

Rename 2012: avanço ou retrocesso para a difusão de medicamentos essenciais?

José Ruben de Alcântara Bonfim¹

Priscilla de Castro Magalhães²

O conceito de listas de medicamentos essenciais

A lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde (OMS) é um registro mínimo das necessidades de produtos farmacêuticos para cada sistema de saúde. O conceito básico é que fármacos de prioridade elevada devem estar disponíveis, como parte de um sistema de saúde que funcione, em todos os momentos e para todas as pessoas, orientando médicos a realizarem uma prescrição com base em provas e de modo racional. A ideia por trás da lista é que o uso de um número limitado de fármacos conhecidos e de baixo custo leva a melhor fornecimento em longo prazo, custos mais baixos, melhores cuidados de saúde e de acesso aos produtos de forma mais equitativa e sustentável¹.

O procedimento para criar e rever as listas mudou substancialmente ao longo do tempo. Originalmente, as seleções envolviam em grande parte decisões tomadas por membros de comitê de peritos, e eram apenas parcialmente feitas com base em provas. Em 2002, em resposta às crescentes preocupações sobre o método adotado para aprimorar a lista, um enfoque com base em avaliação mais sistemática de provas foi instituído, que incluiu avaliação cuidadosa de eficácia, segurança, custo-efetividade e relevância

para a saúde pública. Conexões com a *Cochrane Collaboration* foram estabelecidas, a fim de se tomar melhores decisões com base em provas¹.

As solicitações de inclusões, alterações ou exclusões à lista modelo podem ser realizadas por instituições externas, mas têm de ser feitas com base em provas, e devem explicar para a sua aceitação porque um fármaco específico atende aos critérios da lista modelo. A OMS afirma que o processo de seleção tem por base fatores como: prevalência da doença, prova científica e comparação de custo-efetividade. Cada um desses fatores contribui com um peso diferente no processo de decisão, dependendo de qual tipo de fármaco está sob avaliação e para qual afecção¹.

As vantagens de se ter uma lista limitada de fármacos de elevada prioridade incluem: 1. a capacidade de manter substâncias ineficazes ou tóxicas fora de uso comum; 2. a capacidade de escolher o fármaco de melhor custo-efetividade entre produtos terapêuticamente equivalentes; 3. uma gerência mais eficiente de um limitado estoque farmacêutico e; 4. a necessidade de produzir informações sobre os fármacos disponíveis somente para um número definido e limitado deles².

As desvantagens de se ter uma lista limitada de fármacos indispensáveis são: 1. a inclusão tardia de novos fármacos até que o gru-

1 Médico da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e médico sanitário da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenador-executivo da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME). Pós-graduando (grau de doutor) da Faculdade de Saúde Pública da USP. Ex-membro da COMARE.

2 Farmacêutica do Centro de Informação sobre Medicamentos (CIM) da Sobravime.

po responsável por selecionar os medicamentos essenciais considere adições à lista; 2. a limitação da capacidade de médicos de prescrever fármacos que não estão na lista específica de medicamentos essenciais, e 3. a possível repercussão de programas de pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos se o produtor tem a preocupação que um novo fármaco, quando desenvolvido, não terá mercado por causa de sua não inclusão na lista².

Antecedentes da RENAME e a atuação da COMARE no período de 2005-2011

Uma análise detalhada dos antecedentes e do desenvolvimento da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (COMARE) até 2011 foi realizada para capítulo de livro sobre assistência farmacêutica³. Nele discorre-se sobre as origens da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), até a sétima edição de 2010.

As considerações subjacentes ao trabalho da OMS informadas no tópico acima sempre estiveram presentes no trabalho desenvolvido pela COMARE, no período de 2005 a 2011.

A COMARE foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 131, de 31 de janeiro de 2001, e tinha como finalidades realizar avaliação sistemática da relação dos medicamentos e demais produtos farmacêuticos constantes da RENAME, e indicar as alterações necessárias, com o propósito de selecionar aqueles mais adequados. Entre os antecedentes da COMARE realce-se a terceira edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, revista quase duas décadas depois de sua instituição em 1980^{4,5}.

A RENAME 2012

Para se entender a RENAME 2012 divulgada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 533, de 28 de março de 2012⁶, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), cuja apresentação mais recente

é de 27 de setembro de 2012⁷, é indispensável conhecer as disposições do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011⁸, e que a relação foi estruturada de acordo com a Resolução nº 1/CIT, de 17 de janeiro de 2012⁹, ou seja, da Comissão Intergestores Tripartite composta pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Mas, é necessário considerar que pela Lei 12.401, de 28 de abril de 2011¹⁰, houve importante modificação quanto à assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia na saúde, uma vez que foi criada a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) regulada pelo Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011¹¹, que entre outras competências deve, segundo o art. 4º, II - *propor a atualização da RENAME nos termos do art. 25 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. O artigo referido é: “A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. *Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos*”.

Percebe-se que o redator do Decreto nº 7.508/2011 não tem conhecimento de Políticas Farmacêuticas (desenvolvimento da concepção de medicamentos essenciais desde 1977, quando foi divulgada pela OMS) nem de epidemiologia, pois usa linguagem técnica sem sentido (padronização) e é tarefa impossível, em qualquer sistema de saúde, o “atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS” por ter total imprecisão.

A resolução CIT nº 1º depois de mencionar que a RENAME constituir-se-á de princípios, segundo o art. 3º, de *universalidade, efetividade, eficiência, comunicação, racionalidade no uso de medicamentos e serviços farmacêuticos qualificados*, apresenta sua composição:

I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;

III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

IV - Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos; e

V - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar.”

Observe-se também o art. 6º: “Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios podem definir medicamentos de forma suplementar à RENAME, para atendimento de situações epidemiológicas específicas, respeitadas as responsabilidades dos entes federativos, conforme análise e recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)”;

e o art. 7º: “A seleção dos medicamentos que serão ofertados pelos estados, Distrito Federal e municípios a partir da RENAME considerará o perfil epidemiológico, a organização dos serviços e a complexidade do atendimento oferecido”.

O estabelecimento de cinco listas contradiz o conceito de medicamentos essenciais. Aliás, infere-se isso até mesmo pela designação de Relação Nacional de Medicamentos (do componente básico, do componente especializado e do componente estratégico), Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos e Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar.

Tem-se a impressão de que as listas, por terem os princípios mencionados, não admitirão críticas, ressalvas, contestações específicas da parte de Estados e Municípios que se representam nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), compostas de representantes das secretarias de Estado da Saúde e dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) em cada Estado, para quem restará a opção do art. 7º.

A RENAME 2012, segundo a nova concepção de cinco listas teve resultados discordantes do sistema de trabalho, continuamente aper-

feiçoado, da COMARE entre 2005-2011, na elaboração da RENAME 2006, 2008 e 2010 e do Formulário Terapêutico Nacional de 2008 e 2010.

Apresenta-se sucinta comparação de alguns aspectos da RENAME 2010¹² com a RENAME 2012⁷, e alguma informação, quando pertinente, do trabalho finalizado pela COMARE em novembro de 2011 de revisão da RENAME 2010 e que logo foi encaminhado ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

Comparação da RENAME 2012 com a RENAME 2010

Primeiro tipo de divergência

A primeira constatação que se faz é a de que a RENAME 2010 classifica os fármacos segundo grupos farmacológicos constantes de duas seções: *Seção A - Medicamentos usados em manifestações gerais de doenças* e *Seção B - Medicamentos usados em doenças de órgãos e sistemas orgânicos*, e *Seção C - Outros Medicamentos e Produtos para a Saúde*, classificação já utilizada na RENAME 2006 e 2008. Cada seção está organizada de acordo com a classificação desenvolvida há mais de trinta anos pela Organização Mundial da Saúde¹³ e utilizada até agora. Tal disposição levou em conta as necessidades de prescritores e dispensadores e foi comprovada em todo o mundo.

No entanto, não se consegue descobrir qual o critério de classificação que foi adotado na RENAME 2012. Aparentemente, listam-se fármacos segundo categorias inusitadas quanto às finalidades práticas, como por exemplo, a classificação do salbutamol em suas três formas farmacêuticas e concentrações:

RENAME 2012: No Anexo I - *Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica*. 2. *Adrenérgicos Inalatórios*, 2.1 *Agonistas Seletivos dos Receptores Beta 2 Adrenérgicos*.

RENAME 2010: 17. *Medicamentos que atuam sobre o sistema respiratório, 17.1 Antiasmáticos.*

O item 2. *Adrenérgicos Inalatórios*, está precedido pelo item 1. *Adjuvantes Cirúrgicos* que contém 1.1 *Substâncias Viscoelásticas*, denominação dada para hipromelose, classificada na RENAME 2010 e anteriores na Seção B, 21. *Medicamentos tópicos usados no sistema ocular, 21.6 Substituto da lágrima.*

É necessário indagar se um prescritor ou um dispensador procuraria um *antiasmático* ou um *substituto da lágrima*, ou buscaria um *agonista seletivo dos receptores beta 2 adrenérgicos* ou uma *substância viscoelástica*?

Um clínico ao pesquisar a disponibilidade de metoclopramida iria procurar em *Medicamentos que atuam sobre o sistema digestivo - Antieméticos e agentes procinéticos* (RENAME 2010) ou *Propulsivos - Propulsivos* (RENAME 2012)?

São tão numerosas as incongruências de classificação, que é enfadonho citá-las.

Segundo tipo de divergência

Ampliação de tipos de fármacos de uma mesma classe farmacológica. Citem-se dois exemplos:

Na RENAME 2010, a sinvastatina é o único fármaco inibidor da HMG-CoA redutase classificado como 14. *Medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular e renal, 14.7 Hipolipemiantes.* Na RENAME 2012, existe sinvastatina na lista relacionada ao Componente Básico classificada como 52. *Hipolipemiantes Simples, 52.1 Inibidores da HMG - CoA redutase*; mas há outros fármacos da mesma natureza na lista do Componente Especializado classificados como 11. *Agentes Modificadores de Lipídios, 11.2 Inibidores da HMG-CoA redutase: atorvastatina (10 mg, 20 mg, 40 mg e 80 mg), fluvastatina (20 mg e 40 mg), lovastatina (10 mg, 20 mg e 40 mg), pravastatina (10 mg, 20 mg e 40 mg).*

Na literatura internacional com base em provas, cada vez mais se assinala insatisfatória relação benefício-risco de estatinas mesmo

quando há razoável indicação de uso, e enquanto na 17ª lista da OMS (2011)¹⁴ sinvastatina está indicada apenas para pacientes de elevado risco cardiovascular, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais de 2012, além de não mencionar restrição de uso, coloca à disposição cinco fármacos da mesma classe farmacológica, quando deveria dispor apenas de sinvastatina, de preferência sob protocolo clínico. Frise-se ainda que o “medo do colesterol” é doença inventada, mas que dá lucros certos¹⁵.

Os fármacos oseltamivir e zanamivir foram incluídos no Anexo II - *Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica*, classificados como 10. *Antivirais de ação direta, 10.2 Inibidores de protease*, sem consideração dos argumentos constantes da 17ª lista da OMS¹⁴, que além de não incluir zanamivir, recomenda que oseltamivir deva ser usado apenas em conformidade com diretrizes de tratamento da OMS, ou seja, 1. para o tratamento de pacientes com doença clínica grave ou progressiva com diagnóstico confirmado ou suspeita de influenza pandêmica (H1N1), 2. para o tratamento de pacientes com doença confirmada ou suspeita pelo vírus da influenza pandêmica, mas não complicada, que estejam em grupos de alto risco, notadamente grávidas e menores de dois anos.

Informações dessa natureza que significam restrições de uso não existem na RENAME 2012, ao contrário da RENAME 2006, 2008 e 2010, e, não obstante a existência de diretrizes de tratamento de influenza no Sistema Único de Saúde (SUS), deveriam constar como observação em lista de medicamentos indispensáveis.

Terceiro tipo de divergência

Fármacos não considerados na RENAME 2012 e que existiam na RENAME 2010, como exemplo:

RENAME 2010: 15. *Medicamentos que atuam sobre o sangue, 15.2 Anticoagulantes e antagonistas, dalteparina sódica, solução injetável 12.500 UI/mL e 25.000 UI/mL* para uso

em hospital e uso restrito em condições de ambulatório; e *fitomenadiona*, solução injetável 10 mg/mL para uso em hospital.

As heparinas de baixo peso molecular, como a dalteparina sódica, são necessárias para o tratamento de afecções atendidas na rede básica e não houve seleção de nenhum fármaco desta classe em qualquer lista da RENAME 2012. Ademais, no item 29. *Vitamina K e outros hemostáticos*, 29.1 *Fatores de coagulação sanguínea*, do Anexo II – *Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica*, existe omissão de fitomenadiona.

Quarto tipo de divergência

Para um exame deste tipo de divergência e do quinto tipo tratado adiante seria indispensável que o Departamento de Assistência Farmacêutica tornasse público o trabalho de revisão da RENAME 2010, realizado durante 2010-2011 pela COMARE e que, em muitos aspectos importantes, não foi acolhido na divulgação da RENAME 2012. Seria proveitoso ser solicitada a divulgação do trabalho da COMARE com base na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, de acesso à informação. Manutenção na RENAME 2012 de fármacos que existiam na RENAME 2010, mas cuja exclusão foi recomendada pela COMARE, assim:

RENAME 2010: 5. *Anti-infectantes*, 5.6 *Antiparasitários*, 5.6.2 *Antiprotozoários*, 5.6.2.1 *Amebicidas, giardicidas e tricomonocidas*, *teclozana comprimido 500 mg e suspensão oral 10 mg/mL (uso restrito)*; 14.3 *Medicamentos usados em cardiopatia isquêmica* e 14.4 *Anti-hipertensivos*, 14.4.2 *Bloqueadores adrenérgicos*, *atenolol comprimido 50 mg e 100 mg*.

RENAME 2012: 8. *Agentes Beta Bloqueadores*, 8.2 *Agentes Beta Bloqueadores Seletivos*, *atenolol comprimido 50 mg e 100 mg*; 9. *Agentes contra amebíase e outras doenças protozoárias*, 9.1 *Derivados da dicloroacetamida*, *teclozana* nas mesmas formas farmacêuticas e concentrações, mas sem menção de uso restrito.

Ambos os fármacos estão no Anexo I – *Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica*.

Em síntese, para exemplificar, no caso do atenolol, pacientes hipertensos mais idosos tratados com esse fármaco têm uma mortalidade mais significativa quando comparado a pacientes tratados com outras classes de fármacos cardiovasculares. A mortalidade cardiovascular também foi mais elevada em grupos tratados com atenolol do que com outros tratamentos anti-hipertensivos, e acidentes vasculares cerebrais foram mais frequentes no tratamento com atenolol¹⁴.

Quinto tipo de divergência

Fármacos incluídos na RENAME 2012 e que nunca constaram nas versões anteriores da RENAME ou da revisão feita pela COMARE, da RENAME 2010.

RENAME 2012: 1. *Adrenérgicos Inalatórios*, 1.1 *Agonistas seletivos dos receptores beta 2 adrenérgicos*, *fenoterol 100 mcg/dose aerossol, frasco com 200 doses* no Anexo III – *Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica*.

Desconhecem-se as razões de inclusão do fenoterol, que pode provocar reações adversas graves como taquiarritmias e morte súbita, principalmente em altas doses e situação de hipoxia. Por isso, não foi aprovado em alguns países como nos Estados Unidos e não consta de listas de medicamentos essenciais.

Na revisão da RENAME 2010, a COMARE havia proposto a inclusão de *fumarato de formoterol 12 µg [mcg] cápsula gelatinosa dura pó para inalação* ou *xinafoato de salmeterol 50 µg [mcg] pó inalante* no tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica. Na RENAME 2012 ambos estão selecionados dessa forma: *formoterol 12 mcg cápsula inalante*, *formoterol 12 mcg frasco com 60 doses*; *salmeterol 50 mcg aerossol frasco com 60 doses* e classificados como *adrenérgicos inalatórios, agonistas seletivos dos receptores beta 2 adrenérgicos*.

Sexto tipo de divergência

A falta de critério de classificação em lista de medicamentos pode gerar problemas importantes ao prescritor. Por exemplo:

RENAME 2012: 37. *Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio com efeitos principalmente vasculares, 37.1 Derivados da Diidropiridina, nifedipino 10 mg cápsula ou comprimido* consta do Anexo I - *Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica*.

RENAME 2010: 18.5 *Medicamentos que atuam na contratilidade uterina, nifedipino 10 mg cápsula ou comprimido*.

O uso de nifedipino de 10 mg é, de forma exclusiva, como tocolítico, situação em que não se emprega na atenção básica. Não está indicado como anti-hipertensivo. Portanto, é um erro dispô-lo como está na RENAME 2012.

Em suma, outros tipos de divergência poderiam ser encontrados, a saber: de forma farmacêutica, concentração, composição; alteração de indicação terapêutica, de restrição de uso, entre outros.

Como deveria ser apresentada a RENAME?

É preocupante que a RENAME 2012 tenha sido divulgada, e parece que algumas mudanças foram realizadas, sem qualquer continuidade com as versões anteriores dos anos 2006, 2008 e 2010, produzindo desorientação para gestores, prescritores, dispensadores, com provável prejuízo para os usuários do SUS.

As versões anteriores da RENAME eram acompanhadas de apêndices detalhados com justificativa de exclusões, inclusões e alterações (apresentação e/ou concentração e/ou dose), assim como informação relacionada à indicação terapêutica e restrição de uso. Uma inclusão ou exclusão era explanada por meio de parecer com a melhor prova disponível. Nenhuma disposição neste sentido encontra-se na RENAME 2012.

Pretende-se com esta opinião chamar a atenção da CONITEC para uma pronta inter-

venção visando a harmonia com a lista modelo da OMS e as versões 2006, 2008 e 2010 da RENAME, pois por disposição legal, “a incorporação, exclusão e alteração de medicamentos e insumos na RENAME são realizadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), coordenada pelo Ministério da Saúde e com a participação de representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além de especialistas da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), de entidades e associações médicas, comunidades científicas e hospitais de excelência”¹⁶.

Referências

1. Purgato M, Barbui C. What is the WHO essential medicines list? *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2012;30:1-3.
2. Reidenberg MM. Can the Selection and Use of Essential Medicines Decrease Inappropriate Drug Use? *Clin Pharmacol Ther.* 2009;85(6):581-583.
3. Lopes LC, Pereira HE, Bonfim JRA. O trabalho da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (COMARE). Capítulo de livro sobre Assistência Farmacêutica em edição pela Editora Fiocruz.
4. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde nº 507, de 23 de abril de 1999. Diário Oficial de 19 de maio de 1999. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/Regional/crmc/legislacao/gf99507.html>
5. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2000. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Gerência de Assistência Farmacêutica; 2000. Disponível em: <http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/renome1.pdf>
6. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533_28_03_2012.htm
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anexos_rename_2012_pt_533_27_09_12.pdf
8. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.html

9. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 1, de 17 de janeiro de 2012. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0001_17_01_2012.html
10. Presidência da República. Lei 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI_12401.pdf
11. Presidência da República. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DECRETO_7646_CONITEC.pdf
12. Brasil. 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: Ministério da Saúde; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/renome2010final.pdf>
13. World Health Organization. Medicines. The Selection and Use of Essential Medicines. Disponível em: http://www.who.int/medicines/publications/essential-meds_committeereports/en/index.html
14. The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee, March 2011 (including the 17th WHO model list of essential medicines and the 3rd WHO model list of essential medicines for children). (WHO technical report series; no. 965). Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_965_eng.pdf
15. Gérvas J. ¿Quién teme al colesterol? Nueva Laputa. Disponível em: <http://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/articulo-quien-tema-el-colesterol-laputa.html>
16. Assistência Farmacêutica. Relação Nacional de Medicamentos quase dobra. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4603/162/relacao-nacional-de-medicamentos-quase-dobra.html>