Daniela Vasconcelos Dutra

Análise das dispensações de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de janeiro a junho de 2016

Belo Horizonte

2017

Daniela Vasconcelos Dutra

Análise das dispensações de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de janeiro a junho de 2016

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Orientador: Murilo Fahel

Belo Horizonte

2017

Autor: Daniela Vasconcelos Dutra

Título: Análise das dispensações de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de janeiro a junho de 2016

Natureza, objetivo, nome da instituição: Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de especialista ao curso de Especialização em Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental da Fundação João Pinheiro.

Área de concentração: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Aprovado (a) na Banca Examinadora

Murilo Cássio Xavier Fahel
Doutor em Sociologia
Fundação João Pinheiro

Carolina Portugal Gonçalves da Motta
Doutora em Planejamento Urbano e Regional
Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte, 20 de abril de 2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu marido, pelo amor, carinho e companheirismo;

À minha mãe, pelo amor e dedicação incondicionais;

Ao meu pai, pelo amor e generosidade;

Ao meu irmão, pelo amor e amizade;

Ao professor Murilo Fahel, pela orientação e compreensão;

Ao Gabriel, meu colega de trabalho, pelo auxilio e presteza;

Aos meus amigos, pelo apoio de sempre;

Aos professores, colegas e a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para que eu chegasse até aqui.

O conhecimento serve para encantar as pessoas, não para humilhá-las.
Mario Sergio Cortella

RESUMO

O programa do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde foi regulamentado em 2009 pela Portaria GM/MS nº 2981 e desde então tem se consolidado como uma importante estratégia para a garantia da integralidade de acesso ao tratamento medicamentoso em nível ambulatorial. O presente estudo analisou todas as solicitações realizadas no primeiro semestre de 2016 desses medicamentos que foram disponibilizados na rede Farmácia de Todos da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Assim foi possível identificar o perfil demográfico e epidemiológico dos usuários ativos, os medicamentos mais solicitados e as patologias mais atendidas. Foi utilizado o banco de dados da rede Farmácia de Todos com o cadastro dos usuários ativos no programa. Foi realizado um estudo transversal e observacional, analisadas as seguintes variáveis: medicamentos dispensados, CID-10 diagnosticados, sexo dos usuários, idade, origem das solicitações tendo como referência os municípios pertencentes à Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte. Foram analisados 65.409 dispensações de medicamentos realizadas para atender um total de 45.137 usuários ativos para o tratamento de diversas patologias. Verificou-se que na amostra estudada, houve uma predominância do sexo feminino e faixa etária entre 30 a 60 anos. A cidade de Belo Horizonte se destacou dentro das Regiões de Saúde por possuir o maior número de usuários. O diagnóstico de doenças relacionadas a transtornos mentais e comportamentais seguido das doenças do aparelho geniturinário, principalmente as doenças renais, se destacaram como as mais freqüentes entre as patologias atendidas. O estudo concluiu que com o aumento da expectativa de vida da população brasileira e consequentemente o seu envelhecimento, o diagnóstico de doenças crônicas torna-se cada vez mais freqüente, ocasionando um aumento na demanda de fornecimento de medicamentos que compõem esse Componente. Ademias, esses medicamentos possuem um alto custo, representado assim uma barreira de acesso para a população em geral. Isto posto, é de extrema importância um maior conhecimento do perfil demográfico e epidemiológico da população, para assim conhecer a prevalência das patologias que mais acometem a população brasileira, principalmente a mineira, garantindo desta maneira a integralidade no tratamento. Portanto, torna-se evidente a importância desse programa, visto que propicia o acesso a medicamentos de custo elevado no tratamento de doenças de alta complexidade.

Palavras-Chave: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Assistência farmacêutica. Sistema Único de Saúde. Rede Farmácia de Todos**.**

ABSTRACT

The program of the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance of the Unified Health System was regulated in 2009 by Administrative Rule GM / MS No. 2981 and has since been consolidated as an important strategy to guarantee the integral access to medical treatment at the outpatient level. The present study analyzed all the requests made in the first semester of 2016 of these medicines that were made available in the Pharmacy of All network of the Regional Health Superintendence of Belo Horizonte of the State Secretariat of Health of Minas Gerais. Thus, it was possible to identify the demographic and epidemiological profile of the active users, the most requested drugs and the most attended pathologies. We used the database of the Pharmacy of All network with the registration of the active users in the program. A cross-sectional and observational study was carried out. The following variables were analyzed: dispensed medications, diagnosed ICD-10, sex of the users, age, origin of the requests, with reference to the municipalities belonging to the Regional Health Superintendence of Belo Horizonte. A total of 65,409 drug dispensations were performed to meet a total of 45,137 active users for the treatment of various pathologies. It was verified that in the studied sample, there was a predominance of females and age range between 30 and 60 years. The city of Belo Horizonte stood out in the Health Regions for having the largest number of users. The diagnosis of diseases related to mental and behavioral disorders followed by diseases of the genitourinary system, especially renal diseases, were the most frequent among the pathologies attended. The study concluded that with the increase in the life expectancy of the Brazilian population and consequently their aging, the diagnosis of chronic diseases becomes increasingly frequent, causing an increase in the demand for the supply of drugs that make up this component. Moreover, these drugs have a high cost, thus representing an access barrier for the general population. Therefore, it is extremely important to have a better knowledge of the demographic and epidemiological profile of the population, so as to know the prevalence of the pathologies that most affect the Brazilian population, especially the Brazilian population, thus guaranteeing integral treatment. The importance of this program is therefore evident, as it provides access to high-cost drugs for the treatment of highly complex diseases.

Keywords: Specialized Component of Pharmaceutical Assistance. Pharmaceutical Care. Single Health System. Pharmacy Network of All.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA

Figura 1: Divisão do Estado de Minas Gerais em Gerências e Superintendências Regionais de Saúde.....34

GRÁFICOS

Gráfico 1: Percentual de usuários ativos distribuídos por faixa etária – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.....39

Gráfico 2: Percentual de usuários ativos distribuídos por Região de Saúde – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.....41

Gráfico 3: Percentual de usuários ativos distribuído por Regionais de Belo Horizonte – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.....44

Gráfico 4: Relação dos 12 principais CIDs-10 atendidos, relacionados com seu percentual e acumulado dispensações – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.....46

Gráfico 5: Relação dos 13 principais medicamentos dispensados, relacionados com seu quantitativo e o percentual acumulado de dispensações – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.....48

Gráfico 6: Relação dos 14 medicamentos mais dispensados sem especificação de suas apresentações – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.....49

QUADRO

Quadro 1: Relação dos 14 medicamentos mais dispensados sem especificação de suas apresentações, relacionados às suas patologias atendidas pelo CEAF – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.....51

TABELAS

Tabela 1: Percentual de usuários ativos com os dados completos de endereços, distribuídos por Região de Saúde e por cidade – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.....42

Apêndice A: Tabela do quantitativo de usuários ativos distribuídos por Região de Saúde – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.....64

Apêndice B: Tabela do quantitativo de usuários por Regional da cidade Belo Horizonte – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.....644

Apêndice C: Tabela da relação de todos os CIDs-10 que são atendidos pelo CEAF em relação ao quantitativo e percentual de dispensações – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.....65

Apêndice D: Tabela da relação de todos os medicamentos, com suas doses, que são dispensados pelo CEAF com o quantitativo e percentual de suas dispensações – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.....74

Apêndice E: Tabela da relação de todos os medicamentos, sem especificação da apresentação farmacêutica, dispensados pelo CEAF e o quantitativo e percentual das dispensações – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.....82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS = Cartão Nacional de Saúde

CEAF = Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CESAF = Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

CID = Classificação Estatística e Internacional de Doenças e Problemas Relacionados açode

CIT = Comissão Intergestores Tripartite

CONASS = Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CR88 = Constituição da República de 1988

DCNT = Doenças Crônicas Não Transmissíveis

IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

GRS = Gerencias Regionais de Saúde

LME = Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

MS = Ministério da Saúde

OPAS = Organização Pan-Americana de Saúde

OMS = Organização Mundial de Saúde

PCDT = Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PFP= Programa Farmácia Popular

PNAF = Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM= Política Nacional de Medicamentos

RENAME = Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SAF = Superintendência de Assistência Farmacêutica

SESMG = Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SRS = Superintendência Regional de Saúde

SRSBH = Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

SUS = Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Sumário

1 INTRODUÇÃO 13

2 SUS E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 17

2.1 Assistência Farmacêutica no SUS 20

2.2 Componentes e Programas da Assistência Farmacêutica no SUS 24

3 DINÂMICA DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS DO CEAF EM MINAS GERAIS 30

3.1 Rede Farmácia de Todos em Belo Horizonte, Minas Gerais 32

3.2 Organização da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais 34

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS SOBRE AS DISPENSAÇÕES DE MEDICAMENTOS DO CEAF NA REDE FARMÁCIA DE TODOS DA SRSBH 38

5 CONCLUSÕES 54

REFERÊNCIAS 57

APÊNDICES 64

1 INTRODUÇÃO

Medicamento é assim definido conforme a Política Nacional de Medicamentos (PNM) como um produto farmacêutico com finalidades profiláticas, curativas, paliativas ou para fins de diagnóstico (BRASIL, 2001). Desta maneira, pode ser considerado como uns dos principais instrumentos terapêuticos capazes de modificar as condições de saúde do indivíduo (DRUMMOND, 2016). Todavia, a sua utilização incorreta ou indiscriminada ou ainda a sua carência podem causar danos à saúde das coletividades humanas (PAULA *et al*, 2009).

O Estado, por sua vez, possui um papel importante na acessibilidade dos medicamentos, tendo como uma das suas competências primordiais a promoção desse acesso e a orientação para o uso racional pela população. Para tal, o Estado deve formular políticas públicas de saúde que garantam a integralidade do tratamento medicamentoso para a população que o necessita.

Percebe-se que ainda, nos dias de hoje, o acesso a medicamentos configura-se um grande desafio a ser superado pela maioria dos governos, sendo parte fundamental de toda a política farmacêutica e também um dos pilares fundamentais das políticas de saúde. A inacessibilidade aos medicamentos possui diversas causas, dentre elas destacam-se: o nível reduzido de coberturas e a fragilidade financeira dos sistemas de saúde; as limitações das redes de distribuição de medicamentos e os problemas gerais de acesso aos serviços de saúde por grande parte da população (OPAS, 2009).

No caso específico dos medicamentos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), essa situação é ainda mais grave, sendo um dos maiores desafios da Política de Saúde do Brasil, ou seja, fazer com que o custo do medicamento deixe de ser um fator limitante para o acesso a esses medicamentos de alto custo (OPAS, 2009). Para minimizar esse problema, o Estado deve, dentre outras ações, ampliar o acesso a esses medicamentos por meio de políticas públicas; definir de forma objetiva as responsabilidades dos entes federados e garantir a sustentabilidade do financiamento tripartide; otimizar a utilização dos recursos disponíveis por meio de aquisições centralizadas; fortalecer o complexo industrial da saúde e incentivar o desenvolvimento de novas tecnologias que otimizem o custo de produção, influenciando significativamente na diminuição no preço final do medicamento (BRASIL, 2014e).

Nota-se que atualmente há uma crescente demanda por medicamentos no país, principalmente dos medicamentos que são disponibilizados pelo CEAF. Esse aumento é marcado principalmente pela mudança no perfil epidemiológico e demográfico, ou seja, pelo aumento do surgimento de doenças crônicas não transmissíveis e pelo envelhecimento da população, respectivamente.

Conjuntamente, observa-se um grande apelo da indústria farmacêutica na incorporação de novas tecnologias sem a devida avaliação de qualidade e a regulação desses produtos que são incorporados no mercado. As indústrias farmacêuticas desenvolvem seus fármacos focados em produtos de alto retorno financeiro, em prejuízo as verdadeiras necessidades sanitárias da população. Ademais, o SUS com o dever de garantir todos os direitos relacionados à saúde, transformou-se em grande consumidor para os lançamentos de novos fármacos da indústria farmacêutica (CARVALHO, 2005).

Nesse contexto, a estruturação da Assistência Farmacêutica é um dos grandes desafios que os gestores e os profissionais do SUS têm que enfrentar, seja pela necessidade de aperfeiçoamento continuo na busca de novas estratégias para a sua gestão ou pelos recursos financeiros envolvidos (BRASIL, 2011a).

Dessa forma, com o propósito de analisar as dispensações dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica solicitadas pela população das cidades pertencentes à Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte junto a Rede Farmácia de Todos da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais, e por se tratar de uma demanda que vem aumentando cada vez mais nos últimos anos, conforme percebo como profissional atuante na rede Farmácia de Todos e ainda por representar extrema importância o conhecimento dessas demandas e do perfil da população atendida, justifica-se esse estudo, que vem preocupando as autoridades públicas na gestão da assistência farmacêutica, principalmente por representar o fornecimento de medicamentos de alto custo para a população a ser atendida.

Ao analisar as dispensações de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) pelos usuários da Rede Farmácia de Todos da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, pertencente à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais no período de janeiro a junho de 2016, espera-se produzir informações

que contribuam para conhecer quais são os medicamentos mais dispensados; identificar as patologias mais freqüentes e as relacionadas aos medicamentos solicitados; descrever o perfil demográfico e epidemiológico dos usuários atendidos.

Destarte, os dados expostos nesse trabalho poderão auxiliar os usuários, profissionais e gestores do SUS no entendimento da gestão pública da saúde referente à aquisição dos medicamentos disponibilizados no CEAF; à implementação de ações no uso racional dos medicamentos; ao cuidado farmacêutico, englobando toda a assistência farmacêutica. Objetivando assim, um melhor acesso dos usuários aos medicamentos dispensados na Rede Farmácia de Todos.

À vista disso, este estudo trata-se de um estudo observacional e transversal sobre as solicitações de medicamentos junto à Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG no período de janeiro a junho de 2016. Esse período de tempo foi escolhido para o estudo, devido à disponibilidade desses dados, com informações completas das dispensações realizadas na Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG.

Foram utilizados os dados referentes às dispensações de medicamentos do CEAF aos usuários da Rede Farmácia de Todos residentes nos municípios que integram a SRSBH/SESMG, registrados no banco de dados pertencente à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Foram selecionados todos os usuários ativos no período desse estudo que continham as variáveis descritas a seguir: nome, sexo, data de nascimento, município, endereço completo, nome do medicamento, dosagem, posologia, quantidade e diagnóstico conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças- CID-10.

O banco de dados dos usuários ativos do CEAF da rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG foi construído a partir da base total de cadastro de usuários cujos processos foram deferidos e os pacientes já estavam recebendo seus medicamentos. Para o período proposto para esse estudo, ou seja, de janeiro a junho de 2016, constavam registrados 65.409 (sessenta e cinco mil quatrocentos e nove) dispensações de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) na Rede da Farmácia de Todos da Regional de Saúde de Belo Horizonte/SESMG, sendo que essas dispensações foram realizadas para atender 45.137 (quarenta e cinco mil e cento e trinta e sete) pacientes para o tratamento de diversas patologias.

A variável de origem das dispensações teve como referência os municípios que integram a Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRSBH/SESMG), totalizando 39 municípios, com aproximadamente uma população de 5.204.080 (MINAS GERAIS, 2012a).

O estudo das patologias mais freqüentes foi realizado utilizando os diagnósticos mencionados nas dispensações e agrupados em capítulos com base na CID-10. A relação entre os diagnósticos se os medicamentos estão de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (PCDT) utilizados para o deferimento das solicitações feitas junto à SES/MG (BRASIL, 2009).

Desta forma, este trabalho está dividido em 6 (seis) capítulos. Após esse capítulo introdutório, o capítulo 2 apresentará uma breve fundamentação teórica envolvendo os conceitos do SUS e a Assistência Farmacêutica, o histórico da política de medicamentos no Brasil e os programas existentes da Assistência Farmacêutica no SUS. O capítulo 3 dissertará sobre a Assistência Farmacêutica em Minas Gerais e como é realizado o acesso aos medicamentos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e tratará da organização político-administrativa da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. O capítulo 4 apresentará as análises dos dados referentes ao fornecimento de medicamentos do CEAF obtidos junto à rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG. E o último capítulo, capítulo 5, exporá as conclusões e considerações finais.

2 SUS E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um modelo público de saúde atualmente adotado no Brasil, o qual é orientado por princípios e diretrizes vigentes em todo o território nacional. Seu nascimento ocorreu através de debates travados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na qual foram discutidos temas relacionados à saúde, priorizando o direito a cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento desse setor. Nesse modelo, a saúde deve ser garantida pelo Estado, em um conceito de amplo direito, regido pelos seguintes princípios, conforme descritos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, a qual define também como será o seu financiamento:

> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (EC no 29/2000, EC no 51/2006, EC no 63/2010 e EC no 86/2015)
> I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III – participação da comunidade.
> § 1o O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.
> § 2o A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:
> I – no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);
> II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea "a", e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;
> III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea "b" e § 3o.
> § 3o Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:
> I – os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2o;
> II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;
> III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (BRASIL, 1998a).

Ademais, a CF88, em seu Artigo 196, também determina que a saúde é um dever do Estado, o qual que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, além de garantir o acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988a)

Logo, com a promulgação de Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, a qual regulamentou as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; complementada pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, a qual tratou da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, iniciou-se nos anos 90, o processo de institucionalização do SUS.

Dessa forma, o SUS foi instituído conforme definido pela CF88 e pela Lei nº 8.080/90, o qual é evidenciado pela redação dos artigos transcritos abaixo desta Lei:

> Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
> **§ 1 º.** O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
> **§ 2 º.** O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.
> **[**...]
> Art. 4º. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).
> **§ 1 º.** Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.
> **§ 2 º.** A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (BRASIL, 1990a).

A lei 8080/90 ainda ampliou os princípios do SUS definidos pelo art. 198 da CF88, conforme podemos constatar no artigo 7º desta lei:

> Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
> I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
> II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
> III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
> IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
> V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
> VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
> VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
> VIII - participação da comunidade;
> IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
> a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
> b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
> X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
> XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
> XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
> XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a).

Portanto, dentre outras ações, a Lei nº 8.080 /1990 definiu que o SUS seria estruturado de forma a garantir a assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica, o qual é evidenciado pela redação do artigo 6º transcrito abaixo desta Lei:

> Art. 6º. Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):
> I - a execução de ações:
> [...]
> **d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;**
> [...]
> **VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;** (BRASIL, 1990a, grifo nosso)

2.1 Assistência Farmacêutica no SUS

A partir da década de 90 quando foi publicada a Política Nacional de Medicamentos e posteriormente em 2004 com a publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a Assistência Farmacêutica do SUS tornou-se um dos pilares da Política de Saúde no Brasil, principalmente pelo papel predominante dos medicamentos no processo de cuidado da saúde. Assim, dispõe Bermudez *et al*.(2011), o qual destaca o papel importante do uso do medicamento no tratamento da doença e na prevenção de agravos pela falta do uso deste:

> Do ponto de vista da saúde pública, o acesso regular a medicamentos eficazes, seguros e muitas vezes de baixo custo poderia evitar a morte prematura de milhares de crianças e adultos que vivem nos países em desenvolvimento, onde as infecções agudas, que poderiam ser curadas com antibióticos baratos ou preventivos com vacinas, ainda causam quatro milhões de óbitos (BERMUDEZ, *et al.*, 2011, p763).

Assim, pode-se perceber que a estruturação da Assistência Farmacêutica no SUS é uma estratégia fundamental para a qualificação e a ampliação do acesso aos medicamentos pela população.

Conforme prevê a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, a Assistência Farmacêutica passou a fazer parte do rol dos deveres do estado:

> Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
> I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
> [...]
> IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
> V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; (BRASIL, 1988a).

Esse dever é referenciado na conhecida Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe os princípios fundamentais que regulam o SUS e seu campo de atuação:

> Art. 5º. São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS):
> I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
> II - a formulação de política de saúde destinada a promover, no campo econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
> III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
> Art. 6º. Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):
> I - a execução de ações:
> a) de vigilância sanitária;
> b) de vigilância epidemiológica;
> c) de saúde do trabalhador; e
> **d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;**
> II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
> III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
> IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
> V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
> **VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;**
> **VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;**
> VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
> IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
> **X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;**
> XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados. (BRASIL, 1990a, grifo nosso)

À vista disso, em 1998, foi publicada a Portaria nº. 3916, conhecida como "Política Nacional de Medicamentos", com o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais, além de contemplar diretrizes e definir prioridades relacionadas à legislação, ou seja, a regulamentação; inspeção; controle e garantia da qualidade; seleção; aquisição e distribuição; uso racional de medicamentos; desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1998b).

Conforme destaca Lopes (2016), para alcançar esses objetivos, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), definiu as diretrizes e prioridades que deveriam ser observadas em todas as esferas de gestão do SUS nas políticas e programas relacionados ao

acesso de medicamentos. Definiu-se como prioridade a descentralização, com o objetivo de substituir o processo de distribuição de medicamentos pelo Ministério da Saúde por repasse financeiro, fundo a fundo, regular e automático, pois assim, as outras esferas de gestão do SUS poderão assumira aquisição e distribuição dos medicamentos de acordo com as demandas de suas populações.

Logo, para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, de qualidade e eficazes, ao menor custo possível, nas três esferas de governo, os gestores do SUS, deveriam concentrar esforço para alcançar as diretrizes definidas pela PNM. Dentre as diretrizes proposta, destaca-se a adoção de uma relação de medicamentos essenciais, que de acordo com essa política, são aqueles considerados "básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população". (BRASIL, 1998b). Já a OMS adota uma definição mais abrangente, sendo:

> Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as principais necessidades de cuidados de saúde da maioria da população; são selecionados de acordo com a prevalência das doenças, a evidência de eficácia e segurança em estudos comparativos de custo-efetividade; devem estar sempre disponíveis no contexto do sistema de saúde, em quantidades adequadas, em apresentações apropriadas, com qualidade assegurada e a um preço que o indivíduo e a comunidade possam pagar (WHO, 2014).

Desta forma, a relação de medicamentos essências deveria ser ajustada conforme o perfil epidemiológico de cada esfera de governo, cabendo ao MS a sua atualização, através da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a qual serviria de orientação para a formulação das listas estaduais e municipais, favorecendo assim, o processo de descentralização da gestão.

A 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica foi realizada no ano de 2003, em Brasília, com a participação de representantes dos Estados e do Distrito Federal, e representou um marco para o SUS, pois estabeleceu a importância da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), tanto quanto ao acesso com qualidade e quanto à informação adequada (BRASIL 2005).

Seguidamente, em 2004, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), conforme deliberada na Conferência temática, mediante a Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Essa resolução tornou a Assistência Farmacêutica como parte integrante da Política Nacional de Saúde, que a define como:

> Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004a).

Consoante a PNAF 2004, a Assistência Farmacêutica dever ser compreendida como uma política norteadora para formulação de políticas setoriais, tendo como principais eixos estratégicos a qualificação dos serviços de atenção farmacêutica na rede pública, a manutenção, descentralização de ações e a qualificação de recursos humanos. Nesse contexto, destaca-se a ênfase nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com os princípios da universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004a).

Em concordância com Lopes (2016), dentre os eixos estratégicos da PNAF, a assistência farmacêutica foi apontada como essencial para garantir a equidade e acesso nas ações de saúde, enfatizando a necessidade de aprimoramento da articulação e coordenação entre as ações desenvolvidas pelo setor público e privado nas três esferas de gestão do SUS, sendo as responsabilidades definidas de forma pactuada.

Logo, o programa de Assistência Farmacêutica no SUS foi implementado de forma articulada entre Municípios, Estados e União, através das pactuações na Comissão Intergestores Tripartite – CIT. Essa comissão tem como objetivo atualizar os elencos dos medicamentos, ampliar o financiamento, definir as questões relacionadas à sua estruturação e qualificação, estabelecer as formas para sua gestão e execução e também estabelecer um novo ordenamento na forma de acesso aos medicamentos (BRASIL, 2010a).

Portanto, somente a partir da consolidação da assistência farmacêutica no âmbito do SUS é que houve uma ampliação da distribuição gratuita de medicamentos a toda a população, o que foi marcado, conforme relatado acima, pela edição da Política Nacional de Medicamentos em 1998 e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica em 2004.

O enfoque dado à coordenação pactuada da esfera de atuação das três esferas de gestão do SUS no que tange ao fornecimento de medicamentos fez com que a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais se expandisse para além dos medicamentos fornecidos no âmbito da atenção primária e dos medicamentos estratégicos (PAIVA, *et al*., 2015).

Nesta perspectiva, a Portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. De acordo com as suas características e objetivos, as ações de saúde são alocadas na forma de blocos de financiamento específicos. A Assistência Farmacêutica está definida no quarto bloco e se divide em três componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (BRASIL 2007).

2.2 Componentes e Programas da Assistência Farmacêutica no SUS

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é aquele destinado a atenção primária à saúde e está relacionado a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados deste nível de atenção (BRASIL, 2011a). É regulamentado pela Portaria n° 1.555, de 30 de julho de 2013, a qual dispõe sobre normas de execução e financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (BRASIL, 2013a).

A definição da lista de medicamentos básicos é realizada pelo Ministério da Saúde, através do Elenco de Referência de medicamentos, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME (BRASIL, 2010b), observada a oferta de medicamentos para o tratamento dos principais problemas de saúde da população, em relação a sua demanda epidemiológica (BRASIL, 2010a).

Essa lista é atualizada regulamente segundo os protocolos do Ministério da Saúde (MS) e a sua dispensação é feita nas unidades de saúde do SUS. O recurso financeiro para a compra dos medicamentos é tripartide, repassado pelo MS conforme o número de habitantes/ano de cada município, sendo complementado com recursos estaduais e municipais (BRASIL, 2011b).

No âmbito deste Componente, além do repasse financeiro aos Estados e/ou Municípios, o Ministério da Saúde também é responsável pela aquisição e distribuição das insulinas humanas NPH e regular e dos contraceptivos orais e injetáveis, além do DIU e diafragma. As insulinas e os contraceptivos são entregues nos almoxarifados de medicamentos dos Estados, a quem compete distribuí-los aos municípios. Os municípios das capitais e os grandes municípios brasileiros, com população maior que 500 mil habitantes, recebem os contraceptivos diretamente dos fornecedores contratados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a).

Em Minas Gerais, a gestão do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF), que tem por atribuição a condução da Política Estadual de Assistência Farmacêutica, incluindo as ações que garantam o abastecimento regular de medicamentos para a Atenção Primária à Saúde, realizando e planejando a programação, acompanhando a aquisição e supervisionando a distribuição dos medicamentos para os municípios. Nos casos em que os municípios optarem por fazer a gestão dos recursos, a SAF tem como ação, apoiar estes tecnicamente para que consigam realizar a execução do Componente Básico a contento, por meio do Projeto da Regionalização da Assistência Farmacêutica (MINAS GERAIS, 2011a).

Já o Programa Farmácia Popular (PFP) foi criado em 2004, pelo Ministério da Saúde, cuja base foi delineada na Lei nº. 10.858/2004 e o regulamento definido no Decreto nº. 5.090/2004, com a finalidade de ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais e reduzir os gastos com medicamentos no orçamento familiar (BRASIL, 2004b).

Inicialmente, o PFP foi realizado em unidades próprias, ou seja, formadas por Farmácias Populares próprias do Governo Federal, ou, na maioria das vezes, criadas em parcerias com os Estados, Distrito Federal, municípios e entidades filantrópicas responsáveis pelo fornecimento de medicamentos pelo sistema de co-pagamento (MACHADO;

BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011). Isso propiciou um aumento do acesso da população a um elenco maior de medicamentos com custos reduzidos.

Em 2006, ampliou-se esse programa através de convênios com a rede privada de farmácias e drogarias comerciais, com o intuito de levar o benefício da aquisição de medicamentos essenciais a baixo custo a mais lugares e mais pessoas, o chamado "Aqui Tem Farmácia Popular", a partir da Portaria MS nº. 3.089/2009, que revogou a Portaria MS nº. 491/2006 (BRASIL, 2015b).

Em 2007, o elenco de medicamentos do "Aqui Tem Farmácia Popular" foi ampliado, sendo incluídos os contraceptivos. Em fevereiro de 2010, um conjunto de medidas de combate à Gripe A (H1N1) foi adotado pelo Ministério da Saúde, entre eles, a inclusão do fosfato de oseltamivir no elenco do Programa. Em abril do mesmo ano, houve a inclusão da insulina regular, ampliando o elenco de medicamentos indicados para o diabetes, bem como o atendimento da dislipidemia, com a incorporação da sinvastatina (BRASIL, 2015b).

Em seguida, a Portaria MS nº. 184/2011 determinou que os medicamentos anti-hipertensivos e os para diabetes fossem disponibilizados amplamente e sem custo para a população, por meio da campanha "Saúde Não Tem Preço". Além dos medicamentos gratuitos para hipertensão, diabetes e asma, o Programa oferece mais 11 itens utilizados para o tratamento de dislipidemia, rinite, mal de Parkinson, osteoporose e glaucoma, além de contraceptivos e fraldas geriátricas para incontinência urinária, sendo esses medicamentos ofertados com preços até 90% mais baratos (BRASIL, 2015b). Em abril de 2011, essa medida foi responsável por distribuir mais de 3,7 milhões de tratamentos, aumentando em 70% o acesso de portadores a essas farmácias (BRASIL, 2011b).

Atualmente, o Programa Farmácia Popular do Brasil é regulamentado pela Portaria nº 111, de 29/01/2016, onde são fornecidos 152 itens, incluindo medicamentos e preservativo masculino, os quais são dispensados pelo seu valor de custo, representando uma diminuição de até 90% do valor de mercado (BRASIL, 2016).

Já, o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância

epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, cujo controle e tratamento tenham protocolos e normas estabelecidas e estejam contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS (BRASIL, 2014b). Portanto, disponibiliza medicamentos para atender programas de saúde coordenados nacionalmente pelo Ministério da Saúde, que possuem alto impacto na população ou que apresentam o caráter transmissível (BRASIL, 2010a).

Os medicamentos e insumos do CESAF estão relacionados nos anexos II e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e são financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde (MS), sendo distribuídos aos Estados e Distrito Federal. Cabem a esses o recebimento, armazenamento e a distribuição aos municípios (BRASIL, 2014b).

Em Minas Gerais, os insumos e medicamentos estratégicos estão disponíveis em Farmácias e Unidades de Saúde em todo Estado e são distribuídos gratuitamente aos pacientes cadastrados nos programas. Esse componente abrange a distribuição de medicamentos dos programas de Atenção à Saúde da Mulher – misoprostol; Campanha Geohelmintíase e Esquistossomose; Coqueluche; Dengue; Doença de Chagas; DST/Aids ; Filariose; H1N1; Hanseníase; Leishmaniose; Meningite; Palivizumabe; Prevenção de Deficiências Nutricionais; Sífilis; Tabagismo; Talidomida e Tuberculose (MINAS GERAIS, 2017a).

E por fim, temos o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Esse Componente foi regulamentado inicialmente pela Portaria GM/MS nº 2981 de 29 de novembro de 2009, e, desde então, tem se consolidado como uma importante estratégia para a garantia de acesso a medicamentos no SUS. Como resultado do compromisso do Ministério da Saúde em atualizar permanentemente as suas relações de medicamentos, em 31 de julho de 2013 foi publicado a Portaria GM/MS nº 1554, que revogou a Portaria GM/MS nº 2981 de 2009, a qual passa a ser o novo marco regulatório do CEAF. Essa portaria manteve os conceitos iniciais e definiu as novas regras de financiamento e execução do CEAF (BRASIL, 2009) e (BRASIL, 2013b).

De acordo com o artigo 2º da Portaria nº 1554 de 30 de julho de 2013, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, que se caracteriza pela busca da integralidade do

tratamento medicamentoso, desde o nível ambulatorial, cujas linhas de cuidados são definidas pelo Ministério da Saúde através dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Nesse sentido, o tratamento medicamentoso no âmbito da Assistência Farmacêutica, o Componente Especializado se relaciona diretamente com o Componente Básico, visto que o tratamento de muitas doenças contempladas no CEAF deve ser iniciado na atenção básica.

Portanto, a estruturação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica ocorreu de forma articulada com a revisão do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e da RENAME. Deste modo, foi qualificado o elenco de medicamentos dos dois componentes, excluindo as sobreposições e incorporando outros medicamentos, para assim, garantir a integralidade do tratamento medicamentoso na forma de linhas de cuidado para os agravos, definidas nos PCDT publicados pelo Ministério da Saúde, para as doenças inseridas no CEAF, como forma de possibilitar a prescrição e o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2010a).

Dessa maneira, o CEAF foi desenvolvido devido à necessidade de ampliação de cobertura do tratamento medicamentoso para outras doenças importantes do ponto de vista clínico-epidemiológico e da ampliação do acesso aos medicamentos pela população, visando atender um número reduzido de pessoas, que requerem um tratamento de alto custo por um longo período ou até mesmo, por um período permanente.

Assim sendo, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – DAF do Ministério da Saúde, visando aprimorar a gestão do CEAF, analisou de forma crítica e atuou de forma inovadora ao estudar as demandas existentes na Comissão de Incorporação de Tecnologias - CITEC/MS, decorrentes dos processos de judicialização de medicamentos de entidades; de instituições da sociedade civil e do setor produtivo; as requeridas pelos gestores estaduais e municipais e as próprias demandas DAF. Logo, foram reorganizados os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, corrigidas as distorções existentes no CEAF (BRASIL, 2010a).

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas. O Grupo 1 é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. Esses medicamentos representam elevado

impacto financeiro, sendo indicados para doenças mais complexas e casos de refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento e são incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. O Grupo 2 são os medicamentos financiados pelas Secretarias Estaduais de Saúde. O Grupo 3 são os medicamentos financiados de forma tripartite, sendo a aquisição e dispensação de responsabilidade dos municípios sob regulamentação da Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, que aprova a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Conforme a Portaria GM/MS nº 1.554/2013, o Grupo 1 passa a ser composto por 84 fármacos em 154 apresentações farmacêuticas, sendo que destes, 47 fármacos em 77 apresentações são adquiridos pelo Ministério da Saúde. O Grupo 2 passa a ser composto por 54 fármacos em 119 apresentações farmacêuticas. Considerando os medicamentos dos Grupos 1, 2 e 3, atualmente, o CEAF é composto por 196 fármacos em 387 apresentações farmacêuticas indicados para o tratamento das diferentes fases evolutivas das doenças contempladas (BRASIL, 2014c).

Complementarmente, ao estender a cobertura, realizar incorporações e tratar novas doenças, a construção do CEAF permitiu a redução das ações judiciais individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS (BRASIL, 2010a).

3 DINÂMICA DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS DO CEAF EM MINAS GERAIS

O acesso aos medicamentos sempre representou um dos maiores desafios a serem vencidos na área da saúde. O setor público, ou seja, o SUS, historicamente não se estruturou suficientemente para atender à grande demanda pela terapêutica medicamentosa (JARAMILLO *et al.*, 2001).

Nota-se que a inacessibilidade aos medicamentos apresenta maior relevância quanto ao enfoque de saúde pública, especialmente, quando se verifica que a terapia medicamentosa é a mais utilizada ou, na realidade, é a única alternativa de tratamento para a maioria das pessoas. Essa dificuldade de obtenção dos medicamentos prescritos pode prejudicar a saúde desses pacientes, demandando cuidados mais extremos e mais caros para os gestores públicos, como as internações hospitalares por agravos no seu tratamento ou até mesmo, custar à vida do paciente (BONFIM, 2006).

Mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como um dos pilares a gratuidade e o acesso universal e igualitário, o acesso a medicamentos ainda é muito restrito. Ademais, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, pois o seu tratamento normalmente é realizado por um período de tempo prolongado, ou seja, há uma maior necessidade de utilização de medicamentos de uso continuado, onerando ainda mais as famílias e os sistemas de saúde do país (BRASIL, 2011b). Conforme Malta (2008), essas mudanças observadas no perfil de saúde da população resulta em novos desafios para os gestores e autoridades da saúde pública.

Logo, a situação é ainda mais preocupante quando consideramos que nos últimos anos o padrão demográfico da população brasileira está modificando, sendo caracterizado pela redução da taxa de crescimento populacional e o um aumento significativo de cidadãos com faixa etária acima dos sessenta anos (envelhecimento da população). Paralelamente, ocorre uma mudança do perfil epidemiológico da população, com níveis de mortalidade relativamente baixos, ocasionando alterações relevantes nos indicadores de morbimortalidade do País. Desta maneira, a taxa de fecundidade passa a desempenhar um papel cada vez mais relevante nas tendências do crescimento populacional e nas alterações da estrutura etária da população (IBGE, 2015).

Conforme Acúrcio *et al*. (2006), mais de 650 mil idosos são incorporados à população acima dos sessenta anos de idade a cada ano no Brasil, e consequentemente, a demanda desses cidadãos por tratamentos de saúde é intensa, tanto no aumento pela demanda do uso de medicamentos, quanto pela utilização de serviços médicos.

Minas Gerais exibe quadro equivalente ao do Brasil, quando comparado à avaliação da situação geral de saúde do país. Esse quadro é caracterizado por diversas transições, dentre elas, destacamos a transição demográfica, transição epidemiológica e a transição nutricional (MINAS GERAIS, 2012b).

A transição demográfica resulta da diminuição da taxa de natalidade e fecundidade e do aumento da expectativa de vida, consequentemente há um aumento da população idosa em comparação a outras faixas etárias. Já a transição epidemiológica, evidencia-se pela mudança do perfil de morbimortalidade, ou seja, há uma redução das doenças transmissíveis e um aumento das doenças não transmissíveis e de causas externas. Isso decorre principalmente da urbanização acelerada, do acesso a serviços de saúde, dos meios de diagnóstico e das mudanças culturais, expressivos nas últimas décadas. Por fim, a transição nutricional ocorre devido ao aumento do sobrepeso e obesidade da população, influenciada pelos novos padrões alimentares inadequados e pelo sedentarismo da vida moderna (MINAS GERAIS, 2012b).

Perante desse cenário, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passam a liderar as causas de óbitos no Brasil e no Estado de Minas Gerais, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, observadas na década de 80. As principais causas de mortalidade em Minas Gerais, no ano de 2010, foram em ordem crescente: 1º. Causas externas; 2º. Doenças do aparelho respiratório; 3º. Neoplasias; 4º. Doenças do aparelho circulatório. As DCNT foram responsáveis por 63% das mortes do Estado (MINAS GERAIS, 2012b).

Outra mudança importante que influência no aparecimento das DCNT é a mudança no perfil sócio econômico da população brasileira. Nota-se que a epidemia de DCNT afeta principalmente a população de baixa renda. Essas pessoas possuem menor acesso aos serviços de saúde e quando obtêm o acesso, o atendimento é mais precário e, portanto, ficam mais expostas aos fatores de risco para essas doenças (WHO, 2011).

Além disso, a mudança do estilo de vida também se encontra dentre os fatores riscos que podem acarretar o desenvolvimento de DCNT. Contribui principalmente para o aumento da prevalência dessas doenças, o excesso de peso e obesidade, que atinge cerca de 48% e 18% dos adultos, respectivamente. Destacam-se dentre os fatores de risco:

a) os baixos níveis de atividades físicas no lazer na população adulta (15% da população praticam algum tipo de atividade física);

b) o baixo consumo de frutas e hortaliças (apenas 18,2% da população consomem cinco porções ao dia);

c) o consumo elevado de alimentos com alto teor de gorduras (34% da população consomem esses alimentos) e por último;

d) o consumo elevado de refrigerantes (28% da população consomem de cinco ou mais vezes na semana) (BRASIL, 2011d).

Em decorrência da necessidade de atender essa população, o Governo do Estado de Minas Gerais elaborou o programa da Rede Farmácia de Todos, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

3.1 Rede Farmácia de Todos em Belo Horizonte, Minas Gerais

O programa da Rede Farmácia de Todos em Minas Gerais foi formulado com objetivo de garantir a Assistência Farmacêutica em todo nosso Estado. É por meio dele que os medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) chegam a todos os mineiros. O diferencial deste novo modelo de Assistência Farmacêutica no Estado é que os seus investimentos procuram abarcar ações para além do fornecimento de medicamentos aos usuários do SUS, contemplando assim ações voltadas à clínica e também ao apoio aos municípios. Esse programa possui algumas ações que merecem destaques, como: a qualificação dos serviços farmacêuticos vinculados a rede de farmácias públicas, por meio do Programa do Cuidado Farmacêutico; a garantia do abastecimento regular de medicamentos essenciais aos serviços de saúde, por meio da Regionalização da Assistência Farmacêutica; a garantia da estrutura adequada para atendimento humanizado e armazenamento dos medicamentos, por meio da Rede Farmácia de Todos (MINAS GERAIS, 2017b).

Em Belo Horizonte, Minas Gerais, a solicitação de medicamentos no CEAF corresponde ao pleito do paciente ou de seu responsável na unidade da Rede Farmácia de

Todos – Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRSBH – SESMG), localizada na Avenida do Contorno, nº 8495, bairro Gutierrez. Assim, com o intuito de fazer a solicitação dos medicamentos a serem pleiteados no CEAF, o paciente ou seu responsável deverá cadastrar os seguintes documentos na Rede Farmácia de Todos: a) cópia do cartão nacional de saúde (CNS); b) cópia de documento de identidade; c) laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (LME), adequadamente preenchido; d) prescrição médica devidamente preenchida; e) documentos exigidos nos PCDT publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento a ser solicitado; e f) cópia do comprovante de residência. Após a entrega desses documentos devidamente preenchidos, com os exames e outros documentos exigidos conforme o PCDT do Ministério da Saúde para cada patologia sucederá a abertura do processo administrativo para a solicitação dos medicamentos pleiteados pelo paciente. Esse processo deverá ser encaminhado ao nível central da Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais, onde um profissional da área da saúde, designado pela Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais (SAF/SESMG) o avaliará tecnicamente e, quando adequado, o tratamento medicamentoso deverá ser autorizado para posterior dispensação do medicamento ao paciente na Rede Farmácia de Todos – SRSBH-SESMG (BRASIL, 2014d).

Portanto, o cadastro do paciente, avaliação, autorização, dispensação e a renovação da continuidade do tratamento são etapas de execução do CEAF, a logística operacional destas etapas é responsabilidade, em Minas Gerais, da Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde (SAF/SESMG) (BRASIL, 2014d).

Conforme vimos no sub tópico 2.2 acima, dos *"Componentes e Programas da Assistência Farmacêutica no SUS"*, os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente são divididos em três grupos. Todos os medicamentos dos Grupos 1 e 2 devem ser dispensados somente de acordo com as recomendações dos PCDT e para as doenças (definidas pelo CID-10) contempladas no CEAF. Já os medicamentos do Grupo 3 são medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados nos PCDT como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas pelo CEAF (BRASIL, 2013b). Portanto, esse grupo de medicamentos tem sua aquisição e dispensação de responsabilidade dos municípios sob

regulamentação da Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, que aprova a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL, 2014d).

3.2 Organização da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES/MG estabeleceu em seu organograma a divisão político–administrativa, sendo estruturada em 18 (dezoito) Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e 10 (dez) Gerências Regionais de Saúde (GRS), conforme a figura 1 abaixo (MINAS GERAIS, 2011b):

Figura 1 – Divisão do Estado de Minas Gerais em Gerências e Superintendências Regionais de Saúde.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2017).
Nota: Mapa das Regiões Ampliadas e Regiões definidas pelo Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG).

De acordo com a figura acima, pode-se visualizar que a Secretaria de Estado de Minas Gerais dividiu o Estado em 28 regiões, entre GRS (10) e SRS (18). As GRS são: Itabira, Ituiutaba, Januária, Leopoldina, Manhumirim, Pedra Azul, Pirapora, São João Del Rei,Ubá, Unaí. As SRS são: Alfenas, Barbacena, Belo Horizonte, Coronel Fabriciano,

Diamantina, Divinópolis, Governador Valadares, Juiz de Fora, Montes Claros, Passos, Patos de Minas, Ponte Nova, Pouso Alegre, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Uberaba, Uberlândia, Varginha.

Observa-se que esse instrumento de planejamento e gestão na área da saúde objetiva direcionar a descentralização com vistas à promoção de maior e mais acessibilidade dos usuários, considerando os princípios de equidade, integralidade e economia em escala.

Conforme o Art. 51 do Decreto nº 45.812 de 14 de dezembro de 2011 SES/MG, que dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, as Superintendências Regionais de Saúde deverão apoiar, implementar e monitorar as políticas e ações da saúde, fortificando a governança regional do Sistema Estadual de Saúde, a partir da definição das seguintes competências:

> I - coordenar, implementar, monitorar e avaliar as redes e ações de saúde, em todos os níveis de atenção, no âmbito regional;
> II - promover e fortalecer ações de vigilância em saúde articulando-se com os municípios, órgãos e instituições com as quais apresentem interfaces em saúde;
> III - coordenar, monitorar e acompanhar o sistema de regulação assistencial;
> IV - auxiliar os municípios na criação de uma identidade macro e microrregional, fortalecendo o sistema de governança e promovendo o alinhamento tático da gestão regional;
> V - gerenciar e executar as atividades de gestão de pessoas, de material, de patrimônio, de consumo, de administração orçamentária, contábil, financeira e de prestação de contas necessárias ao seu funcionamento; e
> VI - implantar, monitorar as ações de mobilização social em saúde na respectiva região.
> § 1º. As Superintendências Regionais de Saúde são identificadas, conforme abaixo, pela macrorregião de sua localização e do município sede e terão suas áreas de abrangência estabelecidas por Resolução do Secretário de Estado de Saúde:
> I - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Centro - Belo Horizonte;
> II - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Centro - Sete Lagoas;
> III - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Centro Sul – Barbacena;
> IV - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Jequitinhonha – Diamantina;
> V - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Leste - Coronel Fabriciano;
> VI - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Leste - Governador Valadares;
> VII - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Leste do Sul - Ponte Nova;

> VIII - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Nordeste - Teófilo Otoni;
> IX - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Noroeste - Patos de Minas;
> X - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Norte - Montes Claros;
> XI - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Oeste – Divinópolis;
> XII - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Sudeste - Juiz de Fora;
> XIII - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Sul – Alfenas;
> XIV - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Sul – Passos;
> XV - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Sul - Pouso Alegre;
> XVI - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Sul – Varginha;
> XVII - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Triângulo do Norte – Uberlândia; e
> XVIII - Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Triângulo do Sul – Uberaba.
> § 2º As Superintendências Regionais de Saúde sediadas em Barbacena, Belo Horizonte, Juiz de Fora, Montes Claros, Patos de Minas, Ponte Nova, Teófilo Otoni, e Uberlândia terão Gerências
> Regionais de Saúde vinculadas às suas estruturas (MINAS GERAIS 2011b).

Já as Gerências Regionais de Saúde, conforme estabelece o art. 52 do Decreto nº 45.812 de 14 de dezembro de 2011 SES/MG, devem apoiar as Superintendências Regionais de Saúde as quais são vinculadas, colaborando para uma melhor governança regionalizada do Sistema Estadual de Saúde. As suas competências e respectivas áreas de abrangência são estabelecidas por Resolução do Secretário de Estado de Saúde. As GRSs possuem suas sedes nos seguintes municípios:

> I - Gerência Regional de Saúde de Itabira vinculada à Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Centro - Belo Horizonte;
> II - Gerência Regional de Saúde de São João Del Rey vinculada à Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Centro Sul – Barbacena;
> III - Gerência Regional de Saúde de Manhumirim vinculada à Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Leste do Sul - Ponte Nova;
> IV - Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul vinculada à Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Nordeste - Teófilo Otoni;
> V - Gerência Regional de Saúde de Unaí vinculada à Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Noroeste - Patos de Minas;
> VI - Gerência Regional de Saúde de Januária vinculada à Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Norte - Montes Claros;
> VII - Gerência Regional de Saúde de Pirapora a Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Norte - Montes Claros;
> VIII - Gerência Regional de Saúde de Leopoldina vinculada à Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Sudeste - Juiz de Fora;

> IX - Gerência Regional de Saúde de Ubá vinculada à Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Sudeste - Juiz de Fora; e
> X - Gerência Regional de Saúde de Ituiutaba vinculada à Superintendência Regional de Saúde - Macrorregião Triângulo do Norte (MINAS GERAIS, 2011b).

À vista disso, as Superintendências e Gerências Regionais de Saúde possuem competências administrativas e técnicas, refletindo em sua jurisdição as políticas e diretrizes de promoção e descentralização das políticas públicas de saúde do Estado de Minas Gerais.

No que concerne ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), compete as Superintendências e Gerências Regionais de Saúde a recepção de toda a documentação exigida no cadastro dos solicitantes e no processo de análise que deverá ser enviada a Superintendência de Assistência Farmacêutica do nível central da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para encaminhamentos. Ao nível central cabe a análise documental e técnica para o deferimento ou não da solicitação conforme os Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas definidos pelo Ministério da Saúde para cada patologia (MINAS GERAIS 2017b).

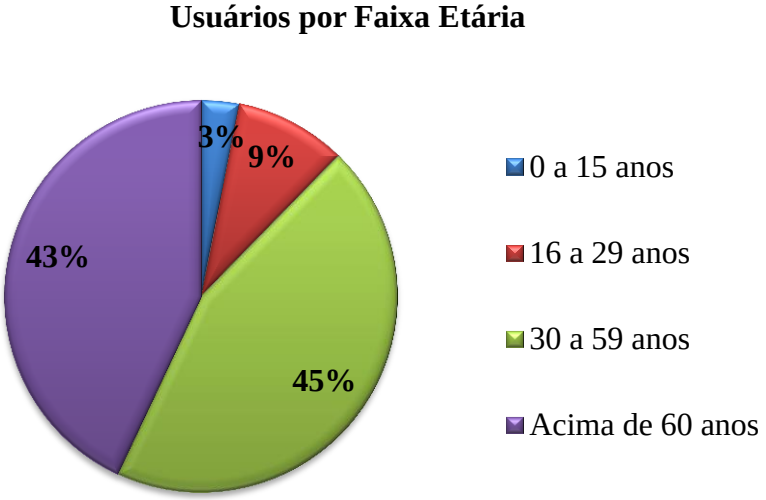
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS SOBRE AS DISPENSAÇÕES DE MEDICAMENTOS DO CEAF NA REDE FARMÁCIA DE TODOS DA SRSBH

As análises dos dados deste estudo serão apresentadas em relação a todas as dispensações de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) dispensadas na Rede Farmácia de Todos da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRSBH) - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG), referentes ao período de janeiro a junho 2016.

No período desse estudo foram registrados 65.409 (sessenta e cinco mil quatrocentos e nove) dispensações de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) na Rede da Farmácia de Todos da Regional de Saúde de Belo Horizonte/SESMG. Essas dispensações foram realizadas para atender 45.137 (quarenta e cinco mil e cento e trinta e sete) pacientes para o tratamento de diversas patologias. A maior parte desses usuários, ou seja, 56% são do sexo feminino (25.307 usuárias), contra 44% (19.830 usuários) do sexo masculino.

Observa-se, segundo o gráfico 1 abaixo, que há uma prevalência de usuários com faixa etária entre 30 a 59 anos e acima de 60 anos. A faixa etária de 30 a 59 anos corresponde a 19.130 usuários, isto é, 45,60%. Já os idosos, acima de 60 anos, representam 42,12%, o equivalente a 17.670 usuários. E entre as faixas etárias com menores representatividades estão os usuários com faixa etária entre 16 a 29 anos, representando 9,12%, sendo 3.826 usuários que apresentam idade entre zero a 15 anos, com apenas 3,16%, ou seja, 1.372 usuários.

Gráfico1 – Percentual de usuários ativos distribuídos por faixa etária – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG– Jan. - Jun. 2016.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
Elaboração: Próprio autor

Os resultados encontrados neste estudo corroboram com os resultados os obtidos por Acurcio *et al.* (2009) e Thies *et al.*(2010) que avaliaram o perfil dos usuários de medicamentos do CEAF no SUS. Eles encontraram em estudos equivalentes a este, que a maioria dos usuários era representada pelo sexo feminino, 63,54% e 58,52% respectivamente. Observaram também que a prevalência da faixa etária desses usuários encontrava-se entre 30 a 59 anos, 45,12% e 55,55%, e acima de 60 anos, 34,91% e 25,92%, respectivamente.

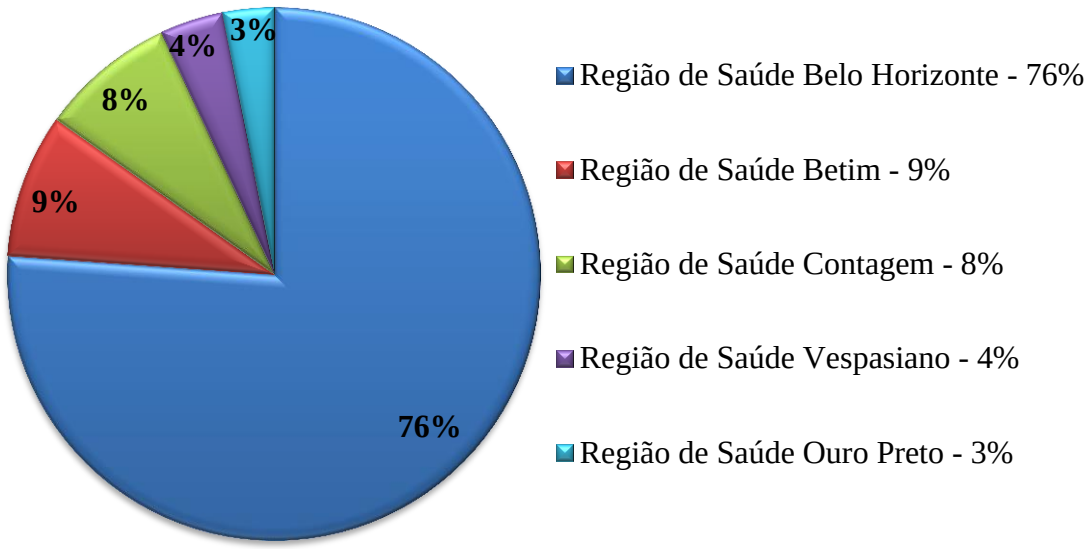
Constata-se, consoante ao gráfico acima, que a grande maioria dos usuários da Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG concentra-se na população adulta e idosa (45% e 43% respectivamente), totalizando 88% do total de usuários atendidos. Essas características acompanham o perfil da transição demográfica brasileira, conforme citado por Acurcio *et al.* (2009), como resultado das mudanças nos padrões epidemiológicos e demográficos que ocorrem no Brasil no século XX, isto é, há uma maior expectativa de vida ao nascer e uma maior proporção de números de mulheres. Essas mudanças ocorrem devidas há muitas perdas entre os homens jovens e adultos, causadas principalmente por violência, além da influência dos fatores sócios culturais e biológicos, e ainda pelo fato de que as mulheres procuram a assistência médica com mais freqüência do que os homens (DUARTE *et a.l*, 2013).

Do mesmo modo, pesquisadores renomados relatam em seus trabalhos que o sexo feminino e idades mais avançadas são características associadas a pessoas que mais procuram e utilizam os serviços de saúde (Capilheira, 2006; Lima-Costa, 2008). Segundo Lima e Loyola Filho (2008), o maior uso dos serviços de saúde por pessoas do sexo feminino poderia ser explicado também devido às mulheres perceberem suas necessidades de forma diferente dos homens, relatando mais queixas devido a doenças crônicas, mesmo que com menor gravidade, associado a isso a pré- disposição hormonal e genética.

Ademais, essa transição demográfica e epidemiológica também pode ser comprovada segundo dados da Pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgados em primeiro de janeiro de 2016, onde é revelado que a expectativa de vida do brasileiro nascido em 2015 aumentou 0,3 ano em comparação a 2014, passando de 75,2 para 75,5 anos. Essa pesquisa salienta ainda que as mulheres vivem em média 7,2 anos a mais que os homens. Além do mais, entre os anos de 1940 e 2015, o índice de expectativa de vida teve um aumento de 30 anos, ou seja, passou de 45,5 para 75,5 anos (BRASIL, 2016b).

Dos dados extraídos dos atendimentos realizados na Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG no período de janeiro a junho de 2016, em relação à origem das dispensações realizadas no CEAF, destaca-se a Região de Saúde de Belo Horizonte com o maior percentual de usuários dentre as outras Regiões de Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRSBH), correspondendo 76% (31.946) do total de usuários ativos da Rede Farmácia de Todos, conforme apresentado no apêndice A e gráfico 2 a seguir.

Gráfico2 – Percentual de usuários ativos distribuídos por Região de Saúde – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
Elaboração: Próprio autor

A cidade de Belo Horizonte, dentro das Regiões de Saúde da SRSBH/SESMG destaca-se por possuir a maioria dos usuários atendidos na Rede Farmácia de Todos da SRSBH em comparação aos usuários das demais cidades das demais Regiões de Saúde da SRSBH, como podemos perceber na Região de Saúde de Betim, de Contagem, de Ouro Preto e de Vespasiano (tab. 1).

Tabela 1 – Percentual de usuários ativos com os dados completos de endereços, distribuídos por Região de Saúde e por cidade – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.

Região de Saúde	Cidades	Porcentagem
Belo Horizonte	Belo Horizonte	83%
	Belo Vale	0%
	Caeté	1%
	Jaboticatubas	0%
	Moeda	0%
	Nova Lima	2%
	Nova União	0%
	Raposos	0%
	Ribeirão das Neves	6%
	Rio Acima	0%
	Sabará	3%
	Santa Luzia	4%
	Taquaraçu de Minas	0%
	Total de usuários	31.946
Betim	Betim	61%
	Bonfim	1%
	Brumadinho	9%
	Crucilândia	1%
	Esmeraldas	8%
	Florestal	1%
	Igarapé	5%
	Juatuba	3%
	Mário Campos	2%
	Mateus Leme	3%
	Piedade dos Gerais	1%
	Rio Manso	1%
	São Joaquim de Bicas	4%
	Total de usuários	3.665

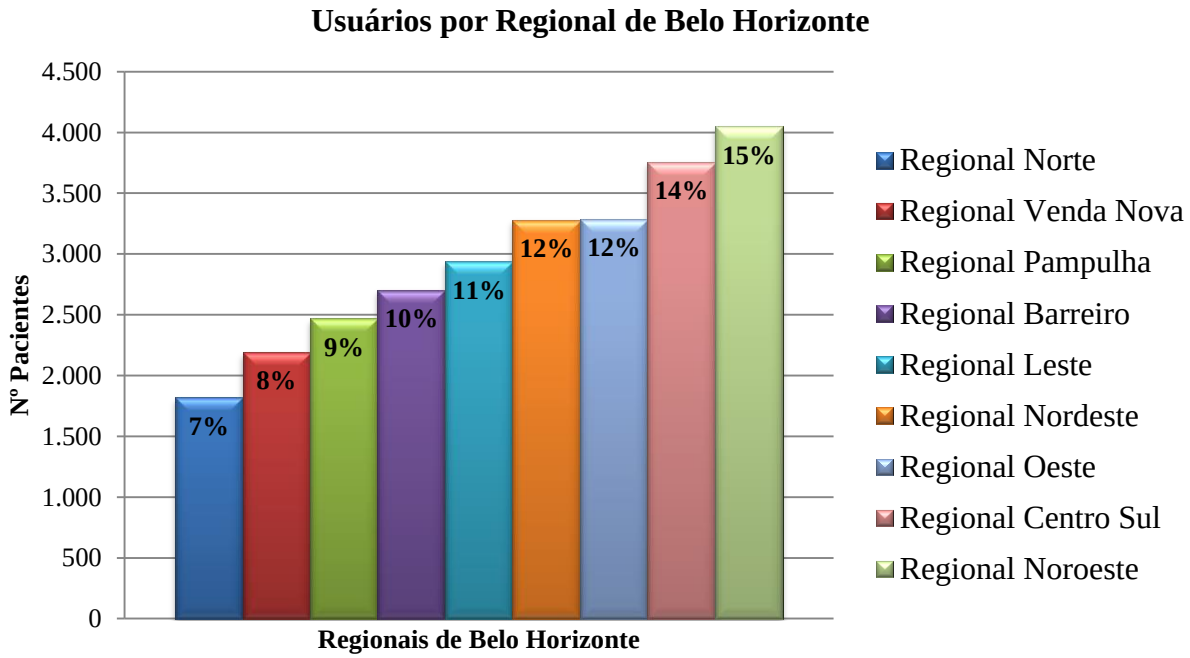
Contagem	Contagem	65%
	Ibirité	30%
	Sarzedo	5%
	Total de usuários	3.448
Ouro Preto	Itabirito	27%
	Mariana	30%
	Ouro Preto	43%
	Total de usuários	1.305
Vespasiano	Confins	3%
	Lagoa Santa	19%
	Matozinhos	10%
	Pedro Leopoldo	26%
	São José da Lapa	8%
	Santana do Riacho	1%
	Vespasiano	34%
	Total de usuários	1.604

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
Elaboração: Próprio autor

Percebe-se uma grande concentração de usuários na Região de Saúde de Belo Horizonte, ou melhor, 76% do total de usuários ativos, correspondendo a 31.946 usuários. Destaca-se a cidade de Belo Horizonte, com 26.496, ou seja, 63% dos usuários da SRSBH de um total de 41.968 usuários ativos cadastrados no sistema de informação da Rede Farmácia de Todos com os dados de endereço completo. Esse quantitativo grande de usuários pode-se justificar devido à maior divulgação e ao maior acesso dessa população às informações quanto a como fazer a solicitação dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) tanto por parte dos usuários, quanto por parte dos médicos prescritores.

Pode-se perceber, conforme gráfico 3 abaixo e apêndice B, que em Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, quando se analisa por regionais da cidade, a distribuição de usuários da Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG é predominante na regional Noroeste (15%), Centro Sul (14%), Oeste (12%) e Nordeste (12%).

Gráfico 3 – Percentual de usuários ativos distribuído por Regionais de Belo Horizonte – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.



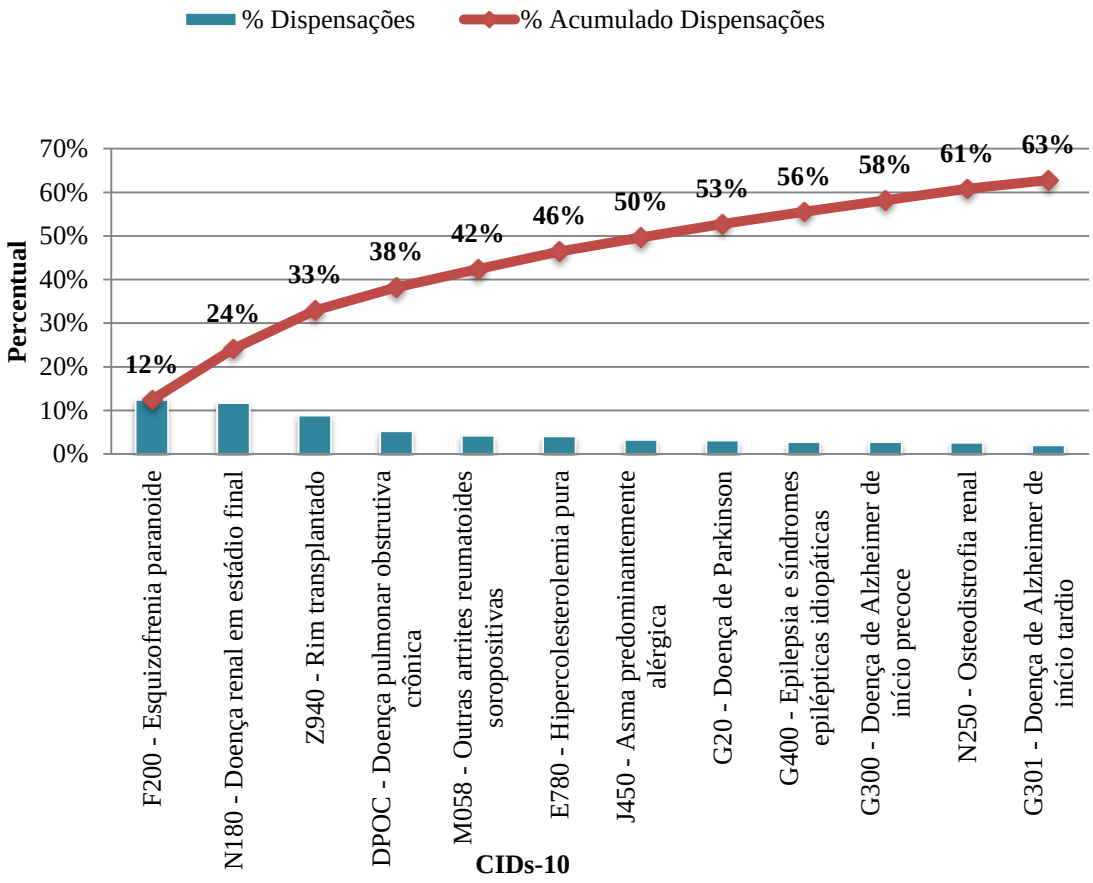
Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
Elaboração: Próprio autor

De acordo com o gráfico 3 acima, verifica-se que as regionais da cidade de Belo Horizonte que possuem maior número de usuários ativos na Rede Farmácia de Todos são as regionais que abrigam os bairros mais tradicionais da cidade. Além disso, essas regionais possuem algumas características importantes, ou seja, a regional que apresenta o maior número de usuários ativos, a Noroeste, abriga os bairros que se localizam no entorno da cidade planejada dentro da avenida do contorno. A regional Centro-Sul está situada no coração de Belo Horizonte, se destaca por ser caracterizada como um centro metropolitano, concentrando as mais importantes atividades comerciais e financeiras. Já a regional Oeste, além de possuir bairros tradicionais, apresenta-se também como uma área de expansão urbana, abrangendo os bairros Buritis e Estoril, que se tornaram um prolongamento da região Centro - Sul, já altamente congestionada em termos populacionais. E por fim, a regional Nordeste, que apresenta atividade econômica intensa na parte sul.

Dessa forma, podemos refletir que nas regionais da cidade de Belo Horizonte que apresentaram um maior número de usuários ativos na Rede Farmácia de Todos podem exibir esses números por serem regiões que abrigam bairros tradicionais da cidade, e, portanto, possuem um número consideravelmente maior de pessoas idosas. Além disso, essas regiões detêm importantes atividades econômicas e comercias, logo apresentam um número de pessoas adultas também elevado, facilitando, assim, a circulam de informações, principalmente a respeito das políticas públicas de saúde.

Ademais, outro dado importante que também que foi analisado nesse estudo foi referente à quantidade de dispensações realizadas na Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG em relação a todos os 232 CIDs-10 atendidos no programa do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), no período de janeiro a junho de 2016. (apêndice C). Dentre esses CIDs-10, observa-se que 12 deles representam quase 63% do total de dispensações de medicamentos na Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG. Destacam-se os CIDs-10 F200 - Esquizofrenia paranóide, N180 - Doença renal em estágio final e Z940 - Rim transplantado, os quais representam quase 33% do total das dispensações realizadas. O restante das dispensações, isto é, 67%, estão relacionadas aos outros 229 CIDs-10 atendidos na Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG (gráf. 4).

Gráfico 4 – Relação dos 12 principais CIDs-10 atendidos, relacionados com seu percentual e acumulado dispensações – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
Elaboração: Próprio autor

Conforme as categorias estabelecidas pelo CID-10, os diagnósticos mais prevalentes entre os usuários do programa CEAF da Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG estão agrupados no capítulo dos transtornos mentais e comportamentais, sendo evidenciado pelo diagnóstico de Esquizofrenia (12,45%), seguido pelo capítulo das doenças aparelho geniturinário, principalmente doenças renais (11,66%) e posteriormente pelo capítulo dos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, representado pelo diagnóstico de rins transplantados (8,85%), totalizando assim, esses três diagnósticos, em 33% do total de diagnósticos atendidos pelo CEAF na Rede Farmácia de Todos SRSBH/SSMG, no período estudado.

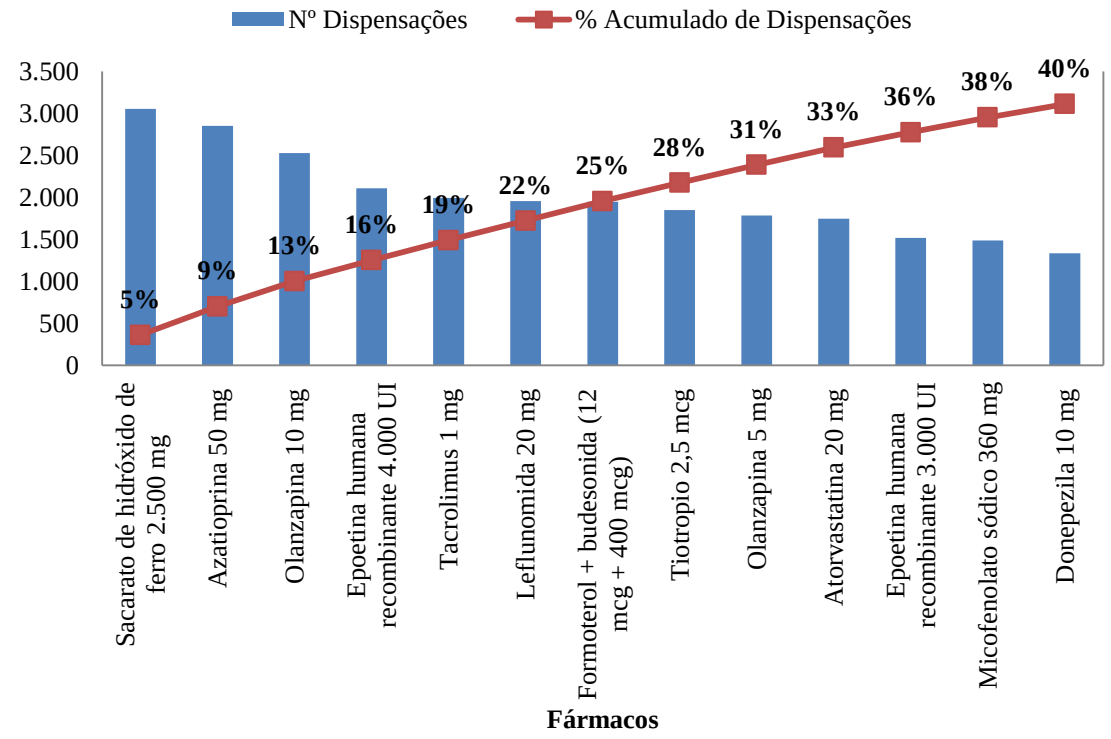
Os resultados encontrados obtidos no estudo realizado por Acurcio *et al.* (2009), se assemelham em alguns diagnósticos dos resultados encontrados neste estudo. Acurcio *et al. (*2009) observou que os diagnósticos mais prevalentes no início do tratamento entre os usuários do programa estão agrupados no capítulo das doenças do aparelho geniturinário (22,10%), seguido das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (21,69%) e das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (13,87%), estes três capítulos englobam 55,66% de todos os diagnósticos. Quando se refere às maiores prevalências das doenças, a doença renal em estágio final representa 9,22% dos diagnósticos, seguida de esquizofrenia paranóide, 6,52%, e osteoporose pós-menopáusica com fratura patológica 6,19%.

Já no estudo realizado por Thies *et al.* (2010) os principais diagnósticos foram associados a doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, principalmente dislipidemias, 22,22%, seguido de transtornos mentais e comportamentais, como a depressão 11,11%.

De acordo com o estudo realizado por Públio *et al.* (2014) quando analisou o perfil das solicitações de medicamentos de alto custo no SUS em Minas Gerais, verificou-se que 50% das solicitações de medicamentos no CEAF referiam-se a medicamentos para o tratamento de doenças do aparelho geniturinário (20,9%), sistema nervoso (14,4%) e para as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (13,16%), corroborando com os resultados encontrados nesse estudo e nos estudos citados acima. As doenças relacionadas a transtornos mentais e comportamentais representavam cerca de 7% das solicitações de medicamentos.

Dos 211 (duzentos e onze) medicamentos do CEAF disponíveis para dispensação na Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG, podemos destacar 13 desses que correspondem a 40% do total das dispensações realizadas, conforme se observa no gráfico 5 abaixo. Os outros 198 (cento e noventa e oito) medicamentos disponibilizados no CEAF correspondem a 60% das solicitações de todos os medicamentos dispensados na Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG, de acordo com o apêndice D.

Gráfico 5 – Relação dos 13 principais medicamentos dispensados, relacionados com seu quantitativo e o percentual acumulado de dispensações – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.

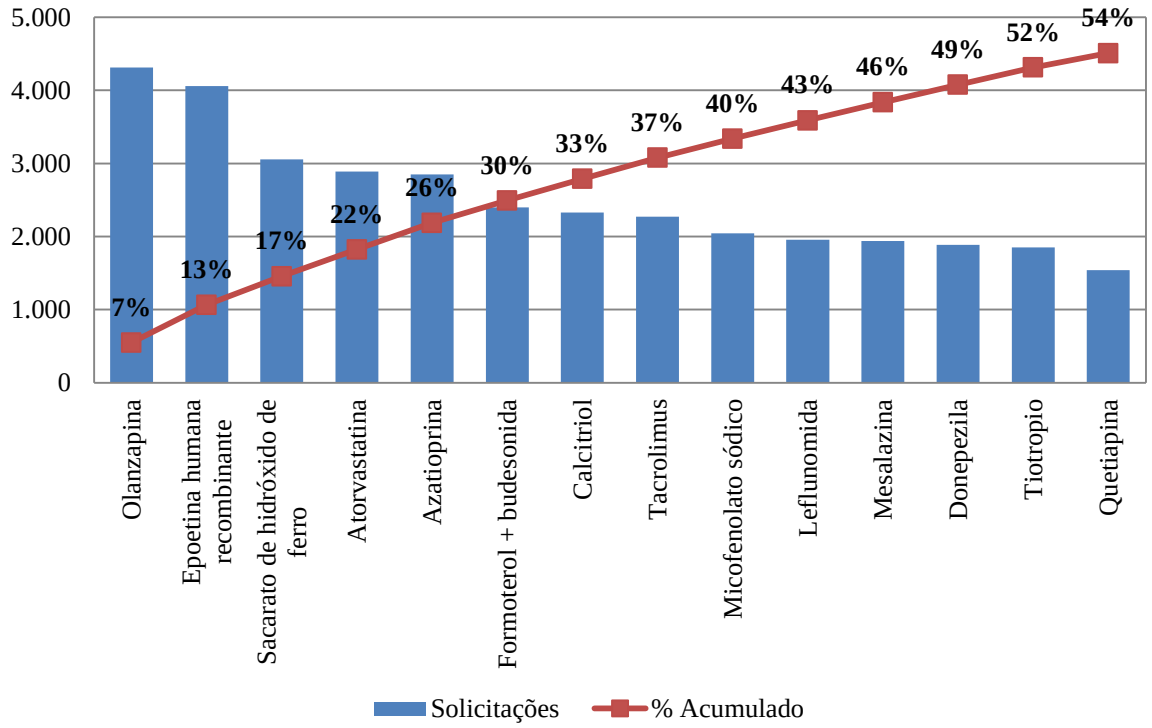


Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
Elaboração: Próprio autor

Os medicamentos mais dispensados aos pacientes da Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG no período de janeiro a junho de 2016 foram o sacarato de hidróxido de ferro, com 3.053 dispensações, representando 4,67% do total das dispensações, seguido da azatioprina com 2.851 dispensações (4,36%), olanzapina com 2.528 dispensações (3,86%) e epoetina humana recombinante com 2.109 dispensações (3,25%). Esses medicamentos, conforme a tabela da Relação de Medicamentos do CEAF disponibilizados pela SES/MG da Portaria GM/MS Nº 1554/2013, estão associados ao tratamento de doenças renais; transplantes de órgãos; transtornos mentais e comportamentais, respectivamente, corroborando assim com os achados encontrados neste estudo citados acima, referentes às patologias mais atendidas na Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG.

Este estudo também analisou o quantitativo de dispensações de todos os medicamentos disponíveis pelo CEAF na Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG, sem a especificação de suas apresentações farmacêuticas (apêndice E), que correspondem a 122 medicamentos disponibilizados. No gráfico 6 destacamos os 14 medicamentos mais dispensados na Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG.

Gráfico 6 – Relação dos 14 medicamentos mais dispensados sem especificação de suas apresentações farmacêuticas– Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
Elaboração: Próprio autor

Esses 14 medicamentos representam 54% do total de todos os medicamentos disponíveis para dispensação na Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG. Observa-se que quando analisamos os medicamentos sem levarmos em conta a sua apresentação farmacêutica, a olanzapina torna-se o medicamento mais dispensado, representando 7% das dispensações, seguido da epoetina alfa humana recombinante, com 6,2% e o sacarato de hidróxido de ferro com 4,66%.

Deste modo, nota-se que é importante analisar as dispensações dos medicamentos sem levar em conta a apresentação farmacêutica deste, pois quando comparamos os gráficos 5 e 6, constata-se que os medicamentos mais dispensados sofrem uma pequena modificação. A exemplo a olanzapina, que é dispensada em 2 apresentações farmacêuticas, sendo classificada como o medicamento mais dispensado pela análise do gráfico 6, e na figura 6 encontra-se na 3ª e 9ª posição.

Os resultados encontrados nesse estudo quanto aos medicamentos mais dispensados na Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, sem levar em conta a apresentação farmacêutica destes, se assemelham somente quanto ao medicamento eritropoetina humana recombinante quando comparado com os resultados encontrados por Acurcio *et al*. (2009), o qual verificou que os medicamentos mais utilizados pelo CEAF no Brasil. Acurcio verificou que os medicamentos mais dispensados foram a eritropoetina humana recombinante (11,86%), seguido do alendronato[1] (10,85%) e calcitriol (6,58%). O medicamento olanzapina ficou em quinta posição, com 4,42% e a azatioprina em oitava, com 3,7%. Esses medicamentos estão associados a tratamento de doenças renais, osteoporose, respectivamente.

Públio (2011) encontrou em seu estudo, que os medicamentos mais dispensados no CEAF em Minas Gerais foram a isotretionina (11%), seguida da alfapoetina (7%), atorvastatina (6%) e sacarato de hidróxido de ferro (6%).

Assim, podemos perceber que os medicamentos mais dispensados variam conforme a região estudada e também conforme o período de tempo estudado, isto se deve ao fato dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas formulados pelo Ministério da Saúde, estarem em constante atualização, sendo modificados continuamente o tratamento a ser seguido.

[1]O medicamento alendronato que na data do estudo de Acurcio et al. (2009) era disponibilizado pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) não faz mais parte do CEAF, conforme Portaria GM/MS Nº 1554/2013.

A partir dos dados dos medicamentos mais dispensados demonstrados no gráfico 6 acima, pode-se definir, conforme o quadro 1 abaixo, quais são as patologia mais atendida pelo CEAF da Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG. Essas patologias estão organizadas nesse quadro por ordem crescente, ou seja, da mais atendida para a menos atendida.

Quadro 1 – Relação dos 14 medicamentos mais dispensados sem especificação de suas apresentações farmacêuticas, relacionados às suas patologias atendidas pelo CEAF – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.

Medicamento	**Patologia Atendida no CEAF**
Olanzapina	Esquizofrenia; Transtornos Esquizoafetivos
Epoetina alfa humana recombinante	Insuficiência Renal Crônica; Hepatite Viral Crônica
Sacarato de hidróxido de ferro	Insuficiência Renal Crônica
Atorvastatina	Distúrbios do Metabolismo de Lipoproteínas e Outras Lipidemias
Azatioprina	Púrpura e Outras Afecções Hemorrágicas; Esclerose Múltipla; Miastenia Gravis e Outros Transtornos Neuromusculares; Inflamação Coriorretiniana; Doença de Crohn; Colite Ulcerativa; Outras Doenças Inflamatórias do Fígado; Lúpus Eritematoso; Artrite Reumatóide Soro-positiva; Artrite Juvenil; Lúpus Eritematoso Disseminado (sistêmico); Dermatopoliomiosite; Esclerose Sistêmica; Órgãos e Tecidos Transplantados

Continua

Conclusão

Formoterol + budesonida	Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas; Asma
Calcitriol	Hipoparatireoidismo; Transtornos Endócrinos e Metabólicos Pós-procedimentos; Insuficiência Renal Crônica; Transtornos Resultantes de Função Renal Tubular Alterada; Deficiência de Vitamina D; Seqüelas de Desnutrição e de Outras Deficiências Nutricionais; Osteoporose Com Fratura Patológica; Osteoporose em Doenças Classificadas em Outra Parte; Osteomalácia do Adulto;
Tacrolimus	Síndrome Nefrótica; Órgãos e Tecidos Transplantados
Micofenolato sódico	Órgãos e Tecidos Transplantados
Leflunomida	Artrites Reumatóides; Artropatias Psoriásicas e Enteropáticas; Artrite Juvenil
Mesalazina	Doença de Crohn; Colite Ulcerativa
Donepezila	Doença de Alzheimer
Quetiapina	Esquizofrenia; Transtornos Esquizoafetivos

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
Elaboração: Próprio autor

Quando analisamos o quadro 1 em relação ao gráfico 6, podemos constatar que as patologias mais atendidas na Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG são doenças relacionadas à saúde mental, como a esquizofrenia. Em seguida aparecem as doenças relacionadas à função renal e hepática, como a insuficiência renal crônica e hepatite viral

crônica, e as doenças relacionadas às disfunções metabólicas das lipoproteínas, como doenças lipidêmicas.

Esses resultados apresentados corroboram com os encontrados no estudo de Acurcio *et al.* (2009), que constatou que as patologias mais atendidas pelo CEAF no Brasil foram às doenças renais (9,22%), seguidas das doenças mentais (6,52%), osteoporose (6,19%) e disfunções metabólicas das lipoproteínas (4,34%).

Os resultados encontrados por Públio (2011), também se assemelham aos desse estudo, no qual encontrou em seu estudo, que as patologias mais atendidas CEAF em Minas Gerais foram às doenças renais (18%), seguida das doenças mentais (14%), disfunções metabólicas das lipoproteínas (9%).

5 CONCLUSÕES

A população brasileira nos últimos anos tem sofrido mudanças significativas no seu perfil demográfico e epidemiológico. Os índices de fecundidade e mortalidade de todas as regiões do País e principalmente em Minas Gerais reduziram drasticamente, provocando mudanças consideráveis na estrutura etária da população, ou seja, a população brasileira está passando por um período acelerado de envelhecimento. Além disso, os avanços da medicina e a continua melhoria nas condições de vida e saúde dos indivíduos propiciam um considerável aumento da expectativa de vida das pessoas.

Diante disso, há um declínio das mortes por doenças infecto-parasitárias agudas e um aumento em funções das doenças crônicas degenerativas que estão relacionadas à degeneração do organismo por meio do envelhecimento, como câncer e outras doenças cardiorrespiratórias. Sendo assim, o rápido envelhecimento da população gera relevantes desafios para a sociedade, pois é necessária uma maior preocupação nas condições para a manutenção da qualidade de vida da população idosa, fazendo com que as políticas públicas se voltem com intensidade para essa população, gerando grandes desafios para a sociedade e principalmente para os gestores públicos. Nesse contexto, torna-se importante um maior conhecimento da prevalência das doenças crônicas degenerativas, para assim se fazer uma boa gestão da publica da saúde.

Logo, no intuito de colaborar para o aperfeiçoamento da elaboração de políticas públicas de saúde no Estado de Minas Gerais, principalmente referente à Assistência Farmacêutica no SUS, o presente estudo objetivou identificar os medicamentos mais dispensados e as patologias associadas mais prevalentes na Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG, identificar o perfil demográfico e epidemiológico desses usuários, para assim melhorar a compreensão do uso dos medicamentos e da qualidade da atenção prestada a essa população, possibilitando intervenções mais direcionadas nas práticas de saúde, visando à garantia de acesso e o correto uso do medicamento.

Todavia, as informações produzidas por esse estudo e outros realizados nesse campo de pesquisa, como o de Acurcio *et al.* (2009), Thies *et al.* (2010), Públio (2011) e Públio *et al.* (2014), dentre outros, não são suficientes para a análise de toda a extensão e impacto da prevalência dessas doenças que requerem para o tratamento os medicamentos

dispensados pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), devido as suas diversas limitações, tais como demandas não atendidas e/ou atendimentos realizados na rede privada, dentre outras. Entretanto, os dados apresentados neste estudo produzem uma visão geral das prioridades em saúde para a Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG.

Portanto, os resultados encontrados neste estudo possibilitaram o começo da compreensão da utilização dos medicamentos disponibilizados pelo CEAF na Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG, permitindo um conhecimento, ainda que inicial, do perfil demográfico e epidemiológico desses usuários. Essas informações, associadas a outros estudos nessa área, poderão contribuir para os tomadores de decisão no que se refere ao planejamento das ações da Assistência Farmacêutica no SUS, principalmente, quanto ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, contribuindo para o melhoramento das ações prestadas aos usuários da Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG e no aprimoramento das políticas públicas de saúde, principalmente na gestão da Assistência Farmacêutica.

Sabe-se também que uma das principais barreiras de acesso à população em geral aos medicamentos que são disponibilizados aos usuários da Rede Farmácia de Todos SRSBH/SESMG é o seu custo muito elevado no mercado. Tal fato evidencia a relevância dos programas governamentais, principalmente o do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

Por outro lado, a eficácia na gestão dessa área, implica, além da disponibilidade de recursos financeiros para aquisição dos medicamentos, a organização dos serviços, e de forma especial, pessoal capacitado para coordenar as ações por ela desenvolvidas.

Portanto, uma preocupação importante de todos os gestores de saúde é o gerenciamento e organização desse programa com a garantia da sua eficácia, seja na distribuição e acesso ao medicamento, seja na gestão do custo do programa. Para promover um bom acesso a esses medicamentos, é necessário o conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico da população a ser atendida, a fim de manter atualizados os critérios de inclusão no programa do CEAF definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas elaborados pelo Ministério da Saúde. Além disso, é necessária a estruturação das redes de

atenção à saúde e a divulgação de informações referentes aos programas às todas as partes envolvidas, tais como os pacientes, médicos e profissionais de saúde (BRASIL, 2011a).

Ademais, nossas considerações revalidam ainda com as de Acurcio *et al.* (2009) e Thies *et al.(*2012), quando é relatado que há poucos estudos no Brasil os quais avaliaram o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, principalmente em Minas Gerais e enfatizado no indivíduo. Essa escassez de estudos nesta área prejudica a comparação dos dados obtidos, impedindo de sobremaneira a compreensão de algumas lacunas encontradas. Torna-se oportuna a realização de investigações que avaliem esse programa e contribua para uma melhor compreensão do perfil dos seus usuários, do uso de medicamentos e dos gastos a ele relacionados.

Conclui-se, portanto, que o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma importante fração da Assistência Farmacêutica do SUS, uma vez que proporciona o acesso a medicamentos de alto custo para tratamento integral de doenças de alta complexidade, representando um grande impacto financeiro na gestão da saúde no SUS. É importante que este programa esteja em constante transformação, aprimorando suas estratégias e instrumentos que garantam e ampliem o acesso da população aos serviços de saúde. Deste modo, deve-se procurar alternativas que reduzam o impacto financeiro com a aquisição desses medicamentos para não causar prejuízos a outras áreas da saúde pública.

REFERÊNCIAS

ACÚRCIO, F.A. et al. **Utilização de medicamentos por aposentados brasileiros: metodologia e resultados de cobertura de inquérito multicêntrico**. Cadernos de Saúde Pública. vol. 22, n.1, 2006.

_____.**Perfil demográfico e epidemiológico dos usuários de medicamentos de alto custo no Sistema Único de Saúde.** Revista Brasileira de estudos de populações. Vol. 26, nº 02. São Paulo. July/Dec, 2009.

BENNETT, S.; QUICK, J.; VELÁSQUEZ, G. **Public-private roles in the pharmaceutical sector: implications for equitable access and rational drug use.** World Health Organization, 1997. p. 28-34.

BERMUDEZ, Jorge A. Z; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; LUIZA, Vera Lúcia. **Assistência Farmacêutica**. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 761-793.

BONFIM, José Rubem de Alcântara. **O registro de produtos farmacêuticos novos: critérios para a promoção do uso racional de fármacos no Sistema Único de Saúde**. 2006. 207 f.

BRASIL**. Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 06 fev. 2017.

_____. **Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. **Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n° 3.916, de 30 de outubro de 1998.** Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, de 10 de novembro de 1998b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos (1999).** 6ª Reimpressão. 40p. II - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.25). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004.** Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004a.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004.** Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004b.

_____. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: **Relatório Final: Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização da assistência farmacêutica, com controle social**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 491, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa "Farmácia Popular do Brasil"**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de janeiro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 de novembro de 2009.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. 7 ed. Brasília, 2010b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS.** Brasília: CONASS, 2011. 186p. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011b. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011.** Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013.** Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013.** Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Componente Básico da Assistência Farmacêutica**. Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1055-sctie-raiz/daf-raiz/componente-basico-da-assistencia-farmaceutica/l1-componente-basico-da-assistencia-farmaceutica/15075-teste. 16 out, 2014a. Acesso em 21 mar.2017.

_____. Ministério da Saúde. **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.** Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1132-sctie-raiz/daf-raiz/cgafme/l1-cgafme/11722-apresentacao. 02 abr. 2014b. Acesso em 21 mar, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/838-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/l1-cgceaf/11640-portaria-gm-ms-n-1554-2013. 01 abr. 2014c. Acesso em 21 mar.2017

_____. Ministério da Saúde. **Acesso aos medicamentos CEAF.** Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/839-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/l2-cgceaf/11636-teste-artigo> 11 abr 2014d. Acesso em 10 mar.2017.

_____. 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. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS**. Brasília, 2014e. 163 p. : il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 228 p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Farmácia Popular do Brasil.** Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/l1-farmacia-popular/18008-programa-farmacia-popular-do-brasil> 09 jun 2015b. Acesso em: 21 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016a.** Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016.

_____.Portal do Brasil. **Expectativa de vida no Brasil**. 01 jan 2016b. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/governo/2016/12/expectativa-de-vida-no-brasil-sobe-para-75-5-anos-em-2015.Acesso em 22 mar 2017.

CAPILHEIRA, MF, Santos, IS. **Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos.** Rev. Saúde Pública, v. 40, n. 3, p. 436-443, 2006.

CARIAS, CM et al.**Medicamentos de dispensação excepcional: Histórico de gastos do Ministério da Saúde do Brasil**. Rev. Saúde Pública Vol.45, nº2, p:233-40, 2011;

CARVALHO, G. **Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, n. 69, p. 99-104, jan./abr. 2005.

DRUMMOND, Elislene Dias. **Acesso a medicamentos pela população adulta brasileira**. 2016. 92(f). Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou. Belo Horizonte, 2016.

DUARTE, JG 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, Rio de Janeiro. Vol. 23, nº 04. 2013.

IBGE 2015 - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA Estudos e Análises. Informações Demográficas e Socioeconômicas. Número 3. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI : subsídios para as projeções da população.** 2015. Rio de Janeiro.

JARAMILLO, N.M et al., **Atenção Farmacêutica no Brasil: Trilhando caminhos. Relatório de oficina de trabalho**. Fortaleza: Organização Pan Americana da Saúde, 2001.25 p.

LIMA-COSTA, MF, Loyola Filho, AI. **Fatores associados os uso e a satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na região metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil**. Epidemiol. Ser. Saúde, v. 17(4), p. 247-257, 2008.

LOPES, Flávia Alice Dias. **Análise da equidade da política nacional de medicamentos brasileira no período de 1998 a 2013**. 2016. 193(f). Dissertação de Mestrado. Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2016.
Louvison, MCP et al. Desigualdade no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos no município de São Paulo. Rev. Saúde Pública [on-line], v. 42, n. 4,p. 733-740.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. N. **Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, mar, 2011.

MALTA, D. C. **Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1535-1542, out. 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Componente Básico da Assistência Farmacêutica**. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/344-medicamentos-basicos-sesmg> 16 dez. 2011a. Atualizado 16 jun 2016. Acesso em 08 mar. 2017.

_____.**Decreto nº 45.812 de 14 de dezembro de 2011b**. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

_____.Secretaria de Estado de Saúde. **Institucional**. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/211-srs-belo-horizonte-sesmg 19 out.2012a. Atualizado 01 fev. 2017. Acesso em 20 fev. 2017.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Análise de situação de saúde Minas Gerais 2012.** Belo Horizonte. 2012b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/ANALISE%20DE%20SITUACaO%20DE%20SAUDE%20FINAL.pdf>. Acesso em 15 mar. 2017

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Medicamentos Estratégicos**. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/medicamentosestrategicos. 2017a. Acesso em 08 de março de 17.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Programa Estadual de Assistência Farmacêutica.** Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/servidor/programas-e-acoes/program/22-programa-estadual-de-assistencia-farmaceutica. 14 fev 2017b. Acesso em 15 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. CID-10 **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005. v.1.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS - **O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas: Contexto, desafios e perspectivas - Brasília.** Organização Pan-Americana de Saúde; Ministério da Saúde. 78 p. 2009.

PAIVA, Andrea Barreto de; SÁ, Edvaldo Batista de; BARROS, Elizabeth Diniz; SERVO, Luciana Mendes; STIVALI, Matheus; VIEIRA, Roberta da Silva; PIOLA, Sérgio Francisco. **Políticas Sociais – acompanhamento e análise.** Cap. 3, n. 23, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2015.

PAULA, P. A. B. et al. **Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade.**Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1111-1125, 2009.

PÚBLIO, R. N et al**. Perfil das solicitações de medicamentos de alto custo ao Sistema Único de Saúde em Minas Gerais**. Rev. Adm. Pública — Rio de Janeiro 48(6): 1567-1585, nov./dez. 2014

PÚBLIO, R. N. **Análise de solicitações de medicamentos excepcionais prescritos aos usuários de planos privados de saúde no Estado de Minas Gerais.** 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

RIBAS-FILHO, J. M. **O porquê dos altos custos na área médica e da saúde**. ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, 24(3) 189-190. 2011.

THIES, SF et al. **Perfil dos usuários da farmácia de alto custo e demandas judiciais atendidas, Sinop - Mato Grosso: dados parciais, ano 2010**. Revista Brasileira de farmácia. Vol. 93, nº 01. 2012.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION 2014.**Medicines in Health Systems: Advancing Access, Affordability and Appropriate Use. Geneva**, 2014.
World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010.Geneva: World Health Organization; 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Tabela do quantitativo de usuários ativos distribuídos por Região de Saúde – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.

Regiões de Saúde	Nº usuários	Porcentagem
Região de Saúde Belo Horizonte	31.946	76%
Região de Saúde Betim	3.665	9%
Região de Saúde Contagem	3.448	8%
Região de Saúde Ouro Preto	1.305	3%
Região de Saúde Vespasiano	1.604	4%
Total	41.968	100%

APÊNDICE B – Tabela do quantitativo de usuários por Regional da cidade Belo Horizonte – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.

Regionais de Belo Horizonte	Nº de Usuários	Porcentagem
Regional Norte	1.818	6,86%
Regional Venda Nova	2.192	8,27%
Regional Pampulha	2.469	9,32%
Regional Barreiro	2.706	10,21%
Regional Leste	2.938	11,09%
Regional Nordeste	3.282	12,39%
Regional Oeste	3.285	12,40%
Regional Centro Sul	3.757	14,18%
Regional Noroeste	4.049	15,28%
TOTAL	26.496	100%

APÊNDICE C – Tabela da relação de todos os CIDs-10 que são atendidos pelo CEAF em relação ao quantitativo e percentual de dispensações – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.

CID 10	Descrição da Doença	Nº Dispensações	Percentual
F200	Esquizofrenia paranoide	8.144	12,451%
N180	Doença renal em estádio final	7.629	11,663%
Z940	Rim transplantado	5.792	8,855%
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica	3.418	5,226%
M058	Outras artrites reumatoides soropositivas	2.742	4,192%
E780	Hipercolesterolemia pura	2.665	4,074%
J450	Asma predominantemente alérgica	2.115	3,233%
G20	Doença de Parkinson	2.014	3,079%
G400	Epilepsia e síndromes epilépticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal	1.788	2,734%
G300	Doença de Alzheimer de início precoce	1.770	2,706%
N250	Osteodistrofia renal	1.695	2,591%
G301	Doença de Alzheimer de início tardio	1.323	2,023%
K500	Doença de Crohn do intestino delgado	1.140	1,743%
B182	Hepatite viral c crônica	1.027	1,570%
E221	Hiperprolactinemia	970	1,483%
R521	Dor crônica intratável	939	1,436%
M328	Outras formas de lúpus eritematoso disseminado [sistêmico]	934	1,428%
M060	Artrite reumatoide soro-negativa	905	1,384%
K510	Enterocolite ulcerativa (crônica)	897	1,371%
G402	Epilepsia e síndromes epilépticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas	753	1,151%
G35	Esclerose múltipla	735	1,124%
L700	Acne vulgar	724	1,107%
B181	Hepatite crônica viral B sem agente Delta	597	0,913%

Continua

Continuação

L400	Psoríase vulgar	577	0,882%
Z944	Fígado transplantado	552	0,844%
M810	Osteoporose pós-menopáusica	499	0,763%
K513	Retossigmoidite ulcerativa (crônica)	498	0,761%
M45	Espondilite ancilosante	484	0,740%
K501	Doença de Crohn do intestino grosso	426	0,651%
M321	Lúpus eritematoso dissem.[sist.] Com comprometimento de outros órgãos e sistemas	424	0,648%
J440	Doença pulmonar obstrutiva crônica c/ infecção respiratória aguda trato resp. Inferior	351	0,537%
Z941	Coração transplantado	345	0,527%
E782	Hiperlipidemia mista	343	0,524%
D570	Anemia falciforme com crise	324	0,495%
G403	Epilepsia e síndromes epilépticas generalizadas idiopáticas	298	0,456%
R522	Outra dor crônica	295	0,451%
G408	Outras epilepsias	288	0,440%
M053	Artrite reumatóide com comprometimento de outros órgãos e sistemas	285	0,436%
G401	Epilepsia e síndromes epilépticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples	246	0,376%
G245	Blefaroespasmo	244	0,373%
M073	Outras artropatias psoriásicas	235	0,359%
G308	Outras formas de Doença de Alzheimer	231	0,353%
E232	Diabetes insípido	223	0,341%
K511	Ileocolite ulcerativa (crônica)	222	0,339%
G700	Miastenia gravis	215	0,329%
M068	Outras artrites reumatóides especificadas	213	0,326%
K508	Outras formas de doença de Crohn	209	0,320%
E833	Distúrbios do metabolismo do fósforo	208	0,318%

Continuação

E892	Hipoparatireoidismo pós-procedimento	197	0,301%
F201	Esquizofrenia hebefrênica	182	0,278%
K754	Hepatite autoimune	178	0,272%
E220	Acromegalia e gigantismo hipofisário	176	0,269%
K518	Outras colites ulcerativas	172	0,263%
J448	Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica	161	0,246%
F203	Esquizofrenia indiferenciada	157	0,240%
M050	Síndrome de Felty	152	0,232%
M080	Artrite reumatoide juvenil	151	0,231%
F205	Esquizofrenia residual	141	0,216%
G404	Outras epilepsias e síndromes epilépticas generalizadas	139	0,213%
D571	Anemia falciforme sem crise	136	0,208%
K515	Proctocolite mucosa	131	0,200%
E230	Hipopituitarismo	130	0,199%
G122	Doença do neurônio motor	126	0,193%
T454	Intoxicação por ferro e seus compostos	126	0,193%
E781	Hipergliceridemia pura	117	0,179%
K512	Proctite ulcerativa (crônica)	117	0,179%
L701	Acne conglobata	117	0,179%
M070	Artropatia psoriásica interfalagiana distal	115	0,176%
J458	Asma mista	105	0,161%
N040	Síndrome nefrótica - anormalidade glomerular minor	103	0,157%
G243	Torcicolo espasmódico	95	0,145%
I270	Hipertensão pulmonar primária	94	0,144%
F252	Transtorno Esquizoafetivo do tipo misto	89	0,136%
N041	Síndrome nefrótica - lesões glomerulares focais e segmentares	88	0,135%
I272	Outra hipertensão pulmonar secundária	85	0,130%

Continuação

E200	Hipoparatireoidismo idiopático	81	0,124%
G248	Outras distonias	79	0,121%
G405	Síndromes epilépticas especiais	78	0,119%
H301	Inflamação corioretiniana disseminada	72	0,110%
G406	Crise de grande mal, não especificada (com ou sem pequeno mal)	70	0,107%
M800	Osteoporose pós-menopáusica com fratura patológica	69	0,105%
Z948	Outros órgãos e tecidos transplantados	69	0,105%
E228	Outras hiperfunções da hipófise (Puberdade Precoce Central)	68	0,104%
F250	Transtorno Esquizoafetivo do tipo maníaco	67	0,102%
F251	Transtorno Esquizoafetivo do tipo depressivo	67	0,102%
E208	Outro hipoparatireoidismo	66	0,101%
E785	Hiperlipidemia não especificada	65	0,099%
E700	Fenilcetonúria clássica	63	0,096%
F208	Outras esquizofrenias	62	0,095%
E788	Outros distúrbios do metabolismo de lipoproteínas	58	0,089%
K860	Pancreatite crônica induzida por álcool	55	0,084%
D801	Hipogamaglobulinemia não familiar	53	0,081%
G244	Distonia orofacial idiopática	50	0,076%
G811	Hemiplegia espástica	48	0,073%
K861	Outras pancreatites crônicas	47	0,072%
K903	Esteatorréia pancreática	46	0,070%
M332	Polimiosite	46	0,070%
D250	Leiomioma submucoso do útero	45	0,069%
H300	Inflamação coriorretiniana focal	44	0,067%
G824	Tetraplegia espástica	43	0,066%
N258	Outros transtornos resultantes de função renal tubular alterada	43	0,066%

Continuação

E250	Transtornos adrenogenitais congênitos associados à deficiência enzimática	42	0,064%
M340	Esclerose sistêmica progressiva	42	0,064%
L408	Outras formas de psoríase	38	0,058%
D572	Transtornos falciformes heterozigóticos duplos	36	0,055%
E752	Outras esfingolipidoses - Doença de Gaucher	35	0,054%
F206	Esquizofrenia simples	35	0,054%
H308	Outras inflamações coriorretinianas	33	0,050%
L401	Psoríase pustulosa generalizada	32	0,049%
N803	Endometriose do peritônio pélvico	31	0,047%
Q960	Cariótipo 45, X	31	0,047%
D251	Leiomioma intramural do útero	30	0,046%
L708	Outras formas de acne	30	0,046%
E830	Distúrbios do metabolismo do cobre/Doença de Wilson	29	0,044%
G240	Distonia induzida por drogas	29	0,044%
M818	Outras osteoporoses	29	0,044%
E784	Outras hiperlipidemias	28	0,043%
J441	Doença pulmonar obstrutiva crônica c/ exacerbação aguda não especificada	28	0,043%
G242	Distonia não-familiar idiopática	27	0,041%
M331	Outras dermatomiosites	26	0,040%
F202	Esquizofrenia catatônica	24	0,037%
J451	Asma não Alérgica	24	0,037%
M801	Osteoporose pós-ooforectomia com fratura patológica	24	0,037%
M330	Dermatomiosite juvenil	22	0,034%
N042	Síndrome nefrótica - glomerulonefrite membranosa difusa	21	0,032%
D613	Anemia aplástica idiopática	19	0,029%

Continuação

G800	Paralisia cerebral espástica	19	0,029%
N801	Endometriose do ovário	19	0,029%
D806	Defic. De anticorpos com imunoglob. Próx. Do normal ou com hiperimunoglobulinemia	17	0,026%
K514	Pseudopolipose do cólon	17	0,026%
N048	Síndrome nefrótica – outras	17	0,026%
L930	Lúpus eritematoso discoide	16	0,024%
Q802	Ictiose lamelar	16	0,024%
E271	Insuficiência adrenocortical primária	15	0,023%
G241	Distonia familiar idiopática	15	0,023%
D800	Hipogamaglobulinemia hereditária	14	0,021%
E550	Raquitismo ativo	13	0,020%
F204	Depressão pós-esquizofrênica	13	0,020%
I200	Angina pectoris	13	0,020%
D693	Púrpura trombocitopênica idiopática	11	0,017%
G518	Outros transtornos do nervo facial	11	0,017%
M811	Osteoporose pós-ooforectomia	11	0,017%
N188	Outra insuficiência renal crônica	11	0,017%
Z942	Pulmão transplantado	11	0,017%
E201	Pseudo-hipoparatireoidismo	10	0,015%
E783	Hiperquilomicronemia	10	0,015%
M051	Doença reumatoide do pulmão	10	0,015%
M052	Vasculite reumatóide	10	0,015%
M814	Osteoporose induzida por drogas	10	0,015%
G821	Paraplegia esplástica	9	0,014%
N043	Síndrome nefrótica - glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa	9	0,014%
N804	Endometriose do septo retovaginal e da vagina	9	0,014%
M341	Síndrome CR (E) ST	8	0,012%
M815	Osteoporose idiopática	8	0,012%
N808	Outra endometriose	8	0,012%

Continuação

Q800	Ictiose vulgar	8	0,012%
Q808	Outras ictioses congênitas	8	0,012%
Q828	Outras malformações congênitas especificadas da pele	8	0,012%
D70	Agranulocitose	7	0,011%
G407	Pequeno mal não especificado, sem crises de grande mal	7	0,011%
M348	Outras formas de esclerose sistêmica	7	0,011%
M828	Osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte	7	0,011%
N805	Endometriose do intestino	7	0,011%
B180	Hepatite viral crônica B com agente Delta	6	0,009%
D252	Leiomioma subseroso do útero	6	0,009%
G610	Síndrome de Guillain-Barré	6	0,009%
L404	Psoríase gutata	6	0,009%
M802	Osteoporose de desuso com fratura patológica	6	0,009%
N800	Endometriose do útero	6	0,009%
D561	Talassemia beta	5	0,008%
D838	Outra imunodeficiência de variável comum	5	0,008%
E559	Deficiência não especificada de vitamina D	5	0,008%
E786	Deficiências de lipoproteínas	5	0,008%
H302	Ciclite posterior	5	0,008%
L931	Lúpus eritematoso cutâneo	5	0,008%
M808	Outras osteoporoses com fratura patológica	5	0,008%
M812	Osteoporose de desuso	5	0,008%
M816	Osteoporose localizada [Lequesne]	5	0,008%
E831	Doença do metabolismo do ferro	4	0,006%
M820	Osteoporose na mielomatose múltipla	4	0,006%
N044	Síndrome nefrótica - glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa	4	0,006%

Continuação

Sem CID		4	0,006%
D830	Imunodeficiência de variável comum com predominância de anormalidades do número e da função das células B	3	0,005%
G041	Paraplegia espástica tropical	3	0,005%
I228	Infarto recidivante do miocárdio de outras localizações	3	0,005%
M813	Osteoporose devida à má-absorção pós-cirúrgica	3	0,005%
D600	Aplasia pura adquirida crônica da série vermelha	2	0,003%
G801	Diplegia espástica	2	0,003%
I249	Doença isquêmica aguda do coração não especificada	2	0,003%
I690	Sequelas de hemorragia subaracnoídea	2	0,003%
I693	Sequelas de infarto cerebral	2	0,003%
J44	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	2	0,003%
M804	Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica	2	0,003%
M805	Osteoporose idiopática com fratura patológica	2	0,003%
M821	Osteoporose em distúrbios endócrinos	2	0,003%
M888	Doença de Paget de outros ossos	2	0,003%
N047	Síndrome nefrótica - glomerulonefrite difusa em crescente	2	0,003%
B160	Hepatite aguda B com agente Delta (co-infecção), com coma hepático	1	0,002%
D467	Outras síndromes mielodisplásicas	1	0,002%
D591	Outras anemias hemolíticas autoimunes	1	0,002%
D610	Anemia aplástica constitucional	1	0,002%

Continuação

D612	Anemia aplástica devida a outros agentes externos	1	0,002%
D618	Outras anemias aplásticas especificadas	1	0,002%
D803	Deficiência seletiva de subclasses de imunoglobulina G [igg]	1	0,002%
D807	Hipogamaglobulinemia transitória da infância	1	0,002%
D808	Outras imunodeficiências com predominância de defeitos de anticorpos	1	0,002%
E274	Outras insuficiências adrenocorticais e as não especificadas	1	0,002%
E643	Sequelas do raquitismo	1	0,002%
E841	Fibrose cística com manifestações intestinais	1	0,002%
I210	Infarto agudo transmural da parede anterior do miocárdio	1	0,002%
I213	Infarto agudo transmural do miocárdio de localização não especificada	1	0,002%
I219	Infarto agudo do miocárdio não especificado	1	0,002%
I220	Infarto recidivante do miocárdio da parede anterior	1	0,002%
I221	Hiperprolactinemia	1	0,002%
I248	Outras formas de doença isquêmica aguda do coração	1	0,002%
I698	Sequelas de outras doenças cerebrovasculares e das não especificadas	1	0,002%
J449	Doença pulmonar obstrutiva crônica não especificada	1	0,002%
L440	Pitiríase rubra pilar	1	0,002%
M023	Doença de Reiter	1	0,002%
M32	Lúpus eritematoso disseminado [sistêmico]	1	0,002%
M468	Outras espondilopatias inflamatórias específicas	1	0,002%

Conclusão

M833	Osteomalácia do adulto devido à desnutrição	1	0,002%
M838	Outra osteomalácia do adulto	1	0,002%
M880	Doença de Paget do crânio	1	0,002%
Q961	Cariótipo 46, X iso (Xq)	1	0,002%
Q963	Mosaicismo cromossômico, 45, X/46, XX ou XY	1	0,002%
Q964	Mosaicismo cromossômico, 45, X/outra(s) linhagens celular (es) com cromossomo sexual anormal	1	0,002%
B202	Doença pelo HIV resultando em doença citomegálica	0	0,000%
D820	Síndrome de Wiskott-Aldrich	0	0,000%
D841	Defeitos no sistema complemento – Angioedema Hereditário	0	0,000%
F311	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos	0	0,000%
T861	Falência ou rejeição de transplante de rim	0	0,000%
Z943	Coração e pulmões transplantados	0	0,000%

APÊNDICE D – Tabela da relação de todos os medicamentos, com suas doses, que são dispensados pelo CEAF com o quantitativo e percentual de suas dispensações– Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.

Medicamentos Disponíveis para dispensação no CEAF SRSBH/SESMG	**Nº Dispensações**	**% Dispensações**
Sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml	3.053	4,668%
Azatioprina 50 mg comp.	2.851	4,359%
Olanzapina 10 mg comp.	2.528	3,865%
Epoetina humana recombinante 4.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.	2.109	3,224%

Continua

Continuação

Tacrolimus1 mg cáps.	1.994	3,049%
Leflunomida 20 mg comp.	1.958	2,993%
Formoterol + budesonida (12 mcg + 400 mcg) pó p/inal. oral kit 60 dose	1.948	2,978%
Tiotropio 2,5 mcg spray oral	1.851	2,830%
Olanzapina5 mg comp.	1.785	2,729%
Atorvastatina 20 mg comp.	1.746	2,669%
Epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.	1.519	2,322%
Micofenolato sódico 360 mg comp. reves.	1.489	2,276%
Donepezila 10 mg comp.	1.337	2,044%
Calcitriol 0,25 mcg cáps.	1.247	1,906%
Salmeterol + fluticasona (25 mcg + 125 mcg) aerossol oral	1.189	1,818%
Adalimumabe 40 mg sol. Injetável	1.187	1,815%
Clozapina 100 mg comp.	1.182	1,807%
Lamotrigina 100 mg comp.	1.150	1,758%
Calcitriol1mcg/ml sol. injetável ampola 1 ml	1.081	1,653%
Atorvastatina 10 mg comp.	1.050	1,605%
Cabergolina 0,5 mg comp.	1.036	1,584%
Risperidona2 mg comp.	920	1,407%
Topiramato 100 mg comp.	887	1,356%
Isotretinoína 20 mg cáps.	837	1,280%
Mesalazina 500 mg comp.	729	1,115%
Metotrexato 2,5 mg comp.	705	1,078%
Hidroxicloroquina 400 mg comp. reves.	703	1,075%
Pramipexol1 mg comp.	685	1,047%
Quetiapina 200 mg comp. reves.	611	0,934%
Ciclosporina 50 mg cáps. micro.	606	0,926%
Mesalazina 400 mg comp.	576	0,881%
Quetiapina 100 mg comp. reves.	565	0,864%
Micofenolato sódico 180 mg comp. reves.	554	0,847%

Continuação

Donepezila5 mg comp.	550	0,841%
Ziprasidona 80 mg cáps.	512	0,783%
Hidroxiuréia 500 mg cáps.	501	0,766%
Pramipexol 0,25 mg comp.	482	0,737%
Toxina tipo A Clostridium botulinum 500 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.	480	0,734%
Sevelamer 800 mg comp. reves.	466	0,712%
Gabapentina 300 mg cáps.	450	0,688%
Sofosbuvir 400 mg comp. reves.	440	0,673%
Entacapona 200 mg comp. reves.	434	0,664%
Topiramato 50 mg comp.	430	0,657%
Ciclosporina 25 mg cáps. micro.	419	0,641%
Mofetila 500 mg comp.	415	0,634%
Etanercepte 50 mg sol. Injetável	408	0,624%
Sulfasalazina 500 mg comp.	408	0,624%
Epoetina alfa humana recombinante 2.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.	392	0,599%
Infliximabe 100 mg pó liofil. fr. amp.	352	0,538%
Galantamina ER 24 mg cáps. lib. pro.	339	0,518%
Metotrexato 25 mg/ml sol. injetável fr. amp. 2 ml	334	0,511%
Acitretina 25 mg cáps.	328	0,501%
Daclatasvir 60 mg comp. reves.	325	0,497%
Ciclosporina 100 mg cáps. micro.	321	0,491%
Raloxifeno 60 mg comp.	312	0,477%
Rivastigmina6 mg cáps.	312	0,477%
Rivastigmina2 mg/ml sol. Oral	301	0,460%
Tenofovir 300 mg comp. reves.	289	0,442%
Tacrolimus5 mg cáps.	278	0,425%
Acitretina 10 mg cáps.	270	0,413%
Mesalazina 1.000 mg sup.	269	0,411%
Ziprasidona 40 mg cáps.	269	0,411%

Continuação

Formoterol + budesonida (6 mcg + 200 mcg) pó p/inal. oral kit 60 dose	260	0,397%
Salmeterol + fluticasona (50 mcg + 250 mcg) pó p/inal. oral frasco 60 dose	254	0,388%
Amantadina 100 mg comp.	252	0,385%
Clobazam 10 mg comp.	249	0,381%
Clobazam 20 mg comp.	239	0,365%
Galantamina ER 16 mg cáps. lib. pro.	238	0,364%
Sirolimus2 mg drág.	237	0,362%
Entecavir 0,5 mg comp.	233	0,356%
Desmopressina 0,1 mg/ml sol. Nasal	223	0,341%
Quetiapina 300 mg comp. reves.	219	0,335%
Risedronato 35 mg comp.	213	0,326%
Topiramato 25 mg comp.	213	0,326%
Interferon beta 1a recombinante 12.000.000 UI 44 mcg/seringa pre sol. injetável seringa pre 0,5 ml	209	0,320%
Glatiramer 20 mg pó liofil. kit unitário 1 fr. amp.	200	0,306%
Codeína 30 mg comp.	199	0,304%
Toxina tipo A Clostridium botulinum 100 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.	199	0,304%
Mesalazina 800 mg comp.	196	0,300%
Formoterol + budesonida DPOC -(12 mcg + 400 mcg) /dose cáps. Inalante	192	0,294%
Formoterol 12 mcg/dose cáps.	189	0,289%
Golimumabe 50 mg Seringa Pre	185	0,283%
Lamotrigina 50 mg comp.	177	0,271%
Mesalazina 250 mg sup.	168	0,257%
Calcitonina sintética de salmão 200 UI/dose spray nasal frasco 15 dose	167	0,255%
Gabapentina 400 mg cáps.	167	0,255%
Sirolimus1 mg drág.	167	0,255%

Continuação

Morfina 30 mg comp.	164	0,251%
Fenofibrato 200 mg cáps.	163	0,249%
Vigabatrina 500 mg comp.	160	0,245%
Everolimo 0,5 mg comp.	157	0,240%
Everolimo1 mg comp.	150	0,229%
Ribavirina 250 mg cáps.	150	0,229%
Quetiapina 25 mg comp. reves.	145	0,222%
Risperidona1 mg comp.	144	0,220%
Morfina 10 mg comp.	134	0,205%
Somatrofina recombinante humana 12 UI sol. injetável ampola 1 sol. Injetável	132	0,202%
Riluzol 50 mg comp.	126	0,193%
Galantamina ER 8 mg cáps. lib. pro.	125	0,191%
Goserrelina 10,8 mg/seringa sol. injetável fr. amp.	125	0,191%
Rivastigmina 4,5 mg cáps.	122	0,187%
Lipase + amilase + protease (25.000 UI + 18.000 UI + 1.000 UI) cáps.	114	0,174%
Piridostigmina 60 mg comp.	109	0,167%
Imunoglobulina humana 5 g/fr. amp. sol. injetável fr. amp.	108	0,165%
Selegilina5 mg comp.	106	0,162%
Simeprevir 150 mg cáps.	105	0,161%
Ipratrópio frasco 200 doses 20 mcg spray oral	104	0,159%
Budesonida 200 mcg pó p/inal. oral kit com inal. 60 dose	102	0,156%
Interferon beta 1a 6.000.000 30 mcg caneta pre caneta 0,5 ml	102	0,156%
Clozapina 25 mg comp.	101	0,154%
Deferasirox 500 mg comp.	101	0,154%
Ciprofibrato 100 mg comp.	96	0,147%
Lamotrigina 25 mg comp.	95	0,145%
Sildenafil 20 mg comp.	94	0,144%
Atorvastatina 80 mg comp. reves.	92	0,141%

Continuação

Genfibrozila 900 mg comp. reves.	87	0,133%
Budesonida 400 mcg/dose pó p/inal. oral	78	0,119%
Ciclosporina 100 mg/ml sol. frasco 50 ml	74	0,113%
Metadona 10 mg comp.	73	0,112%
Metadona5 mg comp.	73	0,112%
Abatacepte 250 mg fr. amp.	65	0,099%
Natalizumabe 300 mg sol. Injetável	63	0,096%
Tocilizumabe 20 mg/ml fr. amp.	62	0,095%
Interferona beta 1b 9.600.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. 1 ml	59	0,090%
Fludrocortisona 0,1 mg comp.	58	0,089%
Octreotida 20 mg/ml sol. inj. mic. fr.amp.	57	0,087%
Bosentana 125 mg comp. reves.	55	0,084%
Lamivudina 150 mg comp.	53	0,081%
Certolizuma bepegol 200 mg/ml Seringa Pre	51	0,078%
Leuprorrelina 3,75 mg/ml pó p/sol. inj. fr.amp. 2 ml	51	0,078%
Pramipexol 0,125 mg comp.	50	0,076%
Interferon beta 1a 6.000.000 UI 22 mcg/seringa pó liofil. seringa 0,5 ml	49	0,075%
Pravastatina 40 mg comp.	48	0,073%
Calcipotriol pomada 50 mcg/g Bisnaga	47	0,072%
Complemento alimentar para fenilcetonuricos maior de 8 anos 500 g/ lata pó	42	0,064%
Fingolimode 0,5 mg cáps.	39	0,060%
Rituximabe 500 mg fr. amp.	37	0,057%
Epoetina humana recombinante 1.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.	36	0,055%
Lipase + amilase + protease - enzimas pancreáticas (10.000 UI + 8.000 UI + 600 UI) cáps. micro.	35	0,054%
Penicilamina 250 mg cáps.	35	0,054%
Isotretinoína 10 mg cáps.	34	0,052%

Continuação

Etanercepte 25 mg sol. Injetável	32	0,049%
Somatrofina4 UI/fr. amp. póliofil. fr.amp.	32	0,049%
Deferoxamina 500 mg/fr. amp. póliofil. fr.amp.	31	0,047%
Everolimo 0,75 mg comp.	31	0,047%
Imiglucerase 400 UI/fr. amp. póliofil.	31	0,047%
Octreotida 30 mg/ml sol. inj. mic. fr.amp.	31	0,047%
Goserrelina 3,6 mg/seringa sol. injetável seringa	29	0,044%
Leuprorrelina 11,25 mg pó p/sol. inj. fr.amp. 1 pó p/sol. inj.	24	0,037%
Clopidogrel 75 mg comp.	23	0,035%
Alfacalcidol1mcgcáps.gelatinosa	20	0,031%
Deferasirox 250 mg comp.	19	0,029%
Imunoglobulina humana anti-hepatite B 600 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.	18	0,028%
Ambrisentana 10 mg comp. reves.	17	0,026%
Alfacalcidol 0,25 mcg cáps. gelatinosa	16	0,024%
Complemento alimentar parafenilcetonuricos de 1 a 8 anos 500 g/ lata pó	15	0,023%
Etossuximida 50 mg/ml xarope frasco 120 ml	14	0,021%
Ipratropio 20 mcg aerossol	14	0,021%
Codeína 60 mg comp.	12	0,018%
Formoterol 12 mcg/dose cáps. inalante	12	0,018%
Naproxeno 250 mg comp.	11	0,017%
Octreotida 10 mg/ml sol. inj. mic. fr.amp.	10	0,015%
Bezafibrato 200 mg drág.	9	0,014%
Filgrastim 300 mcg sol. Injetável	8	0,012%
Adefovir 10 mg comp. frasco 30 comp.	7	0,011%
Ambrisentana5 mg comp. reves.	7	0,011%
Bromocriptina 2,5 mg comp.	7	0,011%
Morfina LC 30 mg cáps.	7	0,011%
Naproxeno 500 mg comp.	7	0,011%

Continuação

Sildenafila 25 mg comp.	7	0,011%
Bosentana 62,5 mg comp. reves.	6	0,009%
Complemento alimentar para fenilcetonuricos menores de 1 ano 500 g/ lata pó	6	0,009%
Salmeterol + fluticasona (25 mcg + 250 mcg) /dose aerossol	6	0,009%
interferon peguilado alfa 2a 180 mcg/fr. amp. sol. injetável fr. amp. 1 ml	5	0,008%
Lanreotida 120 mg Seringa Pre	5	0,008%
Budesonida 200 mcg aerossol oral frasco 100 dose	4	0,006%
Miglustate 100 mg cáps.	4	0,006%
Ciclofosfamida 50 mg drág.	3	0,005%
Clobetasol creme 0,5 mg/g Bisnaga	3	0,005%
Epoetina humana recombinante 10.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.	3	0,005%
Imunoglobulina humana anti-hepatite B 1.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.	3	0,005%
Morfina 10 mg/ml sol. injetável ampola 1 ml	3	0,005%
Morfina 10 mg/ml sol. Oral	3	0,005%
Daclatasvir 30 mg comp. reves.	2	0,003%
Imunoglobulina humana anti-hepatite B 100 UI sol. injetável fr. amp.	2	0,003%
Lanreotida 90 mg Seringa Pre	2	0,003%
Selegilina 10 mg comp.	2	0,003%
Sildenafil 50 mg comp.	2	0,003%
Deferiprona 500 mg comp.	1	0,002%
Fenoterol 100 mcg/dose spray frasco 200 dose	1	0,002%
Ganciclovir 500 mg/10ml pó p/sol. inj. fr.amp. 10 ml	1	0,002%
Interferon peguilado alfa 2b 100 mcg/fr. amp. póliofil. fr.amp. 0,7 ml	1	0,002%
Morfina LC 100 mg cáps.	1	0,002%
Primidona 100 mg comp.	1	0,002%

Conclusão

Salmeterol 50 mcg pó p/inal. oral frasco 60 dose	1	0,002%
Tolcapona 100 mg comp.	1	0,002%
Galantamina8 mg comp.	0	0,000%
Clobetasol Creme 0,5 mg/g Bisnaga	0	0,000%
Codeína 3 mg/ml sol. Oral	0	0,000%
Danazol 100 mg cáps.	0	0,000%
Deferasirox 125 mg comp.	0	0,000%
Entecavir1 mg comp.	0	0,000%
Imunoglobulina humana 2,5 g/fr. amp. pó p/sol. inj. fr.amp. 50 ml	0	0,000%
Interferon alfa 2b 5.000.000 UI/fr. amp. póliofil. amp. 1 ml	0	0,000%
Interferon peguilado alfa 2b 120 mcg/fr. amp. póliofil. fr.amp. 0,7 ml	0	0,000%
Interferon peguilado alfa 2b 80 mcg/fr. amp. pó p/sol. inj. fr.amp. 0,7 ml	0	0,000%
Interferona alfa 2b 3.000.000 UI pó liofil. fr.amp. 1 ml	0	0,000%
Morfina LC 60 mg cáps.	0	0,000%
Octreotida 0,1 mg/ml sol. injetável ampola 1 ml	0	0,000%
Sirolimus1 mg/ml sol. oral frasco 60 ml	0	0,000%
Telaprevir 375 mg comp.	0	0,000%

APÊNDICE E – Tabela da relação de todos os medicamentos, sem especificação da apresentação farmacêutica, dispensados pelo CEAF e o quantitativo e percentual das dispensações – Rede Farmácia de Todos da SRSBH/SESMG – Jan. - Jun. 2016.

Medicamento	Dispensações	%
Olanzapina	4.313	6,594%
Epoetina alfa humana recombinante	4.059	6,206%
Sacarato de hidróxido de ferro	3.053	4,668%

Continua

Continuação

Atorvastatina	2.888	4,415%
Azatioprina	2.851	4,359%
Formoterol + budesonida	2.400	3,669%
Calcitriol	2.328	3,559%
Tacrolimus	2.272	3,474%
Micofenolato sódico	2.043	3,123%
Leflunomida	1.958	2,993%
Mesalazina	1.938	2,963%
Donepezila	1.887	2,885%
Tiotropio	1.851	2,830%
Quetiapina	1.540	2,354%
Topiramato	1.530	2,339%
Salmeterol + fluticasona	1.449	2,215%
Lamotrigina	1.422	2,174%
Ciclosporina	1.420	2,171%
Clozapina	1.283	1,962%
Pramipexol	1.217	1,861%
Adalimumabe	1.187	1,815%
Risperidona	1.064	1,627%
Metotrexato	1.039	1,588%
Cabergolina	1.036	1,584%
Isotretinoína	871	1,332%
Ziprasidona	781	1,194%
Rivastigmina	735	1,124%
Hidroxicloroquina	703	1,075%
Galantamina	702	1,073%
Toxina tipo A Clostridium botulinum	679	1,038%
Gabapentina	617	0,943%
Acitretina	598	0,914%
Hidroxiuréia	501	0,766%
Clobazam	488	0,746%

Continuação

Sevelamer	466	0,712%
Etanercepte	440	0,673%
Sofosbuvir	440	0,673%
Entacapona	434	0,664%
Mofetila	415	0,634%
Sulfasalazina	408	0,624%
Sirolimus	404	0,618%
Interferon beta 1ª	360	0,550%
Infliximabe	352	0,538%
Everolimo	338	0,517%
Daclatasvir	327	0,500%
Morfina	312	0,477%
Raloxifeno	312	0,477%
Tenofovir	289	0,442%
Amantadina	252	0,385%
Entecavir	233	0,356%
Desmopressina	223	0,341%
Risedronato	213	0,326%
Codeína	211	0,323%
Formoterol	201	0,307%
Glatiramer	200	0,306%
Golimumabe	185	0,283%
Budesonida	184	0,281%
Calcitonina sintética de salmão	167	0,255%
Fenofibrato	163	0,249%
Vigabatrina	160	0,245%
Goserrelina	154	0,235%
Ribavirina	150	0,229%
Metadona	146	0,223%
Somatrofina recombinante humana	132	0,202%
Riluzol	126	0,193%

Continuação

Deferasirox	120	0,183%
Lipase + amilase + protease	114	0,174%
Piridostigmina	109	0,167%
Imunoglobulina humana	108	0,165%
Selegilina	108	0,165%
Simeprevir	105	0,161%
Ipratrópio	104	0,159%
Octreotida	98	0,150%
Ciprofibrato	96	0,147%
Sildenafil	96	0,147%
Genfibrozila	87	0,133%
Leuprorrelina	75	0,115%
Abatacepte	65	0,099%
Complemento alimentar para fenilcetonuricos	63	0,096%
Natalizumabe	63	0,096%
Tocilizumabe	62	0,095%
Bosentana	61	0,093%
Interferona beta 1b	59	0,090%
Fludrocortisona	58	0,089%
Lamivudina	53	0,081%
Certolizuma bepegol	51	0,078%
Pravastatina	48	0,073%
Calcipotriol	47	0,072%
Fingolimode	39	0,060%
Rituximabe	37	0,057%
Alfacalcidol	36	0,055%
Lipase + amilase + protease - enzimas pancreáticas	35	0,054%
Penicilamina	35	0,054%
Somatrofina	32	0,049%
Deferoxamina	31	0,047%
Imiglucerase	31	0,047%

Conclusão

Ambrisentana	24	0,037%
Clopidogrel	23	0,035%
Imunoglobulina humana anti-hepatite B	23	0,035%
Naproxeno	18	0,028%
Etossuximida	14	0,021%
Ipratropio	14	0,021%
Bezafibrato	9	0,014%
Filgrastim	8	0,012%
Adefovir	7	0,011%
Bromocriptina	7	0,011%
Lanreotida	7	0,011%
Sildenafila	7	0,011%
interferon peguilado alfa 2a	5	0,008%
Miglustate	4	0,006%
Ciclofosfamida	3	0,005%
Clobetasol	3	0,005%
Deferiprona	1	0,002%
Fenoterol	1	0,002%
Ganciclovir	1	0,002%
Interferon peguilado alfa 2b	1	0,002%
Primidona	1	0,002%
Salmeterol	1	0,002%
Tolcapona	1	0,002%
Danazol	0	0,000%
Interferon alfa 2b	0	0,000%
Telaprevir	0	0,000%