

Cláudia Du Bocage Santos
Pinto¹

Elaine Silva Miranda¹

Isabel Cristina Martins
Emmerick¹

Nilson do Rosário Costa^{II}

Claudia Garcia Serpa Osorio de
Castro^{II}

Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil

Medicine prices and availability in the Brazilian Popular Pharmacy Program

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o desempenho do Programa Farmácia Popular do Brasil perante os setores público e privado, em relação a: disponibilidade, preço e custo, para o paciente, de medicamentos para hipertensão e diabetes.

MÉTODOS: Foi utilizada a metodologia desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde em conjunto com a Ação Internacional para Saúde, para comparação de preços e disponibilidade de medicamentos. A pesquisa foi aplicada em maio de 2007, em estabelecimentos de diferentes setores [público, privado e as modalidades própria (FPB-P) e expansão (FPB-E) do Programa], em 30 municípios do Brasil. Os quatro medicamentos analisados foram: captopril 25mg e hidroclorotiazida 25mg, para hipertensão, e metformina 500mg e glibenclamida 5mg, para diabetes.

RESULTADOS: O FPB-E apresentou maior disponibilidade de medicamentos e o setor público, a menor. Tanto no setor público quanto na FPB-P o percentual de disponibilidade de similares foi maior que o de genéricos. A comparação de preços entre os setores mostrou menor preço de aquisição no FPB-E, seguido pelo FPB-P. O FPB-E apresentou economia superior a 90% em relação ao setor privado. O número de dias de trabalho necessários para aquisição de tratamentos para hipertensão e diabetes foi menor no FPB-E.

CONCLUSÕES: A menor disponibilidade encontrada no setor público pode ser uma das justificativas para migração dos usuários do setor público para o FPB. Os altos preços praticados pelo setor privado também contribuem para que o Programa seja uma alternativa de acesso a medicamentos no País.

DESCRIPTORIOS: Preço de Medicamento. Medicamentos Essenciais. Setor Público. Setor Privado.

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} ENSP-Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Cláudia Du Bocage Santos Pinto
Núcleo de Assistência Farmacêutica
ENSP/Fiocruz
R. Leopoldo Bulhões, 1480 - sala 629
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: clabocage@fiocruz.br

Recebido: 25/6/2009
Aprovado: 5/2/2010

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the performance of the *Programa Farmácia Popular do Brasil* (FPB – Brazilian Popular Pharmacy Program) in the public and private sectors, in terms of availability and cost of medicines for hypertension and diabetes.

METHODS: The methodology developed by the World Health Organization, in partnership with the Health Action International, was used to compare medicines prices and availability. This study was performed in May 2007, in different sectors (public, private and the Program's government-managed [FPB-P] and private-sector-managed [FPB-E] categories), in 30 cities in Brazil. A total of four medicines were analyzed: captopril 25mg and hydrochlorothiazide 25mg for hypertension; and metformin 500mg and glibenclamide 5mg for diabetes.

RESULTS: FPB-E showed greatest medicine availability, while the public sector the lowest. The percentage of availability of similar medicines was higher than that of generic medicines, both in the public sector and in the FPB-P. Comparison of prices among sectors showed a lower purchase price in the FPB-E, followed by the FPB-P. The FPB-E charged prices that were over 90% cheaper than those in the private sector. The number of working days required to obtain treatment for hypertension and diabetes were fewer in the FPB-E.

CONCLUSIONS: The lower availability found in the public sector could be one of the reasons for the migration of users from the public sector to the FPB. The high prices in the private sector also contribute for this Program to be an alternative of medicine access in Brazil.

DESCRIPTORS: Drug Price. Drugs, Essential. Public Sector. Private Sector.

INTRODUÇÃO

Hipertensão e diabetes são importantes fatores de risco para desenvolvimento e agravamento de doenças cardiovasculares.⁶ No Brasil, constituem a principal causa de morbidade e mortalidade, tendo elevado impacto econômico individual e para os sistemas de saúde.^{11,a}

O fornecimento gratuito pelo governo e o pagamento direto pelos usuários são as mais representativas formas de provisão de medicamentos no País. Entre 2003 e 2007, houve aumento de 144% nas despesas do governo federal com medicamentos de distribuição gratuita.^b Em 2003, os gastos com medicamentos representavam aproximadamente 75% dos gastos com saúde das famílias de baixa renda.^c

Em 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB) surgiu como modalidade de co-pagamento. O modelo próprio (FPB-P) é gerido pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por convênios firmados com parceiros públicos ou privados sem fins lucrativos. O valor é único para cada medicamento e o mesmo para todas as 407¹² (em 2007) unidades próprias do País. A lista de medicamentos é composta por 107 itens, representando 96 fármacos.^d

O modelo expansão (FPB-E), de 2006, é responsável pela capilaridade do Programa. O MS credencia farmácias privadas que oferecem medicamentos de seu estoque próprio. Em 2007, 13 medicamentos

^a Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*. Manual de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* [Internet]. Brasília, DF; 2001 [citado 2008 maio 20]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>

^b Vieira FS, Mendes ACR. Evolução dos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva; 2007 [citado 2008 maio 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo_gasto_medicamentos.pdf

^c Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2003. Rio de Janeiro; 2003 [citado 2008 maio 06]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2003/default.shtm>

^d Ministério da Saúde. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, DF [citado 2008 maio 14]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tabela_farmaciapopular_abril08.pdf

direcionados para algumas condições de morbidade^e eram oferecidos em mais de 4.300 farmácias credenciadas. A expectativa é que metade das 50 mil farmácias comerciais existentes no País seja credenciada.^f

No FPB-E podem ser escolhidas versões referência, genérica ou similar disponíveis. Os valores pagos pelo usuário variam em função da versão e do preço praticado, calculado com base em valor de referência (VR) estabelecido para cada medicamento. Quando o valor de venda for igual ou maior que o VR, o governo paga 90% do VR; quando menor, paga 90% do valor de venda.^g

O objetivo do presente artigo foi avaliar o desempenho do FPB em relação aos setores público e privado, por meio de comparação de: disponibilidade de medicamentos entre o setor público, FPB-P e FPB-E; preços e percentual de economia; e estimativa de dias de trabalho necessários para aquisição de tratamentos para hipertensão ou diabetes, no setor privado, FPB-P e FPB-E.

MÉTODOS

Esta análise é parte de estudo transversal que utilizou metodologia da Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com a Ação Internacional para Saúde (AIS). O estudo foi adaptado à realidade brasileira, aplicado pela primeira vez em âmbito nacional em maio de 2007, e será referido doravante como o estudo OMS/AIS brasileiro.

O estudo OMS/AIS brasileiro teve por objetivo coletar dados sobre preços e disponibilidade de medicamentos em diferentes pontos dos setores do sistema de saúde no País.¹⁴ Os municípios incluídos foram selecionados por meio de um processo de amostragem intencional, buscando incluir em uma mesma região distintos cenários, sem pretensão de representatividade nacional ou por setor. A seleção de municípios e unidades visitadas em cada município não considerou população ou número de unidades públicas ou privadas existentes. O número de estabelecimentos visitados em todos os setores seguiu critérios descritos em outro estudo.¹⁰ Não houve perdas em relação aos pontos de observação visitados. Ao todo foram 182 unidades visitadas, em 30 municípios do País: 30 públicas, 101 privadas, 25 FPB-P e 26 FPB-E.

Todas as unidades FPB-P nos municípios selecionados foram visitadas e, para completar o número máximo de cinco unidades, incluíam-se as unidades de FPB-E.

O critério de seleção dos medicamentos foi que eles estivessem presentes em todos os setores. A lista do FPB-P é composta de sete medicamentos para tratamento de hipertensão e de dois para o tratamento de diabetes.^d O elenco da FPB-E engloba cinco medicamentos para hipertensão e quatro para diabetes.^e Foram selecionados quatro medicamentos presentes tanto na lista do estudo OMS/AIS brasileiro quanto nos FPB-P e FPB-E, todos na forma farmacêutica comprimido: captopril 25mg e hidroclorotiazida 25mg, para hipertensão, e metformina 500mg e glibenclamida 5mg, para diabetes.

A caracterização de medicamento de referência, genérico e similar adotou as definições das versões constantes na normativa legal.^b

A disponibilidade foi definida como a presença de pelo menos uma unidade do medicamento na unidade/estabelecimento visitado, variando entre 0 (não disponível) e 1 (disponível). Para o cálculo da disponibilidade média por versão foram feitos somatórios dos valores de disponibilidade de cada versão do medicamento, nas unidades, e os totais divididos pelo número de unidades ou estabelecimentos visitados por setor. Para a disponibilidade “geral” atribuiu-se disponibilidade 1 à presença de qualquer versão do medicamento, procedendo-se ao cálculo da mesma forma.

A disponibilidade no setor público foi examinada nos almoxarifados centrais dos municípios; no caso de municípios que não possuíam almoxarifado central, buscou-se diretamente nas unidades de saúde.

O perfil da população usuária e esquema terapêutico utilizado não foram investigados. Por isso a presença de ambos os medicamentos para cada condição de morbidade foi entendida como necessária. Considerou-se “tratamento disponível” apenas quando ambos os medicamentos estavam presentes simultaneamente na unidade. O cálculo foi realizado da mesma forma anterior.

Foram coletados os valores pagos pelos usuários no momento da compra. No caso do FPB-P, os preços padronizados encontram-se disponíveis no *site* do Programa. No FPB-E foram coletados os preços de venda praticados pelo estabelecimento, para posterior cálculo do valor final, com base no valor de referência e critérios estabelecidos pelo FPB.

A metodologia OMS/AIS preconiza que sejam coletados o menor e o maior preço de cada medicamento

^e Ministério da Saúde. Portaria nº 1414, de 13 de junho de 2007. Altera a Portaria nº 491, de 9 de março de 2006, que dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. [citado 2008 maio 14]. Disponível em: http://www.conass.org.br/admin/arquivos/PORTARIA_GM_NR_1414_15_JUNHO_2007.pdf

^f Ministério da Saúde. Acordo com CEF aperfeiçoar programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, DF; 2007 [citado 2008 jun 09]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=34677

^g Ministério da Saúde. Portaria nº 491, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. [citado 2008 outubro 02]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria-491-2006.pdf>

^b Brasil. Lei nº. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº. 6.360, de 26 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília, DF; 1999 [citado 2008 nov 05]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9787.htm

da lista, em cada estabelecimento visitado. Na presente análise foram considerados apenas os menores preços, representando assim a possibilidade de aquisição do medicamento mais barato em cada setor pesquisado. Foram analisados a distribuição dos menores preços coletados em cada setor e o intervalo de variação entre mínimos e máximos; optou-se por utilizar a mediana dos menores preços para evitar a interferência de valores extremos na análise. Calculou-se também o percentual de economia da aquisição dos medicamentos entre setores, dada pela razão entre as medianas dos setores com menor e com maior preço.

Foi calculada a despesa mensal individual com o tratamento para hipertensão e diabetes, com cada um dos medicamentos, isoladamente, tendo como base a mediana dos menores preços encontrados em cada setor. Os esquemas terapêuticos basearam-se no Formulário Terapêutico Nacional.ⁱ

Analisou-se quanto esse valor de tratamento representaria, em dias de trabalho, para o trabalhador que recebe um salário mínimo mensal. Utilizou-se o salário mínimo federal, pois os valores variam tanto entre Estados^j quanto entre as categorias profissionais dentro dos estados. O valor do preço mediano de despesa com o tratamento foi dividido pelo valor do salário mínimo federal diário de R\$ 12,67 (maio 2007).^k

Os resultados foram tabulados e analisados em planilha eletrônica.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz (Processo 88/06, CAAE: 0083.0.031.000-06) em 9/10/2006. Os estabelecimentos visitados foram pesquisados mediante assinatura de termo de consentimento pelos responsáveis.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra os resultados da análise de disponibilidade. O FPB-E mostrou maior disponibilidade geral (100%) para todos os medicamentos entre os setores pesquisados. Para as versões referência e genérico, os percentuais de disponibilidade no FPB-E também foram os mais altos entre os setores, para todos os medicamentos.

No FPB-P a disponibilidade geral foi alta, mas variou quanto à disponibilidade para as diferentes versões dos medicamentos. A disponibilidade de metformina

versões referência (4,0%) e similar (16,0%) foi pequena; no entanto, para a versão genérica foi de 80,0%, contrastando com a disponibilidade de versões genéricas dos demais medicamentos, que foi nula.

O setor público apresentou os menores percentuais de disponibilidade geral; o resultado baixo para metformina (23,3%) parece ser reflexo de falta de disponibilidade tanto da sua versão referência (0%) como genérica (3,3%) ou similar (20,0%). De modo geral a disponibilidade dos medicamentos selecionados na versão genérica foi baixa, variando de nula para os medicamentos para hipertensão a 3,3% para os medicamentos para diabetes.

Com relação à disponibilidade de tratamentos para as duas condições de morbidade, a FPB-E apresentou a maior disponibilidade de tratamento para hipertensão e diabetes (100% para ambos), seguida por FPB-P (96,0% e 100%, respectivamente) e pelo setor público (86,6% e 23,3%, respectivamente).

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise de preços. Dependendo do setor, houve diferentes faixas de variação dos menores preços. No FPB-P a variação é nula. No FPB-E, a maior variação nos preços foi da metformina, e menor para hidroclorotiazida e glibenclamida. No setor privado, a faixa de variação foi menor; a maior variação foi do captopril e a menor dos medicamentos para diabetes.

Os menores preços para todos os medicamentos foram encontrados na FPB-E, enquanto o setor privado praticou os maiores preços. Ainda, em que pesem os preços tabelados, o desempenho do FPB-P para os quatro medicamentos foi inferior ao da FPB-E, com medianas de menores preços mais altas. Em todos os setores, a hidroclorotiazida foi o medicamento mais barato.

O percentual de economia para compra dos medicamentos para hipertensão e diabetes, levando-se em conta a mediana dos menores preços, em relação ao setor privado, foi superior a 60% para todos os medicamentos no FPB-P, enquanto no FPB-E a economia variou entre 89,6% e 92,3%. O medicamento com maior diferença de preço entre setores foi a metformina, que no setor privado apresentou menor preço 92,3% maior do que na FPB-E.

Para despesas com tratamento de hipertensão, um trabalhador, recebendo um salário mínimo federal por mês, necessitaria de cerca de três dias de trabalho para

ⁱ Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2008: Rename 2006. Brasília, DF; 2008 [citado 2008 nov 05]. Disponível em: http://www.hub.unb.br/wwwroot/formulario_terapeutico_nacional_2008.pdf

^j Rio de Janeiro (Estado). Lei nº 5.357, de 23 de dezembro de 2008. Institui pisos salariais, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, para as categorias profissionais que menciona e estabelece outras providências. Rio de Janeiro; 2008 [citado 2008 nov 05]. Disponível em: http://www.normaslegais.com.br/legislacao/leirj5357_2008.htm

^k Brasil. Lei nº 11.498, de 28 de junho de 2007. Dispõe sobre o salário mínimo a partir de 1º de abril de 2007. *Diário Oficial Uniao*. 29 jun 2007; Seção nº1:2.

Tabela 1. Percentuais médios de disponibilidade de medicamentos selecionados, por condição de morbidade e versão de medicamento, segundo setor. Brasil, 2007.

Medicamento /Condição de morbidade	Setores											
	FPB-P				FPB-E				Público			
	Referência	Genérico	Similar	Geral	Referência	Genérico	Similar	Geral	Referência	Genérico	Similar	Geral
Hipertensão				96,0 (24/25)				100,0 (26/26)				86,7 (26/30)
captopril 25 mg/comp.	0,0 (0/25)	0,0 (0/25)	96,0 (24/25)	96,0 (24/25)	92,3 (24/26)	100,0 (26/26)	88,5 (23/26)	100,0 (26/26)	0,0 (0/30)	0,0 (0/30)	100,0 (30/30)	100,0 (30/30)
hidroclorotiazida 25 mg/comp.	0,0 (0/25)	0,0 (0/25)	100,0 (25/25)	100,0 (25/25)	92,3 (24/26)	69,2 (18/26)	73,1 (19/26)	100,0 (26/26)	0,0 (0/30)	0,0 (0/30)	86,7 (26/30)	86,7 (26/30)
Diabetes				100,0 (25/25)				100,0 (26/26)				23,3 (7/30)
metformina 500 mg/comp.	4,0 (1/25)	80,0 (20/25)	16,0 (4/25)	100,0 (25/25)	88,5 (23/26)	96,2 (25/26)	73,1 (19/26)	100,0 (26/26)	0,0 (0/30)	3,3 (1/30)	20,0 (6/30)	23,3 (7/30)
glibenclâmida 5 mg/comp.	0,0 (0/25)	0,0 (0/25)	100,0 (25/25)	100,0 (25/25)	92,3 (24/26)	92,3 (24/26)	69,2 (18/26)	100,0 (26/26)	0,0 (0/30)	3,3 (1/30)	90,0 (27/30)	93,0 (28/30)

adquirir um mês do tratamento com captopril no setor privado, enquanto no FPB-E ¼ dia pagariam o mesmo tratamento.

Tratamentos conjugando hidroclorotiazida e captopril demandariam o equivalente a 0,28 dia no FPB-E, 0,33 dia no FPB-P e 3,22 dias no setor privado. Em co-morbidades, por exemplo, tratamento com captopril e metformina no setor privado representaria despesa equivalente a cerca de quatro dias de trabalho; se adquirido no FPB-E ou no FPB-P, poderia ser custeado com 0,3 e 0,7 dia de trabalho, respectivamente (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A disponibilidade para versões genéricas nos setores públicos e FPB-P foi baixa ou nula. O FPB-P apresenta uniformidade do elenco de medicamentos e o estoque é controlado centralmente, evitando desabastecimento e diminuindo sobreposição de estoques. Tanto no FPB-P como no setor público, as compras são feitas por licitação.¹ Devido ao volume, é aceitável que haja pouca ou nenhuma diferença quanto às versões de medicamentos disponíveis nas unidades, em determinado período. Esses dois setores estão submetidos ainda à Lei 9.787/99,¹ que obriga o gestor a priorizar a versão genérica, desde que em igualdade de condições e de preço. Nos documentos do FPB-P a existência de registro de genérico é um critério fundamental para o Programa,^m tendo sido fator determinante para elaboração do elenco de medicamentos.

Pressupondo que os gestores cumpram a legislação que regula a aquisição, a maior disponibilidade de medicamentos similares, em detrimento dos genéricos em ambos os setores, pode significar que os genéricos apresentados para a concorrência não detiveram os menores preços ou que a oferta de genéricos não tenha ocorrido. Outros dados do estudo OMS/AIS brasileiro corroboram essa análise; a disponibilidade geral de genéricos, para 71% dos medicamentos que apresentavam registro de genérico, foi menor que 10% nas cinco regiões brasileiras.¹⁰

No FPB-E todas as versões do medicamento podem ser encontradas no mesmo estabelecimento, pois funciona na lógica do setor privado, segundo regras de mercado. O Programa não regula a forma de aquisição dos medicamentos pelos estabelecimentos conveniados.

O setor público apresentou baixa disponibilidade geral em relação aos outros setores. Em 2004, Guerra Jr. et al⁵ mostraram a baixa disponibilidade de medicamentos

¹ Brasil. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art.37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, DF; 1993 [citado 2008 maio 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8666cons.htm

^m Ministério da Saúde. Farmácia Popular do Brasil. Critérios utilizados para a definição do elenco de medicamentos para o Programa Farmácia Popular do Brasil. [citado 2008 maio 12]. Disponível em: http://dtr2002.saude.gov.br/farmaciapopular/farmacia_popular_arquivos/documentos/criteriosparadefinicaoodelenconfinal.pdf

Tabela 2. Comparação de mediana de menores preços de medicamentos selecionados, segundo setor. Brasil, 2007.

Medicamento	Preço mediano (Preços mínimos e máximos)			% de economia (preço mediano)	
	FPB - P	FPB - E	Privado	FPB - P/ Privado	FPB - E/ Privado
Captopril 25 mg/comp.	0,04 (0,04 - 0,04)	0,04 (0,02 - 0,21)	0,41 (0,03 - 0,61)	90,3%	91,3%
Hidroclorotiazida 25 mg/comp.	0,02 (0,02 - 0,02)	0,01 (0,01 - 0,04)	0,13 (0,06 - 0,52)	84,0%	90,6%
Metformina 500 mg/comp.	0,08 (0,08 - 0,08)	0,02 (0,01 - 0,73)	0,22 (0,12 - 0,41)	64,0%	92,3%
Glibenclamida 5 mg/comp.	0,04 (0,04 - 0,04)	0,02 (0,01 - 0,03)	0,17 (0,06 - 0,23)	76,0%	89,6%

Tabela 3. Mediana dos menores preços pagos por tratamentos de hipertensão e diabetes, em valor absoluto e em dias de trabalho indexados pelo salário mínimo federal. Brasil, 2007.

Enfermidade	Medicamento	Dose e posologia (30 dias)	Despesa com tratamento ^a (R\$)			Dias de trabalho		
			FPB - P	FPB - E	Privado	FPB - P	FPB - E	Privado
Hipertensão	captopril	Cap/tab 25mg, 3 vezes/dia	3,60	3,22	37,00	0,28	0,25	2,92
	hidroclorotiazida	Cap/tab 25mg, 1 vez/dia	0,60	0,35	3,75	0,05	0,03	0,30
Diabetes	metformina	Cap/tab 500mg, 2 vezes/dia	4,80	1,02	13,32	0,38	0,08	1,05
	glibenclamida	Cap/tab 5mg, 2 vezes/dia	2,40	1,03	10,22	0,19	0,08	0,79

^a Mediana

essenciais em unidades públicas, tanto em termos pontuais (presença do medicamento no momento da visita à unidade) como num período de 12 meses. A baixa disponibilidade no setor público parece ser um problema também em outros países;^{1,7} na Índia, a variação de disponibilidade para os medicamentos investigados variou entre 0% e 30%.⁷

A medida de disponibilidade proposta pela metodologia OMS/AIS é frágil por considerar “disponível” o medicamento que apresenta uma unidade posológica em estoque, desconsiderando tratamento, sazonalidade, demanda, entre outros. Essa forma de medida vem de outros estudos propostos pela OMS,⁹ comprometendo a discussão sobre acesso ou racionalidade de uso. Em relação aos tratamentos, seriam importantes informações sobre a existência de unidades suficientes para provisão do esquema terapêutico.

O setor público apresentou menor disponibilidade conjunta de medicamentos para condições de morbidade. No que tange aos tratamentos, o uso dos medicamentos pode ser conjunto, no caso de captopril e hidroclorotiazida, e desses com um dos dois hipoglicemiantes. Combinações entre hipoglicemiantes

orais são usualmente evitadas, por maior risco de hipoglicemia sintomática e de mortalidade.^{n,k} Sendo desejável a disponibilidade de ambos os medicamentos e considerada adequada a disponibilidade de 100%, pode-se afirmar apenas que parece haver menor disponibilidade de medicamentos para diabetes que para hipertensão no setor público. Essa discrepância, desfavorável à glibenclamida, foi também relatada por outros autores.⁵ Considerando a prevalência dessas morbidades e a possibilidade dos gestores públicos em estimar consumo e demanda,³ seria esperada maior disponibilidade para os tratamentos e equilíbrio entre os resultados.

No âmbito das ações da atenção básica, o MS lançou o Programa Hipertensão e Diabetes, pelo qual são disponibilizados medicamentos para controle e prevenção da hipertensão arterial e diabete mellitus.⁹ Nesse sentido, dada a importância dessas enfermidades, esperar-se-ia maior disponibilidade no setor público.

Foram mais de 16 milhões de atendimentos no FPB-P desde sua criação¹² e mais de 15 milhões de atendimentos anuais nas unidades credenciadas.^p Entretanto, um dos objetivos principais do Programa, atender às

ⁿ Wannmacher L. Antidiabéticos orais: comparação entre diferentes intervenções. Uso Racional de Medicamentos: Temas Selecionados [internet]. 2005 [citado 2008 maio 09];2(11). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/novo_antidiabeicos_orais.pdf

^o Ministério da Saúde. Portaria nº. 371, de 04 de março de 2002. [Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus]. [citado 2008 maio 12]. Disponível em: <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20gm%20n%C2%BA%20371-02%20-%20hipertensos%20e%20diabeticos.pdf>

^p Presidência da República. Fome Zero. Acordo amplia Farmácia Popular em 30 mil unidades. Brasília, DF; 2008 [citado 2008 set 23]. Disponível em: <http://www.fomezero.gov.br/noticias/acordo-amplia-farmacia-popular-em-30-mil-unidades>

classes C e D, não usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), não vem sendo alcançado de forma plena. Um grande número de usuários utiliza o Programa como alternativa de acesso,¹² indicando possíveis falhas na provisão gratuita. Outra possibilidade é a migração para o setor privado, no qual a despesa poderá impedir o controle da condição de morbidade, em especial no caso de enfermidades crônicas.⁸

Houve diferenças na variação de preços em cada setor: nula no FPB-P – cujo preço é tabelado –, modesta no setor privado e maior no FPB-E, já que o Programa não estipula um preço fixo e o estabelecimento é livre para alocar a margem de lucro que deseja. Além disso, os subsídios federais possibilitam aos estabelecimentos oferecer preços mais baixos que a concorrência, utilizando o Programa para atrair clientela.

Os resultados mostram que o FPB-E oferece maior economia aos usuários. A comparação de preços de três dos quatro medicamentos estudados (captopril, hidroclorotiazida e metformina) resultou em economia de mais de 90% do FPB-E em relação ao setor privado. Nesses casos o FPB representa a melhor fonte de aquisição de medicamentos e contribui de forma importante para o acesso, tendo em vista o componente “capacidade de pagamento” (*affordability*).⁹

No entanto, a maior economia para a população no FPB está fundamentada em maior despesa para o governo federal. Ao arcar com as compras, tabelar os preços na modalidade FPB-P e subsidiá-los diretamente na FPB-E, o governo financia um sistema de co-pagamento, que deveria ser retro-alimentado pelos valores pagos de forma a ser sustentável a longo prazo.¹³ Mesmo que a meta de ampliação do acesso almejada pelo Programa esteja sendo alcançada, deve-se admitir que o Programa é viabilizado por meio de recursos públicos que acabam sendo canalizados para o setor privado.

Segundo a Constituição Federal, a garantia do direito à saúde se dá por meio de políticas públicas que, para o setor saúde, são orientadas pelos princípios do SUS. Nesse sentido, iniciativas que fomentem acesso e uso racional de medicamentos são bem-vindas. Ao focar as ações na população que não utiliza o SUS, embora desprovida de rendimentos suficientes para o tratamento medicamentoso,⁹ o FPB complementa e não substitui os canais de acesso existentes. Tal como nas unidades públicas, as unidades próprias e conveniadas

só dispensam medicamentos mediante apresentação de prescrição, de acordo com a legislação sanitária e em consonância com o uso racional de medicamentos.

Críticas ao FPB incluem o uso de recursos do SUS e a falta de gratuidade. Em relação aos subsídios governamentais ao FPB, é evidente o uso de recursos federais nessa estratégia de ampliação de acesso envolvendo parceria com o setor privado. Entretanto, a própria Política Nacional de Assistência Farmacêutica prevê a aplicação de recursos para esse intuito.[†] Ademais, por ser política de saúde pública, o FPB deve ser financiado com recursos públicos. Questiona-se se o regime de co-pagamento não fere a noção de universalidade do SUS. Porém, universalidade não significa gratuidade, termo que não está explicitado nem na Constituição, nem tampouco na Lei 8080.[§]

As despesas com tratamentos para hipertensão e diabetes são menos dispendiosas pelo FPB-E, seguido pelo FPB-P. Um trabalhador pode adquirir tratamento para hipertensão por valores menores que o correspondente a um dia de trabalho no FPB, mas teria que trabalhar até quatro dias para conseguir comprar o mesmo tratamento no setor privado. Ademais, muitas vezes os tratamentos para hipertensão e diabetes envolvem mais de um medicamento de uso contínuo, resultando em despesas fixas mensais para os pacientes.

No Brasil, em 2005, aproximadamente 16,8 milhões e 5 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 40 anos eram portadoras de diabetes e hipertensão, respectivamente.[†] Estima-se que parte sofra das duas enfermidades e que a prevalência esteja crescendo, representando despesas crescentes com o tratamento, muitas vezes indisponível na rede pública. O caso da metformina é o mais ilustrativo, com menor disponibilidade nas unidades públicas e maior preço na rede privada.

No Brasil, 31% da população vive com até ½ salário mínimo por mês, da qual 11% vive com até ¼ de salário mínimo e cerca de 4%, com até 1 dólar por dia (faixa de extrema pobreza).[§] Para essa população, despesas com medicamentos podem ser insustentáveis.[‡] Estima-se que idosos brasileiros, aposentados e pensionistas, gastem até 51% do salário mínimo com medicamentos.[§] Nesse sentido, o desfecho mais provável em vista da impossibilidade de aquisição é o subtratamento ou mesmo a falta, acarretando aumento da morbidade com conseqüente aumento de gastos para o SUS.

⁹ Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Brasília, DF; 2005 [citado 2008 jun 17]. (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/05_0568_M.pdf

[†] Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338, de 06 de maio de 2004. [Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica]. Brasília, DF; 2004 [citado 2008 jun 17]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf

[‡] Ministério da Saúde. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial União*. 20 set 1990; Seção nº1:18.054.

[§] Ministério da Saúde. Hipertensão e diabetes: Saúde propõe reduzir preço de medicamentos. Brasília, DF; 2005 [citado 2008 nov 18]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalle.cfm?co_seq_noticia=15428

[§] Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasil faz mais pelos mais pobres. Brasília, DF; 2007 [citado 2008 maio 23]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=2805&lay=pde

Uma das limitações do presente estudo é o pequeno número de medicamentos pesquisados, cuja escolha pode ser justificada pela presença nos setores estudados e pela importância dos medicamentos para hipertensão e diabetes no contexto nacional. A falta de representatividade da amostra confere baixa possibilidade de extrapolação dos resultados do estudo, uma limitação da própria metodologia OMS/AIS. Contudo, outros 45 estudos foram conduzidos em 36 países com a mesma metodologia, a qual é considerada fonte fidedigna de informação do setor farmacêutico dos países.² Suas principais vantagens são a coleta sistemática e a análise padronizada, favorecendo a viabilidade financeira e a replicação do estudo. Além disso, a metodologia favorece a comparação de dados entre países com

diferentes graus de organização do setor saúde e de desenvolvimento.¹⁴

Em conclusão, a disponibilidade dos medicamentos analisados é maior nas modalidades do FPB do que no setor público. Os preços praticados no FPB representam diminuição da despesa com o tratamento em relação ao setor privado. Ambas as evidências sugerem que o FPB opera congregando atributos desejáveis para estratégias de provisão de medicamentos. Como política pública, o FPB parece somar e não substituir esforços de provisão de medicamentos no País. Estima-se que venha atingindo seu objetivo de ampliação do acesso, sendo forma inovadora de provisão, marcada pela intersetorialidade e coadunante com os marcos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

REFERÊNCIAS

1. Babar ZUD, Ibrahim MIM, Singh H, Bukahri NI, Creese A. Evaluating drug prices, availability, affordability, and price components: implications for access to drugs in Malaysia. *PLoS Med*. 2007;4(3):e82. DOI:10.1371/journal.pmed.0040082
2. Cameron A, Ewen M, Ross-Degnan D, Ball D, Laing R. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *Lancet*. 2009;373(9659):240-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61762-6
3. Cosendey MAE, Bermúdez JAZ, Reis ALA. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cad Saude Publica*. 2000;16(1):171-82. DOI:10.1590/S0102-311X2000000100018
4. Diniz BPC, Servo LMS, Piola SF, Eirado M. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: Silveira FG, Servo LMS, Menezes T, Piola SF. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Brasília: Ipea, 2007. v.2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/gastoeconsumov2/10_Cap04.pdf. Acessado em novembro de 2008.
5. Guerra Jr AA, Acúrcio FA, Gomes CAP, Miralles M, Girardi SN, Werneck GAF, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;15(3):168-75.
6. Henrique NN, Costa PS, Vileti JL, Corrêa MCM, Carvalho EC. Hipertensão arterial e diabetes Mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. *Rev enferm UERJ*. 2008;16(2):168-73.
7. Kotwani A, Ewen M, Dey D, Iyer S, Lakshmi PK, Patel A, et al. Prices & availability of common medicines at six sites in India using a standard methodology. *Indian J Med Res*. 2007;125(5):645-54.
8. Lima MG, Ribeiro AQ, Acúrcio FA, Rozenfeld S, Klein CH. Composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(6):1423-30. DOI:10.1590/S0102-311X2007000600017
9. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília, DF; 2005. (Série técnica medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde, 3).
10. Miranda ES, Pinto CDBS, Reis ALA, Emmerick ICM, Campos MR, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS. Disponibilidade no setor público e preços no setor privado: um perfil de medicamentos genéricos em diferentes regiões do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(10):2147-58. DOI:10.1590/S0102-311X2009001000006
11. Ribeiro RA, Mello RGB, Melchior R, Dill JC, Hohmann CB, Lucchese AM, et al. Custo Anual do Manejo da Cardiopatia Isquêmica Crônica no Brasil. Perspectiva Pública e Privada. *Arq Bras Cardiol*. 2005;85(1):9-14. DOI:10.1590/S0066-782X2005001400003
12. Santos-Pinto CDB, Osorio-de-Castro CGS, Costa, NR. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Rev Cienc Saude Coletiva* [Internet]; 2008 [citado 2008 nov 06]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3056
13. Vianna SM, Piola SF, Reis COO. Gratuidade no SUS: controvérsias em torno do co-pagamento. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1998. (Série texto para discussão, 587).
14. World Health Organization; Health Action International. Measuring medicine prices, availability, affordability and price components. Geneva; 2003.

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.