pacientes de um ambulatório pediátrico especializado. *Jornal de Pediatria*. 1998;74.
19. Trippia SMG, Filho NR, Ferrari FP. Aspectos clínicos da asma na criança: análise de 1009 pacientes de um ambulatório especializado. *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*. 1998;213:75-82.
20. Moraes LSL, Barros MD, Takano OA, Assami NMC. Fatores de risco, aspectos clínicos e laboratoriais da asma em crianças. *Jornal de Pediatria*. 2001;77:447-54.
21. Busse PJ, Mathur SK. Age-related changes in immune function: Effect on airway inflammation. *J Allergy Clin Immunol*. 2010:690-9.
22. Morais-Almeida M, Pité H, Pereira AM, Nunes C, Fonseca J. Asma e rinite no idoso – Estudo epidemiológico nacional. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 2014;22:33-42.
23. Louzada-Junior P, Souza BDB, Toledo RA, Ciconelli RM. Análise descritiva das características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatóide no estado de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2007;47:84-90.
24. Gleason PP, Alexander GC, Starner CI, Ritter ST, Van Houten HK, Gunderson BW, et al. Health plan utilization and costs of specialty drugs within 4 chronic conditions. *Journal of managed care pharmacy : JMCP*. 2013 Sep;19(7):542-8. PubMed PMID: 23964615. Epub 2013/08/24. eng.
25. Ferraz M, Soares Pd, Riera R, Ciconelli R. Conduta no diagnóstico e tratamento dos pacientes com artrite reumatóide no Brasil - respostas dos médicos a um questionário de avaliação. *Acta Reumatológica Portuguesa*. 2009;34:44-51.
26. Mota LMHd, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Rezende-Fronza LS, Bertolo MB, et al. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2012;52:152-74.
27. Blumenauer BB, Judd M, Wells GA, Burls A, Cranney A, Hochberg M, et al. Infliximab for the treatment of rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002 (3).
28. Emery P, Fleischmann R, Filipowicz-Sosnowska A, Schechtman J, Szczepanski L, Kavanaugh A, et al. The Efficacy and Safety of Rituximab in Patients With Active Rheumatoid Arthritis Despite Methotrexate Treatment. *Arthritis & Rheumatism*. 2006;54:1390-400.
29. Silva ASd, Filho JdAR, Bastos LL, Santana DPd, Wanderley AG. Acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes com dislipidemia em uso de

sinvastatina no Componente Especializado de Assistência Farmacêutica: um estudo piloto. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. 2013;34:51-7.

30. Bommer J. Prevalence and socio-economic aspects of chronic kidney disease. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*. 2002;17:8-12.

31. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2010;56:248-53.

32. Carias CM, Vieira FS, Giordano CV, Zucchi P. Medicamentos de dispensação excepcional: histórico e gastos do Ministério da Saúde do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2011;45:233-40.

33. BRASIL. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

34. Santana ML, Carmagnani MI. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*. 2001;10:33-53.

35. Paiva DCPd, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22:377-85.

36. Felipe CR, Pestana JOM, Jr. HTS. Tacrolimo de liberação modificada. *Jornal Brasileiro de Transplantes*. 2007;10:789-840.

37. Júnior AAG, Acúrcio FdA, Andrade EIG, Cherchiglia ML, Cesar CC, Queiroz OVd, et al. Ciclosporina versus tacrolimus no transplante renal no Brasil: uma comparação de custos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26:163-74.

38. Abbud-Filho M, Baptista MASF, Carvalho DBM, Figueiro JMG, Garcia VD, Gonçalves LFS, et al. Conversão para micofenolato de sódio em pacientes receptores de transplante renal em manutenção: análise multicêntrica retrospectiva. *Jornal Brasileiro de Transplantes*. 2007;10:817-21.

39. Blatt CR, Farias MR. Diagnóstico do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina - Brasil. *Latin American Journal of Pharmacy*. 2007;26:776-83.

40. Rafael Venson, Wiens A, Correr CJ, Otuki MF, Grochocki MC, Pontarolli DRS, et al. Avaliação econômica das anticitocinas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2011;21:359-76.

41. Scheinberg M. O infliximab no tratamento da artrite reumatóide: quando e como usar. *Einstein*. 2003;1:138-9.

42. Monteiro RDC, Zanini AC. Análise de custo do tratamento medicamentoso da artrite reumatóide. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 2008;44:25-33.

Tabela 1 - Distribuição dos usuários de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica segundo os capítulos da CID-10, total e estratificada por sexo. São Leopoldo-RS, 2014. (N=1.528)

Capítulos da CID-10	Total		Mulheres		Homens		Valor p*
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	
Total	1528		866		662		
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,4	7,0 -9,8	6,4	4,7- 8,0	11,2	8,8-13,6	0,001
II Neoplasias	0,1	0,1 – 0,3	0,1	0,1 – 0,3	0,2	0,1 – 0,5	0,849
III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	0,9	0,4 – 1,3	1,4	0,6 – 2,2	0,2	0,1 – 0,4	0,009
IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	11,6	10,0 – 13,2	11,2	9,1 – 13,3	12,1	9,6 – 14,6	0,593
V Transtornos mentais e comportamentais	6,6	5,4 – 7,9	3,8	2,5 – 5,1	10,3	8,0 – 12,6	<0,001
VI Doenças do sistema nervoso	9,2	7,8 – 10,7	8,9	7,0 – 10,8	9,7	7,4 – 11,9	0,603
VII Doenças do olho e anexos	0,1	0,1 – 0,2	0,1	0,1 – 0,3	0,0	-	0,382
IX Doenças do aparelho circulatório	0,7	0,2 – 1,1	0,8	0,2 – 1,4	0,5	0,1 - 1,0	0,394
X Doenças do aparelho respiratório	18,7	16,7 – 20,6	19,5	16,9 – 22,2	17,5	14,6 – 20,4	0,322
XI Doenças do aparelho digestivo	6,1	4,9 – 7,3	6,1	4,5 – 7,7	6,0	4,2 – 7,9	0,950
XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,8	0,3 – 1,2	0,6	0,1 – 1,1	1,1	0,3 – 1,8	0,292
XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	17,3	15,4 – 19,2	24,1	21,3 – 27,0	8,5	6,3 – 10,6	<0,001
XIV Doenças do aparelho geniturinário	12,4	10,7 – 14,0	10,3	8,3 – 12,3	15,1	12,4 – 17,8	0,004
XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0,2	0,0 – 0,4	0,4	0,0 – 0,7	0,0	-	0,130
XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	1,3	0,7 – 1,9	1,5	0,7 – 2,3	1,1	0,3 – 1,8	0,449
XIX Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	0,2	0,0 – 0,4	0,2	0,1 – 0,6	0,2	0,1 – 0,4	0,727
XXI Fatores que influenciam no estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	10,5	9,0 – 12,1	9,4	7,4- 11,3	12,1	9,6 – 14,6	0,085

Fonte: Sistema Administração de Medicamentos AME- RS.

CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

* Valor p do teste do Qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

Tabela 2 - Distribuição dos usuários de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica segundo os capítulos da CID-10, total e estratificada por idade. São Leopoldo-RS, 2014. (N=1.528)

Capítulos da CID-10	0 a 19		20 a 39		40 a 59		60 ou mais		Valor p
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	
Total	95		273		582		578		
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0,0	-	10,3	6,6 – 13,9	12,4	9,7 – 15,1	5,0	3,2 – 6,8	<0,001*
II Neoplasias	0,0	-	0,0	-	0,2	0,2 – 0,5	0,2	0,2 – 0,5	n.a.
III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	3,2	0,4 – 6,7	1,5	0,0 – 2,9	0,5	0,1 – 1,1	0,5	0,1 – 1,1	0,013**
IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	24,2	15,4 – 33,0	10,6	6,9 – 14,3	10,0	7,5 – 12,4	11,6	9,0 – 14,2	0,001*
V Transtornos mentais e comportamentais	14,7	7,5 – 22,0	15,4	11,1 – 19,7	4,8	3,1 – 6,6	2,9	1,6 – 4,3	<0,001**
VI Doenças do sistema nervoso	14,7	7,5 – 22,0	11,0	7,3 – 14,7	4,1	2,5 – 5,7	12,6	9,9 – 15,3	<0,001*
VII Doenças do olho e anexos	0,0	-	0,0	-	0,2	0,2 – 0,5	0,0	-	n.a.
IX Doenças do aparelho circulatório	0,0	-	0,4	0,4 – 1,1	0,7	0,0 – 1,4	0,9	0,1 – 1,6	0,250**
X Doenças do aparelho respiratório	16,8	9,2 – 24,5	6,2	3,3 – 9,1	14,8	11,9 – 17,7	28,7	25,0 – 32,4	<0,001**
XI Doenças do aparelho digestivo	4,2	0,1 – 8,3	13,9	9,8 – 18,1	6,4	4,4 – 8,3	2,4	1,2 – 3,7	<0,001**
XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4,2	0,1- 8,3	0,7	0,3 – 1,8	0,5	0,1 – 1,1	0,5	0,1 – 1,1	0,010**
XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	4,2	0,1 – 8,3	13,2	9,1 – 17,2	23,9	20,4 – 27,4	14,9	12,0 – 17,8	<0,001*
XIV Doenças do aparelho geniturinário	8,4	2,7 – 14,1	9,5	6,0 – 13,0	13,1	10,3 – 15,8	13,7	10,9 – 16,5	0,048**
XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	3,2	0,4 – 6,7	0,0	-	0,0	-	0,0	-	n.a.
XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	0,0	-	1,1	1,5 – 2,3	1,7	0,7 – 2,8	1,2	0,3 – 2,1	0,530**
XIX Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	1,1	1,0 – 3,1	0,0	-	0,2	0,2 – 0,5	0,2	0,2 – 0,5	0,428**
XXI Fatores que influenciam no estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	5,3	0,7 – 9,8	12,8	8,8 – 16,8	10,8	8,3 – 13,4	10,0	7,6 – 12,5	0,934**

Fonte: Sistema Administração de Medicamentos (AME)- RS.

CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

* Valor p do teste do Qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

** Valor p do teste do Qui-quadrado para tendência linear.

n.a. Não se aplica

Tabela 3 - Distribuição dos usuários de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica segundo os diagnósticos da CID-10, total e estratificada por sexo. São Leopoldo-RS, 2014. (N=1.528)

Diagnósticos CID-10	Total		Mulheres		Homens		Valor p*
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	
Total	1.528		866		662		
Asma predominantemente alérgica	17,1	15,2 – 19,0	18,1	15,6 – 20,7	15,7	12,9 – 18,5	0,213
Doença renal em estágio final	11,5	9,9 – 13,1	9,1	7,2 – 11,0	14,5	11,8 – 17,2	0,001
Rim transplantado	7,6	6,3 – 8,9	7,2	5,4 – 8,9	8,2	6,1 – 10,2	0,466
Hepatite viral crônica C	6,0	4,8 – 7,1	4,5	3,1 – 5,9	7,9	5,8 – 9,9	0,006
Outras artrites reumatóides soropositivas	5,1	4,0 – 6,2	7,5	5,7 – 9,3	2,0	0,9 – 3,0	<0,001
Esquizofrenia paranóide	4,7	3,6 – 5,7	2,2	1,2 – 3,2	7,9	5,8 – 9,9	<0,001
Artrite reumatóide soronegativa	3,3	2,4 – 4,2	5,2	3,7 – 6,7	0,9	0,2 – 1,6	<0,001
Hipercolesterolemia pura	3,2	2,3 – 4,1	2,7	1,6 – 3,7	3,9	2,4 – 5,4	0,162
Espondilite anquilosante	2,8	1,9 – 3,6	2,7	1,6 – 3,7	2,9	1,6 – 4,1	0,800
Hepatite crônica viral B sem agente Delta	2,4	1,6 – 3,2	1,9	0,9 – 2,7	3,2	1,8 – 4,5	0,095
Doença de Parkinson	2,2	1,5 – 3,0	1,6	0,8 – 2,5	3,0	1,7 – 4,3	0,065
Hiperprolactinemia	2,1	1,4 – 2,8	2,8	1,7 – 3,9	1,2	0,4 – 2,0	0,035
Fígado transplantado	2,0	1,3 – 2,7	1,4	0,6 – 2,2	2,9	1,6 – 4,1	0,041
Lúpus eritematoso disseminado [sistêmico] com comprometimento de outros órgãos e sistemas	1,9	1,2 – 2,6	2,9	1,8 – 4,0	0,6	0,0 – 1,2	0,001
Doença de Alzheimer de início tardio	1,7	1,1 – 2,4	1,6	0,8 – 2,5	1,8	0,8 – 2,8	0,769
Outros diagnósticos [#]	31,7	29,3 – 34,0	34,0	30,8 – 37,1	28,8	25,2 – 32,2	0,029

Fonte: Sistema Administração de Medicamentos AME- RS.

CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

* Valor p do teste do Qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

[#]Outros diagnósticos engloba as morbidades que apresentaram prevalências inferiores a 1,7%.

Tabela 4 - Distribuição dos usuários de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica segundo os diagnósticos da CID-10, total e estratificada por idade. São Leopoldo-RS, 2014. (N=1.528)

Diagnósticos (CID-10)	0 a 19		20 a 39		40 a 59		60 ou mais		Valor p
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	
Total	95		273		582		578		
Asma predominantemente alérgica	14,7	7,5 – 22,0	6,2	3,3 – 9,1	14,1	11,3 – 17,0	25,6	22,0 – 29,2	<0,001**
Doença renal em estágio final	3,2	0,4 – 6,7	8,4	5,1 – 11,7	12,4	9,7 – 15,1	13,3	10,5 – 16,1	0,002**
Rim transplantado	4,2	0,1 – 8,3	11,4	7,6 – 15,1	8,3	6,0 – 10,5	5,7	3,8 – 7,6	0,016*
Hepatite viral crônica C	0,0	-	7,0	3,9 – 10,0	8,8	6,5 – 11,1	3,6	2,1 – 5,2	<0,001*
Outras artrites reumatóides soropositivas	0,0	-	0,7	0,3 – 1,8	7,9	5,7 – 10,1	5,2	3,4 – 7,0	<0,001*
Esquizofrenia paranóide	9,5	3,5 – 15,5	11,7	7,9 – 15,6	3,3	1,8 – 4,7	1,9	0,8 – 3,0	<0,001**
Artrite reumatóide soronegativa	0,0	-	2,2	0,4 – 3,9	5,0	3,2 – 6,8	2,8	1,4 – 4,1	0,020*
Hipercolesterolemia pura	0,0	-	0,0	-	1,6	0,5 – 2,6	6,9	4,8 – 9,0	<0,001**
Espondilite anquilosante	0,0	-	4,0	1,7 – 6,4	4,5	2,8 – 6,2	0,9	0,1 – 1,6	<0,001*
Hepatite crônica viral B sem agente Delta	0,0	-	3,3	1,2 – 5,4	3,4	2,0 – 4,9	1,4	0,4 – 2,3	0,038*
Doença de Parkinson	0,0	-	0,4	0,4 – 1,1	0,9	0,1 – 1,6	4,8	3,1 – 6,6	<0,001**
Hiperprolactinemia	0,0	-	4,8	2,2 – 7,3	2,8	1,4 – 4,1	0,5	0,1 – 1,1	0,013**
Fígado transplantado	1,1	1,0 – 3,1	0,4	0,4 – 1,1	2,1	0,9 – 3,2	2,9	1,6 – 4,3	0,018**
Lúpus eritematoso disseminado [sistêmico] com comprometimento de outros órgãos e sistemas	1,1	1,0 – 3,1	2,6	0,7 – 4,5	2,2	1,0 – 3,4	1,4	0,4 – 2,3	0,505**
Doença de Alzheimer de início tardio	0,0	-	0,0	-	0,0	-	4,5	2,8 – 6,2	n.a.
Outros diagnósticos [#]	70,5	61,2 – 79,9	42,1	36,2 – 48,2	28,0	24,3 – 31,7	24,1	20,6 – 27,5	<0,001**

Fonte: Sistema Administração de Medicamentos (AME)- RS.

CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

[#] Outros diagnósticos engloba as morbidades que apresentaram prevalências inferiores a 1,7%.

* Valor p do teste do Qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

** Valor p do teste do Qui-quadrado para tendência linear.

n.a. Não se aplica.

Tabela 5 - Gasto com medicamentos entre os usuários do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, considerando os 10 mais prevalentes e os 10 mais onerosos. São Leopoldo- RS, 2014.

Medicamento	N	Gasto médio mensal individual (R\$)	Gasto total mensal (R\$)
Medicamentos Prevalentes			
1 Fumarato de formoterol+Budesonida 12/400mcg CAP INAL	280	44,33	12.411,77
2 Alfaepoetina 4.000 UI INJ	175	216,70	37.922,34
3 Sacarato de hidróxido férrico 100 mg INJ	129	15,60	2.012,40
4 Azatioprina 50 mg COM	100	12,78	1.278,00
5 Tacrolimo 1 mg CAP	91	368,98	33.576,90
6 Ribavirina 250 mg CAP	88	18,09	1.591,52
7 Calcitriol 1 mcg INJ	85	168,96	14.361,48
8 Micofenolato de sódio 360 mg COM	80	384,20	30.735,90
9 Leflunomida 20 mg COM	73	138,60	10.117,80
10 Metotrexato 2,5 mg COM	59	11,61	685,52
Gasto total mensal com os 10 medicamentos mais prevalentes			144.693,63
Medicamentos Onerosos			
1 Infliximab 10 mg/ml INJ	14	5.178,81	72.503,28
2 Imunoglobulina humana 5 g INJ	3	4.923,96	14.771,88
3 Acet. Octreotida LAR 30 mg/ml INJ	2	4.075,76	8.151,52
4 Acet. Octreotida LAR 20 mg/ml INJ	3	3.019,09	9.057,27
5 Alfadornase 2,5 mg SOL INAL	8	2.607,90	20.863,20
6 Rituximabe 500 mg INJ	10	2.461,81	24.618,10
7 Betainterferona (L) 1B 9.600.000 UI (300mcg) INJ	2	2.061,90	4.123,80
8 Betainterferona (L) 1A 12.000 UI (44mcg) INJ	8	1.977,48	15.819,84
9 Betainterferona (L) 1A 6.000 UI (30mcg) INJ	4	1.856,08	7.424,32
10 Glatiramer acetato 20 mg INJ	7	1.790,00	12.530,00
Gasto total mensal com os 10 medicamentos mais onerosos			189.863,21

Medicamento oneroso foi definido como aquele com maior impacto financeiro considerando-se o custo do tratamento mensal por indivíduo.

ANEXOS

ANEXO A

Componente Especializado Assistência Farmacêutica



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Fármaco	Apresentação	CID
Acitretina	cápsula 10 mg	L40.0; L40.1; L40.4; L40.8; L44.0; Q80.0; Q80.1; Q80.2; Q80.3; Q80.8; Q82.8
Acitretina	cápsula 25 mg	L40.0; L40.1; L40.4; L40.8; L44.0; Q80.0; Q80.1; Q80.2; Q80.3; Q80.8; Q82.8
Adalimumabe	inj. seringa preenchida 40 mg	K50.0; K50.1; K50.8
Adalimumabe (A)	inj. seringa preenchida 40 mg	M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8; M07.0; M07.3; M08.0; M45
Adefovir	comprimido 10 mg	B18.1
Alfacalcidol (R)	capsula 0,25 mcg	E20.0; E20.1; E20.8; E89.2; N18.0; N18.8; N25.0; N25.8
Alfacalcidol (R)	cápsula 1,0 mcg	E20.0; E20.1; E20.8; E89.2; N18.0; N18.8; N25.0; N25.8
Alfadornase	ampola 2,5 mg	E84.0; E84.8
Alfaeopetina	frasco / ampola 1.000 UI	N18.0; N18.8; Z94.8
Alfaeopetina	frasco / ampola 10.000 UI	B17.1; B18.2; N18.0; N18.8; Z94.8
Alfaeopetina	frasco / ampola 2.000 UI	N18.0; N18.8; Z94.8
Alfaeopetina	frasco / ampola 3.000 UI	N18.0; N18.8; Z94.8
Alfaeopetina	frasco / ampola 4.000 UI	N18.0; N18.8; Z94.8
Alfaeopetina 2B	frasco / ampola 10.000.000 UI	B17.1; B18.0; B18.1; B18.2; D18.0
Alfaeopetina 2B	frasco / ampola 3.000.000 UI	B17.1; B18.0; B18.1; B18.2; D18.0
Alfaeopetina 2B	frasco / ampola 5.000.000 UI	B17.1; B18.0; B18.1; B18.2; D18.0
alfaepginterferona 2A	seringa PREEN 180 mcg	B18.0; B18.2
alfaepginterferona 2A	seringa PREEN 100 mcg	B18.0; B18.2
alfaepginterferona 2A	seringa PREEN 120 mcg	B18.0; B18.2
alfaepginterferona 2A	seringa PREEN 80 mcg	B18.0; B18.2
Amantadina	comprimido 100 mg	G20
Atorvastatina (J)	comprimido 10 mg	E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8
Atorvastatina (J)	comprimido 20 mg	E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8
Atorvastatina (J)	comprimido 40 mg	E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8
Atorvastatina (J)	comprimido 80 mg	E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8
Azatioprina	comprimido 50 mg	D61.0; H30.0; H30.1; H30.2; H30.8; K50.0; K50.1; K50.8; K51.0; K51.1; K51.2; K51.3; K51.4; K51.5; K51.8; K75.4; M32.1; M32.8; M33.0; M33.1; M33.2; M34.0; M34.1; M34.8; N04.0; N04.1; N04.2; N04.3; N04.4; N04.5; N04.6; N04.7; N04.8; T86.1; Z94.0; Z94.1; Z94.2; Z94.3; Z94.4; Z94.5; Z94.6; Z94.7; Z94.8; G70.0; G35
Beclometasona (C)	cápsula inalante 200 mcg	J45.0; J45.1; J45.8
Beclometasona (C)	pó inalante 200 mcg (por frasco de 100 doses)	J45.0; J45.1; J45.8
Beclometasona (C)	spray 250 mcg (por frasco de 200 doses)	J45.0; J45.1; J45.8
Beclometasona (C)	pó inalante 400 mcg (por frasco de 100 doses)	J45.0; J45.1; J45.8
Beclometasona (C)	cápsula inalante 400 mcg (por frasco de 100 doses)	J45.0; J45.1; J45.8
Betainterferona (L) 1A	inj. seringa preenchida 12.000.00 UI (44 mcg)	G35
Betainterferona (L) 1A	inj. seringa preenchida 6.000.00 UI (22 mcg)	G35
Betainterferona (L) 1A	inj. seringa preenchida ou frasco/ampola 6.000.00 UI (30 mcg)	G35
Betainterferona (L) 1A	inj. frasco / ampola 9.600.00 UI (300 mcg)	G35
Bezafibrato (K)	drágea 200 mg	E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8
Bezafibrato (K)	drágea 400 mg	E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8
Bromocriptina	comprimido 2,5 mg	E22.0; E22.1; G20
Bromocriptina	cápsula lib. prolongada 5,0 mg	E22.0; E22.1; G20
Budesonida (C)	cápsula inalante 200 mcg	J45.0; J45.1; J45.8
Budesonida (C)	pó inalante ou aerossol bucal 200 mcg (frasco c/100 doses)	J45.0; J45.1; J45.8
Budesonida (C)	pó inalante ou aerossol bucal 200 mcg (frasco c/200 doses)	J45.0; J45.1; J45.8
Budesonida (C)	cápsula inalante 400 mcg	J45.0; J45.1; J45.8
Cabergolina	comprimido 0,5 mg	E22.0; E22.1
Calcitonina	ampola inj. 100 UI	M80.0; M80.1; M80.2; M80.3; M80.4; M80.5; M80.8; M81.0; M81.1; M81.2; M81.3; M81.4; M81.5; M81.6; M81.8; M82.0; M82.1; M82.8; M88.0; M88.8
Calcitonina	frasco spray nasal 200 UI	M80.0; M80.1; M80.2; M80.3; M80.4; M80.5; M80.8; M81.0; M81.1; M81.2; M81.3; M81.4; M81.5; M81.6; M81.8; M82.0; M82.1; M82.8; M88.0; M88.8
Calcitonina	ampola inj. 50 UI;	M80.0; M80.1; M80.2; M80.3; M80.4; M80.5; M80.8; M81.0; M81.1; M81.2; M81.3; M81.4; M81.5; M81.6; M81.8; M82.0; M82.1; M82.8; M88.0; M88.8
Calcitriol (R)	cápsula 0,25 mcg	E20.0; E20.1; E20.8; E55.0; E55.9; E64.3; E63.3; E69.2; M80.5; M81.5; M83.0; M83.1; M83.2; M83.3; M83.8; N18.0; N18.8; N25.0; N25.8
Calcitriol	ampola inj. 1,0 mcg	N18.0; N18.8; N25.0; N25.8
Ciclofosfamida	drágea 50 mg	D60.0; M34.0; M34.1; M34.8
Ciclosporina	cápsula 10 mg	D60.0; D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; H30.0; H30.1; H30.2; H30.8; K50.0; K50.1; K50.8; K51.0; K51.1; K51.2; K51.3; K51.4; K51.5; K51.8; L40.0; L40.1; L40.4; L40.8; M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8; M08.0; M32.1; M32.8; M33.0; M33.1; M33.2; N04.0; N04.1; N04.2; N04.3; N04.4; N04.5; N04.6; N04.7; N04.8; T86.1; Z94.0; Z94.1; Z94.2; Z94.3; Z94.4; Z94.5; Z94.6; Z94.7; Z94.8; G70.0
Ciclosporina	cápsula 100 mg	D60.0; D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; H30.0; H30.1; H30.2; H30.8; K50.0; K50.1; K50.8; K51.0; K51.1; K51.2; K51.3; K51.4; K51.5; K51.8; L40.0; L40.1; L40.4; L40.8; M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8; M08.0; M32.1; M32.8; M33.0; M33.1; M33.2; N04.0; N04.1; N04.2; N04.3; N04.4; N04.5; N04.6; N04.7; N04.8; T86.1; Z94.0; Z94.1; Z94.2; Z94.3; Z94.4; Z94.5; Z94.6; Z94.7; Z94.8; G70.0

Componente Especializado Assistência Farmacêutica



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Fármaco	Apresentação	CID
Ciclosporina	solução oral 100 mg/mL (frasco 50 mL)	D60.0; D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; H30.0; H30.1; H30.2; H30.8; K50.0; K50.1; K50.8; K51.0; K51.1; K51.2; K51.3; K51.4; K51.5; K51.8; L40.0; L40.1; L40.4; L40.8; M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8; M08.0; M32.1; M32.8; M33.0; M33.1; M33.2; N04.0; N04.1; N04.2; N04.3; N04.4; N04.5; N04.6; N04.7; N04.8; T86.1; Z94.0; Z94.1; Z94.2; Z94.3; Z94.4; Z94.5; Z94.6; Z94.7; Z94.8; G70.0
Ciclosporina	cápsula 25 mg	D60.0; D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; H30.0; H30.1; H30.2; H30.8; K50.0; K50.1; K50.8; K51.0; K51.1; K51.2; K51.3; K51.4; K51.5; K51.8; L40.0; L40.1; L40.4; L40.8; M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8; M08.0; M32.1; M32.8; M33.0; M33.1; M33.2; N04.0; N04.1; N04.2; N04.3; N04.4; N04.5; N04.6; N04.7; N04.8; T86.1; Z94.0; Z94.1; Z94.2; Z94.3; Z94.4; Z94.5; Z94.6; Z94.7; Z94.8; G70.0
Ciclosporina	cápsula 50 mg	D60.0; D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; H30.0; H30.1; H30.2; H30.8; K50.0; K50.1; K50.8; K51.0; K51.1; K51.2; K51.3; K51.4; K51.5; K51.8; L40.0; L40.1; L40.4; L40.8; M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8; M08.0; M32.1; M32.8; M33.0; M33.1; M33.2; N04.0; N04.1; N04.2; N04.3; N04.4; N04.5; N04.6; N04.7; N04.8; T86.1; Z94.0; Z94.1; Z94.2; Z94.3; Z94.4; Z94.5; Z94.6; Z94.7; Z94.8; G70.0
Ciprofibrato (K)	comprimido 100 mg	E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8
Ciproterona	comprimido 50 mg	E22.8; E25.0; E28.0; E28.2; L68.0
Clobazam	comprimido 10 mg	G40.0; G40.1; G40.2; G40.3; G40.4; G40.5; G40.6; G40.7; G40.8
Clobazam	comprimido 20 mg	G40.0; G40.1; G40.2; G40.3; G40.4; G40.5; G40.6; G40.7; G40.8
Cloroquina (E)	comprimido 150 mg	M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8; M08.0
Clozapina	comprimido 100 mg	F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8
Clozapina	comprimido 25 mg	F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8
Codeína	solução oral 3 mg/mL (frasco 120 mL)	R52.1; R52.2
Codeína	comprimido 30 mg	R52.1; R52.2
Codeína	ampola 30 mg/mL (ampola de 2 mL)	R52.1; R52.2
Codeína	comprimido 60 mg	R52.1; R52.2
Complemento alimentar p/paciente fenilcetonúrico maior de 1 ano	fórmula de amino-ácidos isenta de fenilalanina (lata/por grama)	E70.0
Complemento alimentar p/paciente fenilcetonúrico menor de 1 ano	fórmula de amino-ácidos isenta de fenilalanina (lata/por grama)	E70.0
Danazol	cápsula 100 mg	D84.1; N80.0; N80.1; N80.2; N80.3; N80.4; N80.5; N80.8
Danazol	cápsula 200 mg	D84.1; N80.0; N80.1; N80.2; N80.3; N80.4; N80.5; N80.8
Danazol	cápsula 50 mg	D84.1; N80.0; N80.1; N80.2; N80.3; N80.4; N80.5; N80.8
Deferasirox	comprimido 125 mg	T45.4
Deferasirox	comprimido 250 mg	T45.4
Deferasirox	comprimido 500 mg	T45.4
Deferiprona	comprimido 500 mg	T45.4
Desferroxamina	inj. frasco / ampola 500 mg	N25.0; T45.4
Desmopressina	spray nasal 0,1 mg/mL (frasco de 2,5 mL)	E23.2
Donepezila (N)	comprimido 10 mg	G30.0; G30.1; G30.8
Donepezila (N)	comprimido 5 mg	G30.0; G30.1; G30.8
Entacapona (F)	comprimido 200 mg	G20
Entecavir	comprimido 0,5 mg	B18.1
Entecavir	comprimido 1,0 mg	B18.1
Etanercepte	inj. frasco / ampola 25 mg	M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8; M08.0; M45; M07.0; M07.3
Etanercepte	inj. frasco / ampola 50 mg	M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8; M08.0; M45; M07.0; M07.3
Etofibrato (K)	cápsula 500 mg	E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8
Etossuximida	frasco 50 mg/mL (frasco de 120 mL)	G40.0; G40.1; G40.2; G40.3; G40.4; G40.5; G40.6; G40.7; G40.8
Everolimo	comprimido 0,5 mg	T86.1; Z94.0
Everolimo	comprimido 0,75 mg	T86.1; Z94.0
Everolimo	comprimido 1 mg	T86.1; Z94.0
Fenofibrato (K)	cápsula 200 mg	E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8
Fenofibrato (K)	cápsula lib. retardada 250 mg	E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8
Fenoterol (B)	aerosol 100 mcg (frasco de 200 doses)	J45.0; J45.1; J45.8
Filgrastim (I)	inj. frasco 300 mcg	B17.1; B18.2; B20.0; B20.1; B20.2; B20.3; B20.4; B20.5; B20.6; B20.7; B20.8; B20.9; B22.0; B22.1; B22.2; B22.7; B23.0; B23.1; B23.2; B23.8; B24; D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; D70; Z94.8; D46.0; D46.1; D46.7
Fludrocortisona	comprimido 0,1 mg	E25.0; E27.1; E27.4
Fluvastina (J)	cápsula 20 mg	E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8
Fluvastina (J)	cápsula 40 mg	E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8
Formoterol (D)	cápsula inalante 12 mcg	J45.0; J45.1; J45.8
Formoterol (D)	pó inalante 12 mcg (frasco de 60 doses)	J45.0; J45.1; J45.8
Formoterol (D) + Budesonida	pó inalante 12 mcg + 400 mcg	J45.0; J45.1; J45.8
Formoterol (D) + Budesonida	cápsula inalante 12 mcg + 400 mcg (frasco de 60 doses)	J45.0; J45.1; J45.8
Formoterol (D) + Budesonida	pó inalante 6 mcg + 200 mcg (frasco de 60 doses)	J45.0; J45.1; J45.8
Formoterol (D) + Budesonida	cápsula inalante 6mcg+200mcg	J45.0; J45.1; J45.8
Gabapentina	cápsula 300 mg	G40.0; G40.1; G40.2; G40.3; G40.4; G40.5; G40.6; G40.7; G40.8
Gabapentina	cápsula 400 mg	G40.0; G40.1; G40.2; G40.3; G40.4; G40.5; G40.6; G40.7; G40.8
Galantamina (N)	cápsula lib. prolongada 16 mg	G30.0; G30.1; G30.8
Galantamina (N)	cápsula lib. prolongada 24 mg	G30.0; G30.1; G30.8
Galantamina (N)	cápsula lib. prolongada 8 mg	G30.0; G30.1; G30.8

Componente Especializado Assistência Farmacêutica



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Fármaco	Apresentação	CID
Genfibrozila (K)	cápsula ou comprimido 600 mg	E78.0 ; E78.1 ; E78.2 ; E78.3 ; E78.4 ; E78.5 ; E78.6 ; E78.8
Genfibrozila (K)	comprimido 900 mg	E78.0 ; E78.1 ; E78.2 ; E78.3 ; E78.4 ; E78.5 ; E78.6 ; E78.8
Glatiramer	inj. frasco / ampola ou seringa preenchida 20 mg	G35
Gosserrelina (O)	inj. frasco / ampola 3,60 mg	D25.0 ; D25.1 ; D25.2 ; E22.8 ; N80.0 ; N80.1 ; N80.2 ; N80.3 ; N80.4 ; N80.5 ; N80.8
Gosserrelina (P)	inj. seringa preenchida 10,80mg	D25.0 ; D25.1 ; D25.2 ; E22.8 ; N80.0 ; N80.1 ; N80.2 ; N80.3 ; N80.4 ; N80.5 ; N80.8
Hidroxicloroquina (E)	comprimido 400 mg	M05.0 ; M05.1 ; M05.2 ; M05.3 ; M05.8 ; M06.0 ; M06.8 ; M08.0 ; M33.0 ; M33.1 ; M32.0 ; M32.8
Hidróxido de Alumínio	comprimido 230 mg	E83.3 ; N18.0
Hidróxido de Alumínio	comprimido 300 mg	E83.3 ; N18.0
Hidróxido de Alumínio	suspensão 61,5 mg (frasco de 100 mL)	E83.3 ; N18.0
Hidróxido de Alumínio	suspensão 61,5 mg (frasco de 150 mL)	E83.3 ; N18.0
Hidróxido de Alumínio	suspensão 61,5 mg (frasco de 240 mL)	E83.3 ; N18.0
Hidroxiureia	cápsula 500 mg	D56.1 ; D56.8 ; D57.0 ; D57.1 ; D57.2
Iloprostá	solução para nebul. 10 mcg/mL (ampola de 2 mL)	I27.0 ; I27.2
Imiglucerase	inj. frasco / ampola 200 UI	E75.2
Imiglucerase	inj. frasco / ampola 400 UI	E75.2
Imunoglobulina anti-hepatite B	inj. frasco 100 UI	B16.0 ; B16.2 ; B18.0 ; B18.1
Imunoglobulina anti-hepatite B	inj. frasco 500 UI	B16.0 ; B16.2 ; B18.0 ; B18.1
Imunoglobulina anti-hepatite B	inj. frasco 600 UI	B16.0 ; B16.2 ; B18.0 ; B18.1
Imunoglobulina humana	inj. frasco 0,5 g	B20.0 ; B20.1 ; B20.2 ; B20.3 ; B20.4 ; B20.5 ; B20.6 ; B20.7 ; B20.8 ; B20.9 ; B22.0 ; B22.1 ; B22.2 ; B22.7 ; B23.0 ; B23.1 ; B23.2 ; B23.8 ; B24 ; D59.0 ; D59.1 ; D60.0 ; D69.3 ; D80.0 ; D80.1 ; D80.3 ; D80.5 ; D80.6 ; D80.7 ; D80.8 ; D81.0 ; D81.1 ; D81.2 ; D81.3 ; D81.4 ; D81.5 ; D81.6 ; D81.7 ; D81.8 ; D82.0 ; D82.1 ; D83.0 ; D83.2 ; D83.8 ; G61.0 ; G70.0 ; M33.0 ; M33.1 ; M33.2
Imunoglobulina humana	inj. frasco 1,0 g	B20.0 ; B20.1 ; B20.2 ; B20.3 ; B20.4 ; B20.5 ; B20.6 ; B20.7 ; B20.8 ; B20.9 ; B22.0 ; B22.1 ; B22.2 ; B22.7 ; B23.0 ; B23.1 ; B23.2 ; B23.8 ; B24 ; D59.0 ; D59.1 ; D60.0 ; D69.3 ; D80.0 ; D80.1 ; D80.3 ; D80.5 ; D80.6 ; D80.7 ; D80.8 ; D81.0 ; D81.1 ; D81.2 ; D81.3 ; D81.4 ; D81.5 ; D81.6 ; D81.7 ; D81.8 ; D82.0 ; D82.1 ; D83.0 ; D83.2 ; D83.8 ; G61.0 ; G70.0 ; M33.0 ; M33.1 ; M33.2
Imunoglobulina humana	inj. frasco 2,5 g	B20.0 ; B20.1 ; B20.2 ; B20.3 ; B20.4 ; B20.5 ; B20.6 ; B20.7 ; B20.8 ; B20.9 ; B22.0 ; B22.1 ; B22.2 ; B22.7 ; B23.0 ; B23.1 ; B23.2 ; B23.8 ; B24 ; D59.0 ; D59.1 ; D60.0 ; D69.3 ; D80.0 ; D80.1 ; D80.3 ; D80.5 ; D80.6 ; D80.7 ; D80.8 ; D81.0 ; D81.1 ; D81.2 ; D81.3 ; D81.4 ; D81.5 ; D81.6 ; D81.7 ; D81.8 ; D82.0 ; D82.1 ; D83.0 ; D83.2 ; D83.8 ; G61.0 ; G70.0 ; M33.0 ; M33.1 ; M33.2
Imunoglobulina humana	inj. frasco 3,0 g	B20.0 ; B20.1 ; B20.2 ; B20.3 ; B20.4 ; B20.5 ; B20.6 ; B20.7 ; B20.8 ; B20.9 ; B22.0 ; B22.1 ; B22.2 ; B22.7 ; B23.0 ; B23.1 ; B23.2 ; B23.8 ; B24 ; D59.0 ; D59.1 ; D60.0 ; D69.3 ; D80.0 ; D80.1 ; D80.3 ; D80.5 ; D80.6 ; D80.7 ; D80.8 ; D81.0 ; D81.1 ; D81.2 ; D81.3 ; D81.4 ; D81.5 ; D81.6 ; D81.7 ; D81.8 ; D82.0 ; D82.1 ; D83.0 ; D83.2 ; D83.8 ; G61.0 ; G70.0 ; M33.0 ; M33.1 ; M33.2
Imunoglobulina humana	inj. frasco 5,0 g	B20.0 ; B20.1 ; B20.2 ; B20.3 ; B20.4 ; B20.5 ; B20.6 ; B20.7 ; B20.8 ; B20.9 ; B22.0 ; B22.1 ; B22.2 ; B22.7 ; B23.0 ; B23.1 ; B23.2 ; B23.8 ; B24 ; D59.0 ; D59.1 ; D60.0 ; D69.3 ; D80.0 ; D80.1 ; D80.3 ; D80.5 ; D80.6 ; D80.7 ; D80.8 ; D81.0 ; D81.1 ; D81.2 ; D81.3 ; D81.4 ; D81.5 ; D81.6 ; D81.7 ; D81.8 ; D82.0 ; D82.1 ; D83.0 ; D83.2 ; D83.8 ; G61.0 ; G70.0 ; M33.0 ; M33.1 ; M33.2
Imunoglobulina humana	inj. frasco 6,0 g	B20.0 ; B20.1 ; B20.2 ; B20.3 ; B20.4 ; B20.5 ; B20.6 ; B20.7 ; B20.8 ; B20.9 ; B22.0 ; B22.1 ; B22.2 ; B22.7 ; B23.0 ; B23.1 ; B23.2 ; B23.8 ; B24 ; D59.0 ; D59.1 ; D60.0 ; D69.3 ; D80.0 ; D80.1 ; D80.3 ; D80.5 ; D80.6 ; D80.7 ; D80.8 ; D81.0 ; D81.1 ; D81.2 ; D81.3 ; D81.4 ; D81.5 ; D81.6 ; D81.7 ; D81.8 ; D82.0 ; D82.1 ; D83.0 ; D83.2 ; D83.8 ; G61.0 ; G70.0 ; M33.0 ; M33.1 ; M33.2
Infliximabe	inj. frasco / ampola 10 mg/mL (frasco / ampola com 10 mL)	M05.0 ; M05.1 ; M05.2 ; M05.3 ; M05.8 ; M06.0 ; M06.8 ; M08.0
Infliximabe	inj. frasco / ampola 10 mg/mL (frasco / ampola com 10 mL)	M07.0 ; M07.3 ; M45 ; K50.0 ; K50.1 ; K50.8
Isotretinoína	cápsula 10 mg	L70.0 ; L70.1 ; L70.8
Isotretinoína	cápsula 20 mg	L70.0 ; L70.1 ; L70.8
Lamivudina	solução oral 10 mg/mL (frasco de 240 mL)	B16.0 ; B16.2 ; B18.0 ; B18.1
Lamivudina	comprimido 150 mg	B16.0 ; B16.2 ; B18.0 ; B18.1
Lamotrigina	comprimido 100 mg	G40.0 ; G40.1 ; G40.2 ; G40.3 ; G40.4 ; G40.5 ; G40.6 ; G40.7 ; G40.8
Lamotrigina	comprimido 25 mg	G40.0 ; G40.1 ; G40.2 ; G40.3 ; G40.4 ; G40.5 ; G40.6 ; G40.7 ; G40.8
Lamotrigina	comprimido 50 mg	G40.0 ; G40.1 ; G40.2 ; G40.3 ; G40.4 ; G40.5 ; G40.6 ; G40.7 ; G40.8
Lefunomida	comprimido 20 mg	M05.0 ; M05.1 ; M05.2 ; M05.3 ; M05.8 ; M06.0 ; M06.8 ; M07.0 ; M07.3 ; M08.0
Leuprorrelina (O)	inj. frasco / ampola 3,75 mg	D25.0 ; D25.1 ; D25.2 ; E22.8 ; N80.0 ; N80.1 ; N80.2 ; N80.3 ; N80.4 ; N80.5 ; N80.8
Leuprorrelina (P)	inj. seringa preenchida 11,25mg	D25.0 ; D25.1 ; D25.2 ; E22.8 ; N80.0 ; N80.1 ; N80.2 ; N80.3 ; N80.4 ; N80.5 ; N80.8
Lovastina (J)	comprimido 10 mg	E78.0 ; E78.1 ; E78.2 ; E78.3 ; E78.4 ; E78.5 ; E78.6 ; E78.8
Lovastina (J)	comprimido 20 mg	E78.0 ; E78.1 ; E78.2 ; E78.3 ; E78.4 ; E78.5 ; E78.6 ; E78.8
Lovastina (J)	comprimido 40 mg	E78.0 ; E78.1 ; E78.2 ; E78.3 ; E78.4 ; E78.5 ; E78.6 ; E78.8
Mesalazina + Diluente 100 mL (ENEMA)	dose 1 g	K50.0 ; K50.1 ; K50.8 ; K51.0 ; K51.1 ; K51.2 ; K51.3 ; K51.4 ; K51.5 ; K51.8
Mesalazina	supositório 1000 mg	K50.0 ; K50.1 ; K50.8 ; K51.0 ; K51.1 ; K51.2 ; K51.3 ; K51.4 ; K51.5 ; K51.8
Mesalazina	supositório 250 mg	K50.0 ; K50.1 ; K50.8 ; K51.0 ; K51.1 ; K51.2 ; K51.3 ; K51.4 ; K51.5 ; K51.8
Mesalazina + Diluente 100 ml (ENEMA)	dose 3 g	K50.0 ; K50.1 ; K50.8 ; K51.0 ; K51.1 ; K51.2 ; K51.3 ; K51.4 ; K51.5 ; K51.8
Mesalazina	comprimido 400 mg	K50.0 ; K50.1 ; K50.8 ; K51.0 ; K51.1 ; K51.2 ; K51.3 ; K51.4 ; K51.5 ; K51.8
Mesalazina	comprimido 500 mg	K50.0 ; K50.1 ; K50.8 ; K51.0 ; K51.1 ; K51.2 ; K51.3 ; K51.4 ; K51.5 ; K51.8
Mesalazina	supositório 500 mg	K50.0 ; K50.1 ; K50.8 ; K51.0 ; K51.1 ; K51.2 ; K51.3 ; K51.4 ; K51.5 ; K51.8

Componente Especializado Assistência Farmacêutica



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Fármaco	Apresentação	CID
Mesalazina	comprimido 800 mg	K50.0; K50.1; K50.8; K51.0; K51.1; K51.2; K51.3; K51.4; K51.5; K51.8
Metadona	comprimido 10 mg	R52.1; R52.2
Metadona	inj. ampola 10 mg/mL (ampola com 1 mL)	R52.1; R52.2
Metadona	comprimido 5 mg	R52.1; R52.2
Metilprednisolona	inj. ampola 500 mg	T86.1; Z94.0; Z94.1; Z94.2; Z94.3; Z94.4; Z94.5; Z94.6; Z94.7; Z94.8
Metotrexato	comprimido 2,5 mg	L40.0; L40.1; L40.4; L40.8; M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8; M07.0; M07.3; M08.0; M33.0; M33.1; M33.2; M34.0; M34.1; M34.8; M45
Metotrexato	inj. ampola 25 mg/mL (ampola com 2 mL)	K50.0; K50.1; K50.8; M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8; M08.0; M07.0; M07.3; M33.0; M33.1
Metotrexato	inj. ampola 25 mg/mL (ampola com 20 mL)	K50.0; K50.1; K50.8
Micofenolato de Mofetila (M)	comprimido 500 mg	T86.1; Z94.0; Z94.1; Z94.4; H30.1; Z94.2
Micofenolato de Sódio (M)	comprimido 180 mg	T86.1; Z94.0; Z94.1; Z94.4; H30.1
Micofenolato de Sódio (M)	comprimido 360 mg	T86.1; Z94.0; Z94.1; Z94.4; H30.1; Z94.2
Molgramostim (I)	inj. frasco 300 mcg	B17.1; B18.2; B20.0; B20.1; B20.2; B20.3; B20.4; B20.5; B20.6; B20.7; B20.8; B20.9; B22.0; B22.1; B22.2; B22.7; B23.0; B23.1; B23.2; B23.8; B24; D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; D70; Z94.8; D46.0; D46.1; D46.7
Morfina de liberação controlada	cápsula 100 mg	R52.1; R52.2
Morfina de liberação controlada	cápsula 60 mg	R52.1; R52.2
Morfina	comprimido 10 mg	R52.1; R52.2
Morfina	ampola 10 mg/mL (ampola com 1 mL)	R52.1; R52.2
Morfina	solução oral 10 mg/mL (frasco de 60 mL)	R52.1; R52.2
Morfina	comprimido 30 mg	R52.1; R52.2
Morfina de liberação controlada	cápsula 30 mg	R52.1; R52.2
Natalizumabe	frasco / ampola 300 mg	G35
Nitrazepan	comprimido 5 mg	G40.0; G40.1; G40.2; G40.3; G40.4; G40.5; G40.6; G40.7; G40.8
Octreotida Lar	inj. frasco / ampola 10 mg/mL	E22.0
Octreotida Lar	inj. frasco / ampola 30 mg/mL	E22.0
Octreotida	inj. ampola 0.1 mg/mL	E22.0
Octreotida	inj. ampola 0.5 mg/mL	E22.0
Octreotida Lar	inj. frasco / ampola 20 mg/mL	E22.0
Olanzapina (G)	comprimido 10 mg	F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8
Olanzapina (G)	comprimido 5 mg	F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8
Pamidronato (Q)	inj. frasco / ampola 30 mg	M80.0; M80.1; M80.2; M80.3; M80.4; M80.5; M80.8; M81.0; M81.1; M81.2; M81.3; M81.4; M81.5; M81.6; M81.8; M82.0; M82.1; M82.8; M88.0; M88.8
Pamidronato (Q)	inj. frasco / ampola 60 mg	M80.0; M80.1; M80.2; M80.3; M80.4; M80.5; M80.8; M81.0; M81.1; M81.2; M81.3; M81.4; M81.5; M81.6; M81.8; M82.0; M82.1; M82.8; M88.0; M88.8
Pamidronato (Q)	inj. frasco / ampola 90 mg	M88.0; M88.8
Pancrelipase / Pancreatina	cápsula 10.000 UI	E84.1; E84.8; K86.0; K86.1; K90.3
Pancrelipase / Pancreatina	cápsula 25.000 UI	E84.1; E84.8; K86.0; K86.1; K90.3
Pancrelipase	cápsula 12.000 UI	E84.1; E84.8; K86.0; K86.1; K90.3
Pancrelipase	cápsula 18.000 UI	E84.1; E84.8; K86.0; K86.1; K90.3
Pancrelipase	cápsula 20.000 UI	E84.1; E84.8; K86.0; K86.1; K90.3
Pancrelipase	cápsula 4.500 UI	E84.1; E84.8; K86.0; K86.1; K90.3
Penicilamina	cápsula 250 mg	E83.0; M34.0; M34.1; M34.8
Piridostigmina	comprimido 60 mg	G70.0
Pramipexol	comprimido 0,125 mg	G20
Pramipexol	comprimido 0,25 mg	G20
Pramipexol	comprimido 1 mg	G20
Pravastatina (J)	comprimido 10 mg	E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8
Pravastatina (J)	comprimido 20 mg	E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8
Pravastatina (J)	comprimido 40 mg	E78.0; E78.1; E78.2; E78.3; E78.4; E78.5; E78.6; E78.8
Primidona	comprimido 100 mg	G40.0; G40.1; G40.2; G40.3; G40.4; G40.5; G40.6; G40.7; G40.8
Primidona	comprimido 250 mg	G40.0; G40.1; G40.2; G40.3; G40.4; G40.5; G40.6; G40.7; G40.8
Quetiapina (G)	comprimido 100 mg	F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8
Quetiapina (G)	comprimido 25 mg	F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8
Quetiapina (G)	comprimido 200 mg	F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8
Quetiapina (G)	comprimido 300 mg	F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8
Raloxifeno	comprimido 60 mg	M80.0; M80.1; M80.2; M80.3; M80.4; M80.5; M80.8; M81.0; M81.1; M81.2; M81.3; M81.4; M81.5; M81.6; M81.8; M82.0; M82.1; M82.8
Ribavirina	cápsula 250 mg	B18.2
Riluzol	comprimido 50 mg	G12.2
Risedronato (G)	comprimido 35 mg	M80.0; M80.1; M80.2; M80.3; M80.4; M80.5; M80.8; M81.0; M81.1; M81.2; M81.3; M81.4; M81.5; M81.6; M81.8; M82.0; M82.1; M82.8; M88.0; M88.8
Risedronato (G)	comprimido 5 mg	M80.0; M80.1; M80.2; M80.3; M80.4; M80.5; M80.8; M81.0; M81.1; M81.2; M81.3; M81.4; M81.5; M81.6; M81.8; M82.0; M82.1; M82.8; M88.0; M88.8
Risperidona	comprimido 1 mg	F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8
Risperidona	comprimido 2 mg	F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8
Risperidona	comprimido 3 mg	F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8
Rivastigmina (N)	cápsula 1,5 mg	G30.0; G30.1; G30.8
Rivastigmina (N)	solução oral 2,0 mg/mL (frasco com 120 mL)	G30.0; G30.1; G30.8
Rivastigmina (N)	cápsula 3 mg	G30.0; G30.1; G30.8
Rivastigmina (N)	cápsula 4,5 mg	G30.0; G30.1; G30.8
Rivastigmina (N)	cápsula 6 mg	G30.0; G30.1; G30.8

4

Componente Especializado Assistência Farmacêutica



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Fármaco	Apresentação	CID
Sacarato de hidróxido férrico	inj. frasco 100 mg (frasco com 5 ml)	D50.0; D50.8; N18.0; N18.8
Salbutamol (B)	aerossol 100 mcg (frasco com 200 doses)	J45.0; J45.1; J45.8
Salmeterol (D)	pó inalante ou aerossol bucal 50 mcg (frasco com 60 doses)	J45.0; J45.1; J45.8
Selegilina	comprimido 10 mg	G20
Selegilina	comprimido 5 mg	G20
Sevelamer	comprimido 800 mg	E83.3; N18.0
Sildenafil	comprimido 20mg	27.0; 27.2
Sirolimo	drágea 1 mg	T86.1; Z94.0; Z94.8; Z94.2
Sirolimo	solução oral 1 mg/mL (frasco com 60 mL)	T86.1; Z94.0; Z94.8; Z94.2
Sirolimo	drágea 2 mg	T86.1; Z94.0; Z94.2
Somatropina	inj. frasco / ampola 12 UI	E23.0; Q96.0; Q96.1; Q96.2; Q96.3; Q96.4; Q96.8
Somatropina	inj. frasco / ampola 4 UI	E23.0; Q96.0; Q96.1; Q96.2; Q96.3; Q96.4; Q96.8
Sulfasalazina	comprimido 500 mg	K50.0; K50.1; K50.8; K51.0; K51.1; K51.2; K51.3; K51.4; K51.5; K51.8; K52.2; M02.3; M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M06.0; M06.8; M07.0; M07.3; M07.4; M07.5; M07.6; M08.0; M4.5; M46.0; M46.1; M46.8; M48.8
Tacrolimo	cápsula 1 mg	T86.1; Z94.0; Z94.4; Z94.8; Z94.2
Tacrolimo	cápsula 5 mg	T86.1; Z94.0; Z94.4; Z94.8; Z94.2
Tenofovir	comprimido 300mg	B18.1
Tolcapona (F)	comprimido 100 mg	G20
Topiramato	comprimido 100 mg	G40.0; G40.1; G40.2; G40.3; G40.4; G40.5; G40.6; G40.7; G40.8
Topiramato	comprimido 25 mg	G40.0; G40.1; G40.2; G40.3; G40.4; G40.5; G40.6; G40.7; G40.8
Topiramato	comprimido 50 mg	G40.0; G40.1; G40.2; G40.3; G40.4; G40.5; G40.6; G40.7; G40.8
Toxina Botulínica tipo A (H)	inj. frasco / ampola 100 UI	G24.0; G24.1; G24.2; G24.3; G24.4; G24.5; G24.8; G80.0; G80.1; G81.1; G82.1; G82.4; I69.0; I69.1; I69.2; I69.3; I69.4; I69.8; T90.5; T90.8; G51.8
Toxina Botulínica tipo A (H)	inj. frasco / ampola 500 UI	G24.0; G24.1; G24.2; G24.3; G24.4; G24.5; G24.8; G80.0; G80.1; G81.1; G82.1; G82.4; I69.0; I69.1; I69.2; I69.3; I69.4; I69.8; T90.5; T90.8; G51.8
Triexifendíla	comprimido 5 mg	G20
Triptorelina (O)	inj. frasco / ampola 11,25 mg	D25.0; D25.1; D25.2; E22.8; N80.0; N80.1; N80.2; N80.3; N80.4; N80.5; N80.8
Triptorelina (O)	inj. frasco / ampola 3,75 mg	D25.0; D25.1; D25.2; E22.8; N80.0; N80.1; N80.2; N80.3; N80.4; N80.5; N80.8
Vigabatrina	comprimido 500 mg	G40.0; G40.1; G40.2; G40.3; G40.4; G40.5; G40.6; G40.7; G40.8
Ziprasidona (G)	cápsula 80 mg	F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8
Ziprasidona (G)	cápsula 40 mg	F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8

ANEXO B

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 143/2014

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 14/147 **Versão do Projeto:** 14/10/2014 **Versão do TCLE:** 14/10/2014

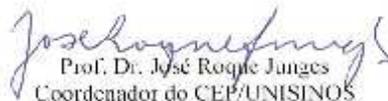
Coordenadora:
Mestranda Mariani Sopelsa (PPG em Saúde Coletiva)

Título: Perfil dos usuários de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica no município de São Leopoldo/RS.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 14 de outubro de 2014.



Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

ANEXO C

São Leopoldo, setembro de 2014.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul autoriza a farmacêutica e aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Mariani Sopelsa, a realizar, sob orientação da Profa. Dra. Vera Maria Vieira Paniz, a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "PERFIL DOS USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO, RS", utilizando os dados disponíveis no sistema informatizado AME da Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo, RS, no período de agosto a dezembro do presente ano.

Atenciosamente,


Simone Pacheco do Amaral,
Diretora de Assistência Farmacêutica do SEB,
(51) 3286-5542 / 84053785