



Precificação de Anti-Hipertensivos no Brasil: Considerações Sobre a Política de Regulação

Victória Rodrigues Ferreira¹

Rogério Gomes²

João Paulo Carvalho³

Resumo: A hipertensão arterial configura-se como um dos principais desafios de saúde pública no Brasil, exigindo acesso contínuo a medicamentos essenciais para reduzir o risco de eventos cardiovasculares e evitar desfechos onerosos ao sistema de saúde. Nesse contexto, este trabalho analisa a efetividade da política de precificação administrada pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), com foco na classe terapêutica dos anti-hipertensivos. O objetivo central é examinar se o atual modelo de teto de preços, materializado no Preço Máximo ao Consumidor (PMC), opera como instrumento efetivo de proteção ao consumidor e de promoção de equidade no acesso. Metodologicamente, realiza-se uma análise empírica comparativa entre os preços regulados (Preço Fábrica e PMC) e os valores efetivamente praticados no varejo farmacêutico. Os resultados apontam um paradoxo estrutural: observa-se, simultaneamente, a prática disseminada de descontos expressivos, em diversos casos superiores a 80% do teto, e a ocorrência de preços acima do limite regulatório. Esse achado sugere que o PMC perdeu capacidade de atuar como balizador efetivo da formação de preços no varejo, funcionando, em parte, como margem excessiva que acomoda estratégias comerciais, enquanto limitações de monitoramento e fiscalização permitem violações em contextos menos concorrenciais. Conclui-se que a regulação, tal como observada empiricamente, apresenta desalinhamentos frente à dinâmica do mercado, o que tende a deslocar para o paciente, especialmente o mais vulnerável, o ônus de busca por preços mais favoráveis. Por fim, o estudo indica a necessidade de aperfeiçoamento regulatório com incorporação de instrumentos de monitoramento digital e critérios mais aderentes à prática de mercado, de modo a reforçar a função social do medicamento como bem essencial.

Palavras-chave: Precificação de anti-hipertensivos; Mercado Farmacêutico; Regulação; CMED.

Código JEL: I18; L51; L65

Área Temática: 6.3 Políticas de regulação e Defesa do consumidor

¹ Graduada em Ciências Econômica pela UNESP E-mail: rodrigues.ferreira@unesp.br

² Docente do Programa de Pós-Graduação em Economia/UNESP e Coordenador do GEEIN/UNESP. E-mail: rogerio.gomes@unesp.br

³ Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Economia/UNESP e Pesquisador do GEEIN/UNESP. E-mail: joao.p.carvalho@unesp.br

Pricing of Antihypertensive Drugs in Brazil: Considerations Regarding Regulatory Policy

Abstract: Hypertension is one of Brazil's major public health challenges, requiring continuous access to essential medicines to reduce cardiovascular risk and prevent outcomes that impose substantial costs on the health system. In this context, this study examines the effectiveness of the price regulation framework administered by the Drug Market Regulation Chamber (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, CMED), focusing on antihypertensive medicines. The main objective is to assess whether the current price-cap model, embodied in the Maximum Consumer Price (Preço Máximo ao Consumidor, PMC), operates as an effective instrument for consumer protection and equitable access. Methodologically, the analysis relies on an empirical comparison between regulated prices (the ex-factory price and the PMC) and prices effectively charged in Brazil's retail pharmaceutical market. The findings reveal a structural paradox: widespread and substantial discounting—often exceeding 80% of the statutory ceiling—coexists with instances of illegal pricing above the regulatory limit. This pattern indicates that the PMC has largely lost its role as a meaningful benchmark for retail price formation, functioning in part as an overly permissive margin that accommodates commercial strategies, while monitoring and enforcement constraints allow violations in less competitive settings. The study concludes that the current regulatory framework is misaligned with market dynamics, thereby shifting the burden of finding fair prices onto patients, particularly those in more vulnerable positions. Finally, the paper underscores the need for regulatory modernization through digital monitoring tools and criteria more closely aligned with observed market practices, so that medicines can effectively fulfill their social function as essential goods rather than being treated merely as commodities.

Keywords: Anti-hypertensive Pricing; Pharmaceutical Market; Regulation; CMED

Introdução

Discutir o acesso a fármacos no Brasil não se limita a uma abordagem estritamente de mercado, mas envolve compreender como o Estado aloca recursos e estrutura instrumentos regulatórios voltados ao bem-estar da população. A forma como os medicamentos são precificados e disponibilizados produz implicações que transcendem os custos, afetando diretamente sua acessibilidade. No caso de medicamentos essenciais, como os anti-hipertensivos, essa discussão adquire maior relevância, uma vez que se tratam de fármacos utilizados em tratamentos contínuos, amplamente demandados e fundamentais para a redução de desfechos adversos associados às doenças cardiovasculares (OPAS, 2025; Fiocruz; Opas, 2023). Nesse contexto, a política de precificação de medicamentos deixa de ser apenas um mecanismo técnico e passa a constituir instrumento relevante de promoção do bem-estar, de eficiência do sistema público de saúde e de proteção do consumidor.

No debate público recente, a divulgação do teto de reajuste anual e sua média agregada foi amplamente noticiada, reforçando a dimensão social e política do tema, ainda que esse teto não implique aumento automático dos preços praticados no varejo (Agência Brasil, 2025a; Agência Brasil, 2025b). As doenças cardiovasculares permanecem entre as principais causas de morbimortalidade, e seus determinantes incluem a adesão ao tratamento de condições crônicas, o que torna o acesso regular aos medicamentos componente central da efetividade clínica e da redução de custos evitáveis (OPAS, 2025).

A hipertensão arterial, cuja prevalência estimada em adultos de 30 a 79 anos no Brasil é de aproximadamente 46% (OMS, 2023), configura-se como uma das condições crônicas mais difundidas no país, com tendência de crescimento associada a fatores como obesidade, sedentarismo, estresse e tabagismo. Nesse cenário, torna-se imprescindível discutir o acesso regular e seguro aos anti-hipertensivos, que compõem parcela expressiva da demanda assistencial e integram programas de assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2021; Brasil, 2022; Brasil, 2023). A relevância desse segmento também se expressa no mercado varejista, em que o Sistema Cardiovascular respondeu por 1,04 bilhão de embalagens, correspondendo a 17,2% do total comercializado em 2024 (ANVISA, 2025a).

O Programa Farmácia Popular (PFPB) permanece como uma das principais políticas públicas de acesso, apresentando capilaridade nacional, com mais de 31 mil estabelecimentos credenciados e cobertura estimada de cerca de 96% da população (Brasil, 2022; Brasil, 2023). A gratuidade desses medicamentos é frequentemente caracterizada como política custo-efetiva do SUS, na medida em que a adesão ao tratamento contribui para a redução de internações e procedimentos de maior complexidade (Fiocruz; Opas, 2023). Nesse sentido, os anti-hipertensivos constituem um caso empírico particularmente adequado para analisar a articulação entre dimensões epidemiológicas, sociais e econômicas da política farmacêutica, uma vez que decisões regulatórias relativas a tetos e reajustes de preços podem produzir efeitos distributivos que extrapolam a dinâmica concorrencial do varejo.

Nesse contexto institucional, o papel do Estado na regulação de preços de medicamentos, exercido pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), instituída pela Lei nº 10.742/2003, assume centralidade. A função da CMED consiste em estabelecer limites regulatórios para os preços praticados no mercado, buscando equilibrar previsibilidade regulatória, sustentabilidade econômica e proteção do consumidor (Brasil, 2003; Carvalho, 2021; Souza, 2020). Ao mesmo tempo, a política de precificação encontra-se em processo de atualização normativa, refletindo mudanças tecnológicas e desafios associados à precificação de produtos complexos. Em 2025, a CMED abriu a Consulta Pública nº 1/2025 para revisar os critérios de precificação de produtos novos e novas apresentações, historicamente disciplinados pela Resolução CMED nº 2/2004, acompanhada de Análise de Impacto Regulatório (AIR), que identifica problemas como heterogeneidade nos pedidos, lacunas normativas e necessidade de maior clareza procedimental (ANVISA, 2025b; ANVISA, 2025c; Mendonça, 2024). Dessa forma, a avaliação da efetividade do modelo vigente deve considerar, de maneira crítica, tanto o desenho atual quanto os aperfeiçoamentos institucionais em curso.

Do ponto de vista analítico, a avaliação da efetividade do Preço Máximo ao Consumidor (PMC) pode ser compreendida a partir de três dimensões complementares: sua capacidade de operar como instrumento de regulação por teto de preços (*price cap*), a presença de assimetrias de informação e custos de busca no mercado farmacêutico, e as características da estrutura concorrencial do setor. Em mercados

de bens essenciais, com demanda relativamente inelástica e elevada relevância social, a eficácia do instrumento regulatório depende não apenas de sua existência formal, mas de sua aderência à dinâmica efetiva de formação de preços e de sua capacidade de disciplinar comportamentos no varejo.

Este estudo avalia a política de precificação de medicamentos adotada pela CMED para a classe terapêutica de anti-hipertensivos. Com base em dados públicos e informações de mercado, analisa-se se os preços praticados no varejo estão alinhados ao Preço Máximo ao Consumidor (PMC), buscando identificar eventuais desalinhamentos e discutir suas implicações para a efetividade do instrumento regulatório. Além desta introdução, o trabalho está estruturado em cinco partes. A seção seguinte apresenta a caracterização do mercado farmacêutico brasileiro, destacando aspectos estruturais relevantes para a análise da concorrência. A seção 2 discute a regulação de preços de medicamentos no Brasil, a seção 3 descreve a metodologia adotada, a seção 4 apresenta os resultados empíricos e, por fim, a seção 5 discute, à luz da literatura, a eficiência do modelo de precificação vigente.

1. O Mercado Brasileiro de Medicamentos

Em termos internacionais, análises setoriais apontam uma tendência de pressão estrutural sobre os gastos com medicamentos, associada à expansão do consumo crônico e ao envelhecimento populacional, o que tem exigido o desenvolvimento de instrumentos regulatórios compatíveis com essas transformações (IQVIA Institute, 2023). No plano doméstico, a literatura sobre a indústria farmacêutica no Brasil destaca a coexistência de concentração, assimetrias de capacidades e heterogeneidade competitiva entre firmas e segmentos terapêuticos, elementos que condicionam a forma como referenciais regulatórios são transmitidos para os preços efetivamente praticados no varejo (Hasenclever; Oliveira, 2010).

O mercado farmacêutico brasileiro tem se consolidado como um dos mais dinâmicos da América Latina. Segundo o Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico 2024, o setor registrou faturamento de R\$ 160,7 bilhões em 2024, com a atuação de 226 empresas, além da comercialização de aproximadamente 6,07 bilhões de embalagens distribuídas em 14.185 apresentações distintas (ANVISA, 2025a). Embora esses números sugiram, à primeira vista, um ambiente competitivo, a diversidade observável de produtos e agentes não implica necessariamente uma estrutura concorrencial pulverizada.

De forma consistente com a literatura que identifica persistência de concentração mesmo após a difusão de genéricos, o anuário indica que classes terapêuticas fortemente concentradas responderam por 57,87% do faturamento (R\$ 93,01 bilhões) e por 75,88% das unidades comercializadas (4,61 bilhões) em 2024 (ANVISA, 2025a). Esse resultado sugere que parcela relevante da dinâmica setorial permanece ancorada em poucos grupos com elevada escala produtiva e capilaridade no varejo, corroborando a interpretação de que a ampliação do número de produtos e agentes não foi suficiente para alterar substancialmente o grau de concentração do mercado (Rosenberg; Derengowski; D'Avila, 2016).

Essa configuração estrutural é reforçada pela assimetria entre empresas multinacionais e nacionais. As primeiras tendem a operar com maior domínio tecnológico, acesso a financiamento e presença internacional ao longo da cadeia farmacêutica, o que lhes confere vantagens competitivas relevantes (Pharma Innovation, 2022). Por outro lado, as empresas nacionais, embora desempenhem papel importante na produção de genéricos e similares, enfrentam limitações no desenvolvimento de inovação radical e novos princípios ativos, em um setor no qual a intensidade tecnológica é determinante da competitividade (União Europeia, 2020). Essa heterogeneidade de capacidades contribui para a manutenção de assimetrias estruturais e influencia a formação de preços ao longo da cadeia.

Do ponto de vista histórico, políticas públicas como a Lei dos Genéricos (Lei nº 9.787/1999) foram fundamentais para ampliar a oferta e introduzir maior concorrência em segmentos específicos, com efeitos relevantes sobre os preços ao consumidor (Brasil, 1999; Rosenberg; Derengowski; D'Avila, 2016). Contudo, a evolução da estrutura produtiva evidencia limitações persistentes de autonomia industrial, especialmente no que se refere à produção de insumos farmacêuticos ativos. Evidências indicam aumento do coeficiente de insumos industriais importados de 29,7% em 2003 para 45,5% em 2018, o que reforça a vulnerabilidade do setor a choques cambiais e a instabilidades do comércio internacional, com implicações indiretas sobre custos e estratégias de precificação (CNI, 2026; Souza, 2023).

No campo das políticas públicas, debates recentes têm articulado regulação, propriedade

intelectual e instrumentos de política industrial, como as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo, como elementos centrais para o acesso a medicamentos e a sustentabilidade do abastecimento (Lopes et al., 2024). Ainda assim, a elevada dependência de insumos farmacêuticos ativos importados permanece como um desafio estrutural. Embora o mercado interno apresente robustez em termos de faturamento e diversidade de produtos, a limitação da produção local desses insumos fragiliza a cadeia produtiva e amplia a exposição a variações cambiais, afetando indiretamente os custos e as condições de acesso (ANVISA, 2025a).

As barreiras regulatórias, por sua vez, desempenham papel ambivalente no funcionamento do setor. Se, por um lado, a regulação de preços contribui para previsibilidade e estabilidade no ambiente concorrencial, por outro, pode interagir com estruturas de mercado concentradas e assimetrias tecnológicas, influenciando margens e estratégias empresariais. Rosenberg, Derengowski e D'Avila (2016) destacam que a presença de genéricos e a regulação de preços não eliminaram a concentração do mercado, podendo, em determinados contextos, reforçar a competitividade entre um grupo restrito de agentes. Em perspectiva complementar, análises estruturais apontam que limitações históricas de capacitação tecnológica e dependência externa reduzem o espaço de manobra tanto das firmas quanto da própria regulação (Magalhães, 2006).

Em síntese, o mercado farmacêutico brasileiro combina elevada escala de faturamento, amplo volume de vendas e diversidade de apresentações com a persistência de barreiras estruturais associadas à concentração e à dependência externa. Essas características condicionam a dinâmica concorrencial e influenciam a forma como instrumentos regulatórios, como o Preço Máximo ao Consumidor, são internalizados no mercado. Em particular, em segmentos de grande escala e uso contínuo, como o conjunto cardiovascular — responsável por 17,2% das embalagens comercializadas em 2024 —, torna-se especialmente relevante analisar a interação entre estrutura de mercado, comportamento de preços e efetividade da regulação, uma vez que tais elementos impactam diretamente as condições de acesso a medicamentos essenciais (ANVISA, 2025a).

2. A Regulação de Preços no Brasil

A trajetória da regulação de preços de medicamentos no Brasil reflete o esforço do Estado em equilibrar o acesso da população a produtos essenciais com os interesses econômicos da indústria farmacêutica. O debate ganhou força nos anos 1990, em um contexto de pressão inflacionária e denúncias de aumentos abusivos no setor. Foi nesse cenário que se instituiu, em 2001, a Câmara de Medicamentos (CAMED), substituída em 2003 pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Diferentemente da CAMED, a CMED foi concebida como órgão permanente, dotado de maior capacidade normativa e com a missão explícita de articular a política de precificação com os objetivos da assistência farmacêutica e da política nacional de saúde (Rodrigues, 2017).

A CMED atua em duas frentes principais. Em primeiro lugar, estabelece o preço de entrada para novos medicamentos e novas apresentações no mercado brasileiro, processo historicamente disciplinado pela Resolução CMED nº 2/2004 e por atos complementares, com uso combinado de referenciamento externo (a partir de preços internacionais em países de referência) e critérios internos de comparação terapêutica, como custo de tratamento e parâmetros de agrupamento por apresentações comparáveis, além de regras específicas para categorias regulatórias, a exemplo de genéricos e de medicamentos com inovação incremental. Em segundo lugar, autoriza o reajuste anual máximo dos preços já registrados, em um modelo de teto (price cap) previsto na Lei nº 10.742/2003 e operacionalizado por normativos infralegais, no qual são definidos preços máximos de comercialização, incluindo o Preço Fábrica (PF) e o Preço Máximo ao Consumidor (PMC) (Brasil, 2003; Carvalho, 2021; ANVISA, 2025c). Essa moldura é consistente com a caracterização institucional segundo a qual o modelo regulatório brasileiro se fundamenta em preço-teto e, em caso de descumprimento, configura prática abusiva sujeita a penalidades (ANVISA, 2025c).

O detalhamento do reajuste anual evidencia a complexidade do mecanismo regulatório e requer cautela interpretativa quando se associam “níveis” a definições fixas de monopólio e concorrência. Na prática regulatória recente, a CMED fixa três níveis de reajuste anual por classe terapêutica e, no ciclo 2025/2026, definiu os tetos de 5,06%, 3,83% e 2,60% para os Níveis 1, 2 e 3, respectivamente (Agência Brasil, 2025a; Agência Brasil, 2025b). Esses percentuais não representam aumento automático, mas

limites máximos permitidos, de modo que a dinâmica efetiva de preços pode divergir do teto, especialmente em segmentos nos quais estratégias comerciais e competição no varejo levam à prática de preços sistematicamente abaixo do PMC. Adicionalmente, a fórmula incorpora componentes regulatórios, como o Fator X (produtividade), cujo cálculo e aplicação são frequentemente objeto de debate técnico, dado seu papel de modular a trajetória de reajustes no tempo (Carvalho, 2021; Souza, 2020).

Outro instrumento fundamental da regulação é a distinção entre PF e PMC. O PF corresponde ao teto máximo para transações ao longo da cadeia (fabricantes, distribuidores, hospitais e setor público), enquanto o PMC estabelece o limite máximo de venda no varejo, aplicável a farmácias e drogarias (ANVISA, [s.d.]). Em termos interpretativos, a existência de descontos relevantes em relação ao PMC não constitui, por si só, inconformidade; pode refletir competição no ponto de venda, políticas de fidelização e estratégias de precificação, o que é compatível com o desenho do teto como limite superior e não como preço-alvo. Ainda assim, diferenças elevadas e persistentes entre preços efetivos e o teto oficial podem indicar baixa aderência do PMC à formação cotidiana de preços, sugerindo espaço para aperfeiçoamentos no desenho e, sobretudo, na capacidade de monitoramento e transparência do instrumento.

A experiência regulatória brasileira, no entanto, não é isenta de críticas. Para Pontes, Leite e Ribeiro (2024), há dissociação relevante entre os preços máximos permitidos pela CMED e os preços efetivamente praticados no varejo, o que produz dupla implicação analítica. Por um lado, sugere que a CMED atua com maior eficácia como teto de segurança contra surtos de preços abusivos do que como determinante direto da precificação cotidiana, cujo principal motor tende a ser a concorrência no varejo. Por outro lado, evidencia um espaço regulatório subutilizado, pois uma margem ampla entre o preço permitido e o praticado pode sinalizar que o teto vigente é pouco informativo para o consumidor e pouco funcional como referência de eficiência para compras públicas, abrindo o debate sobre mecanismos mais dinâmicos de regulação.

Rodrigues (2017) também sustenta que a produção normativa da CMED é extensa, mas apresenta lacunas. Ao mapear os atos regulatórios ao longo de mais de uma década, a autora argumenta que, embora haja base legal consistente, nem sempre os instrumentos são acompanhados de mecanismos efetivos de fiscalização, transparência e previsibilidade procedimental, o que amplia incertezas e pode reduzir a efetividade regulatória, em especial quando se trata de compras públicas de grande volume.

Nos últimos anos, esse debate passou a ser incorporado explicitamente ao processo de revisão normativa. Em 2025, a CMED abriu a Consulta Pública nº 1/2025 para revisar critérios estabelecidos pela Resolução CMED nº 2/2004, responsável pela definição de preços de entrada de produtos novos e novas apresentações, iniciativa acompanhada de Análise de Impacto Regulatório (AIR) que identifica disfuncionalidades associadas a categorias defasadas, casos omissos frequentes e necessidade de maior clareza, previsibilidade e coerência decisória (ANVISA, 2025b; ANVISA, 2025c). A própria documentação do processo registra que a Consulta Pública nº 1/2025 e o relatório de AIR foram publicados em 05/05/2025, com prazo de 60 dias para contribuições, reforçando o caráter procedimental e dialógico da revisão em curso (ANVISA, 2025b).

A atuação da CMED permanece, assim, um mecanismo central para equilibrar acesso, previsibilidade e sustentabilidade econômica. Ainda que enfrente limitações práticas, como lacunas de monitoramento e divergências entre preços máximos e valores efetivos de mercado, a regulação segue sendo instrumento relevante para conter abusos e estabelecer limites normativos, ao mesmo tempo em que passa por atualização destinada a reduzir lacunas do modelo anterior e aumentar a consistência dos critérios de precificação de entrada. Todavia, a lógica regulatória baseada em tetos de preços e diferenciação por níveis de reajuste pode afetar o acesso de maneiras heterogêneas. No caso dos anti-hipertensivos, muitos princípios ativos já se encontram com patentes expiradas e são ofertados como genéricos e similares, o que tende a intensificar a competição no varejo e a ampliar descontos em relação ao PMC; ainda assim, desigualdades regionais de oferta e de capilaridade de canais de distribuição podem comprometer a adesão ao tratamento em áreas remotas e mais vulneráveis, reforçando a relevância de integrar regulação econômica, assistência farmacêutica e instrumentos de garantia de acesso (Rodrigues, 2017).

A literatura aplicada sobre desafios regulatórios de precificação em produtos complexos ressalta

que critérios e procedimentos tradicionais podem ser insuficientes diante de novas tecnologias, aumentando a demanda por instrumentos mais robustos de avaliação e monitoramento (Mendonça, 2024). Relatórios setoriais de mercado reforçam a dimensão econômica do segmento farmacêutico brasileiro e a relevância de classes terapêuticas de uso contínuo para o varejo e para políticas de acesso (Mordor Intelligence, 2024). Avaliações sobre a atuação da CMED no período 2004–2018 destacam avanços no estabelecimento de regras e previsibilidade, mas também apontam limitações operacionais e desafios de efetividade na transmissão do teto regulatório para o preço praticado ao consumidor (Souza, 2020).

3. Análise Empírica da Precificação de Anti-Hipertensivos

A discussão anterior permite avançar para a dimensão empírica da pesquisa, centrada na prática de preços no mercado brasileiro de medicamentos anti-hipertensivos. O objetivo central desta seção é investigar a aderência dos preços praticados no varejo farmacêutico ao teto estabelecido pela CMED. Em termos analíticos, busca-se avaliar se a regulação opera como balizador efetivo dos preços finais ao consumidor ou se, na prática, funciona predominantemente como teto de segurança raramente atingido pela dinâmica concorrencial.

3.1 Metodologia e fontes de dados

Inicialmente, foi realizado um mapeamento dos fármacos anti-hipertensivos a partir da lista oficial de medicamentos de referência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com foco em apresentações com um único insumo farmacêutico ativo. Para cada item, foram sistematizadas informações como princípio ativo, detentor do registro, nome do medicamento, número de registro e apresentação (ANVISA, 2025d). Esse levantamento identificou, preliminarmente, 101 apresentações. Contudo, 12 foram excluídas por não estarem sendo comercializadas ou por não apresentarem disponibilidade na plataforma CliqueFarma, utilizada para observar preços praticados no varejo em diferentes redes de farmácias e drogarias (CLIQUEFARMA, 2025).

Dessa forma, a amostra efetiva compreendeu 35 fármacos distintos, correspondentes a 42 medicamentos e 89 apresentações, incluindo variações de concentração, o que representa 88,1% das apresentações inicialmente identificadas. Em seguida, para cada apresentação, foram incorporadas as seguintes variáveis: Preço Fábrica (PF), entendido como teto aplicável a transações ao longo da cadeia, inclusive com o setor público; Preço Máximo ao Consumidor (PMC), teto regulatório aplicável ao varejo; e preços de varejo mínimo, máximo e médio, definidos a partir das observações na plataforma CliqueFarma⁴ (CONSULTA REMÉDIOS, 2025; CLIQUEFARMA, 2025). Considerando que o PMC é parametrizado por incidência tributária e pode variar por unidade da federação, a comparação entre preços observados e teto regulatório deve ser harmonizada, utilizando-se, para cada observação, o PMC compatível com a localidade associada ao preço coletado, a fim de reduzir risco de classificação incorreta de sobrepreço por incompatibilidade de base tributária (ANVISA, 2025b).

Tabela 1. Faixas de variação dos preços de medicamentos em relação ao PMC

Faixa	Critério de classificação (%)	Interpretação	Relação entre Preço mínimo no varejo e PMC		Relação entre Preço máximo no varejo e PMC	
			Número de apresentações	%	Número de apresentações	%
A	$\Delta = 0$	Preço idêntico ao PMC (aderência total à regulação)	0	0,0	1	1,1
B	$\Delta < -0,01$	Preço pouco abaixo do PMC	46	51,7	26	29,2
C	$\Delta < -20,01$	Preço muito abaixo do PMC	42	47,2	14	15,7
D	$0,01 \leq \Delta \leq 20$	Preço acima do PMC, mas dentro de variação moderada	0	0,0	46	51,7
E	$\Delta > 20,01$	Preço acima do PMC com desvio elevado	1	1,1	2	2,2
	-	Total	89	100,0	89	100,0

Fonte: Elaboração própria (2025) com base nos dados da Consulta Remédios e CliqueFarma.

⁴ Os resultados completos estão nos anexos

A partir desse conjunto de informações, foi calculado o desvio percentual entre o preço praticado no varejo e o PMC, definido como Δ igual a preço de varejo menos PMC, dividido por PMC, multiplicado por 100. Com essa métrica, buscou-se não apenas identificar a existência de diferenças, mas também caracterizar se o mercado opera com sobrepreço ou, majoritariamente, com descontos em relação ao teto. Em linha com a inspiração metodológica de Carvalho (2021), as apresentações foram agrupadas por faixas de variação percentual do preço no varejo em relação ao PMC, conforme as categorias A a E apresentadas na Tabela 1.

Por fim, os resultados foram organizados em duas perspectivas complementares: a primeira considera o desvio em relação ao preço mínimo observado no varejo para cada apresentação; a segunda considera o desvio em relação ao preço máximo observado no varejo para a mesma apresentação, permitindo comparar o comportamento de descontos e os casos em que há indícios de preços acima do teto regulatório.

3.2 Análise dos resultados

A comparação entre os valores de referência definidos pela CMED e os preços efetivamente observados no varejo permite descrever padrões de precificação para anti-hipertensivos no Brasil sob a lógica de teto regulatório. Embora a regulação se organize como *price cap*, os resultados mostram que o varejo não se comporta de modo uniforme quando se observa a distribuição entre preços mínimos e máximos: predomina a prática de descontos relevantes em relação ao PMC quando se analisam os menores preços, mas também emergem casos em que os preços máximos observados excedem o teto regulatório, o que, quando metodologicamente harmonizado por base tributária, configura indício de inconformidade.

3.2.1 Diferenças entre preço mínimo de varejo e PMC

Quando se analisa a diferença entre o PMC e o preço mínimo praticado no varejo, observa-se predominância quase total de apresentações com preços abaixo do teto. Em termos da Tabela 1, 98,9% das apresentações situam-se nas faixas B e C, isto é, com desvios negativos em relação ao PMC, sendo 51,7% com preços pouco abaixo do teto e 47,2% com preços muito abaixo do teto. Esses resultados indicam que, para o menor preço observado, o PMC raramente é vinculante, o que é consistente com a interpretação de que o teto regula como limite superior e que a formação cotidiana de preços, em ampla medida, reflete estratégias comerciais e competição no ponto de venda, especialmente em classes terapêuticas de uso contínuo.

Entretanto, essa constatação não deve ser interpretada como simples conformidade normativa. A presença de diferenças negativas expressivas, em 47,2% das apresentações, com desvios superiores a 20,0% abaixo do teto, sugere atuação estratégica do varejo em medicamentos de uso contínuo, nos quais políticas agressivas de desconto podem ser empregadas como mecanismo de atração e retenção de consumidores, frequentemente associadas a programas de fidelidade e a políticas de precificação diferenciada. Na amostra, esse padrão é ilustrado, por exemplo, por atenolol 25 mg, com desvio de -89,0%, por anlodipino 2,5 mg, com -76,0%, e por nevigolol 10 mg, com -68,0%, conforme os casos descritos na Tabela 2.

Tabela 1. Desvio percentual do Preço Mínimo praticado pelo varejo em relação ao PMC

Fármaco	Medicamento	Concentração (mg)	PMC (R\$)	Preço Mínimo do Varejo (R\$)	Diferença entre PMC e Preço Mínimo do Varejo (%)
sotalol (cloridrato)	CLORIDRATO DE SOTALOL	120	81,34	49,69	-39,0
nevigolol (cloridrato)	NEBLOCK	10	286,13	91,53	-68,0
nevigolol (cloridrato)	NEBLOCK	2,5	71,52	32,92	-54,0
metoprolol (succinato)	QUENZOR	100	111,54	61,37	-45,0
metoprolol (succinato)	QUENZOR	25	34,51	18,7	-46,0
metoprolol (succinato)	QUENZOR	50	69,07	36,44	-47,0
losartana potássica	CORUS	25	80,69	40,24	-50,0
lercanidipino (cloridrato)	ZANIDIP	20	314,23	205,53	-35,0
Clortalidona	CLORTALIDONA	50	26,24	15,43	-41,0
benazepril (cloridrato)	BHENA	10	442,59	174,99	-60,0
Atenolol	ABLOK	25	23,71	2,69	-89,0
anlodipino (besilato)	CORDAREX	2,5	129,62	31,01	-76,0
Média	-	-	139,27	63,38	-54,17

Fonte: Elaboração própria (2025) com base nos dados da Consulta Remédios e CliqueFarma.

A dispersão de valores abaixo do PMC também pode refletir heterogeneidade estrutural entre canais e atores do varejo. Grandes redes, por operarem com escala e maior poder de barganha junto a distribuidores e fabricantes, tendem a viabilizar preços mínimos mais baixos, enquanto estabelecimentos menores podem se aproximar mais do teto, o que significa que a observação de descontos não é, necessariamente, homogênea no território e pode expressar assimetrias de poder econômico no varejo farmacêutico. Carvalho (2021) destaca que a dispersão de preços abaixo do teto é compatível com estratégias competitivas legítimas em um regime de *price cap*. Ainda assim, quando a diferença entre preço praticado e teto é sistematicamente elevada, abre-se espaço para questionar se o PMC se encontra fixado acima do patamar efetivamente observado em segmentos concorrenciais, reduzindo sua informatividade como parâmetro de referência para consumidores e, em certas situações, para compras públicas.

3.2.2 Diferenças entre preço máximo de varejo e PMC

O exame do desvio percentual do preço máximo observado no varejo em relação ao PMC revela um padrão distinto daquele observado para o preço mínimo. Conforme a Tabela 1, 53,9% das apresentações concentram-se nas faixas D e E, isto é, com preços acima do PMC, sendo 51,7% acima do teto com desvio moderado e 2,2% acima do teto com desvio elevado. Quando essa comparação é realizada com harmonização do PMC por base tributária e localidade, tais casos configuram indícios de descumprimento do teto regulatório, ainda que a maior parte se concentre em variações moderadas de até 20,0%.

Entre os exemplos, clortalidona 25 mg apresenta preço máximo observado acima do teto, enquadrando-se na faixa D. Em contraste, doxazosina 4 mg apresenta desvio muito elevado, enquadrando-se na faixa E, com preço máximo observado superior a três vezes o PMC da respectiva apresentação, conforme registrado na Tabela 3.

Tabela 3. Desvio percentual do Preço Máximo praticado pelo varejo em relação ao PMC.

Fármaco	Medicamento	Concentração (mg)	PMC (R\$)	Preço Mínimo do Varejo (R\$)	Diferença entre PMC e Preço Mínimo do Varejo (%)
bisoprolol (hemifumarato)	CONCOR	10	117,22	130	11,0
clortalidona	CLORTALIDONA	25	34,42	40,76	18,0
doxazosina (mesilato)	CARDURAN XL	4	152,47	474,23	211,0
hidralazina (cloridrato)	APRESOLINA	50	13,58	15	10,0
lisinopril	LISINOPRIL	20	69,2	97,48	41,0
metoprolol (succinato)	SELOZOK	25	40,34	45	12,0
Média	-	-	71,21	133,75	50,5

Fonte: Elaboração própria (2025) com base nos dados da Consulta Remédios e CliqueFarma.

Esse conjunto de ocorrências é relevante porque contraria diretamente o princípio do modelo de teto, que visa limitar o preço máximo ao consumidor, e sugere fragilidades de monitoramento e fiscalização quando preços acima do PMC persistem em observações de mercado.

A literatura sugere que tais variações positivas não se explicam apenas por fatores tributários e logísticos, ainda que esses elementos sejam relevantes e devam ser controlados metodologicamente. Hasenclever (2002) e Gadelha (2003) apontam que heterogeneidades territoriais, estrutura de distribuição e diferenças de custos podem influenciar preços finais, o que reforça a necessidade de comparar preços observados com o PMC compatível com a unidade da federação e com a incidência de ICMS aplicável.

Ainda assim, casos persistentes de preços máximos acima do teto, quando corretamente harmonizados, sinalizam assimetrias de informação e limitações na efetividade de mecanismos de *enforcement*, sobretudo em mercados nos quais o consumidor enfrenta custos de busca e restrições de escolha, o que pode ampliar a distância entre a norma e a prática. Em síntese, embora a predominância de preços mínimos abaixo do teto sugira que o PMC é pouco vinculante em segmentos concorrenciais, a existência de preços máximos acima do PMC evidencia que a definição do teto, por si só, não garante cumprimento, o que recoloca a centralidade de instrumentos de monitoramento, transparência e sanção para a efetividade regulatória.

4. Considerações Sobre a Regulação de Preços no Varejo Farmacêutico Brasileiro

Os resultados empíricos apresentados indicam que a dinâmica de precificação dos medicamentos utilizados no tratamento da hipertensão arterial no Brasil não pode ser plenamente compreendida apenas como resultado de mecanismos concorrenciais, mas deve ser analisada à luz das especificidades institucionais e estruturais do mercado farmacêutico. Conforme argumentam Danzon e Chao (2000) e Kyle (2007), a regulação de preços em mercados farmacêuticos é fortemente condicionada por assimetrias de informação, barreiras à entrada e pela presença de poder de mercado associado à diferenciação de produtos. Nesse contexto, os achados deste estudo sugerem que o comportamento observado dos preços está inserido em um arranjo regulatório que, embora formalmente estruturado para controle, apresenta limitações na indução de maior eficiência econômica e moderação de preços.

Essa dualidade não é uma exceção, mas uma característica estrutural do mercado. A presença simultânea de preços muito baixos e preços acima do teto permitido aponta para uma regulação que opera em níveis distintos e com eficácia desigual conforme o território, o perfil da rede varejista, o tipo de medicamento e a disponibilidade de substitutos terapêuticos. Enquanto alguns segmentos do varejo se valem da concorrência e de estratégias comerciais para reduzir expressivamente seus preços, outros atuam em condições locais menos competitivas e reproduzem práticas de sobrepreço que se afastam dos objetivos centrais da política pública (Carvalho, 2021; Rodrigues, 2017).

Do ponto de vista teórico, tais evidências podem ser interpretadas à luz da literatura sobre falhas de mercado em saúde, especialmente aquelas relacionadas à assimetria de informação e à inelasticidade da demanda. Arrow (1963) demonstra que, em mercados de bens de saúde, os consumidores não possuem plena capacidade de avaliar qualidade e necessidade terapêutica, o que reduz a eficácia dos mecanismos tradicionais de disciplina de preços via concorrência. Adicionalmente, conforme Stiglitz (1989) e Mossialos et al. (2004), a presença de demanda relativamente inelástica para medicamentos

essenciais implica que variações de preço não resultam em ajustes proporcionais na quantidade demandada, ampliando o espaço para práticas de precificação acima do custo marginal. Nesse sentido, a regulação de preços constitui instrumento necessário, porém sua efetividade depende da capacidade institucional de lidar com essas distorções estruturais.

A indústria farmacêutica brasileira é marcada por assimetrias estruturais, dependência externa de insumos, concentração empresarial e vínculos densos com o Sistema Único de Saúde. Além disso, como discutido por Hasenclever et al. (2010) e Gadelha (2006), trata-se de um setor com características oligopolistas e forte base científica, no qual a diferenciação de produtos e as barreiras tecnológicas limitam a intensidade da concorrência. Nesse contexto, os anti-hipertensivos assumem relevância particular, pois combinam alta demanda, ampla disponibilidade de genéricos e presença significativa nas compras públicas. O comportamento dos preços dessa classe revelado pela presente pesquisa não é, portanto, apenas uma questão comercial; é uma questão que toca diretamente o acesso, a equidade e a sustentabilidade dos sistemas público e privado de saúde.

Este item aprofunda a interpretação dos resultados empíricos, articulando-os ao referencial teórico sobre regulação de preços, às características do complexo industrial da saúde e às evidências setoriais trazidas por Rosenberg et al. (2016), Carvalho (2021), Rodrigues (2017), Carvalho, Hasenclever e Gomes (2025), entre outros. O propósito é compreender a racionalidade econômica que sustenta a coexistência de preços tão divergentes e os fatores institucionais que explicam a insuficiência da regulação atual para garantir preços justos e uniformemente aplicados.

Esse paradoxo, de um sistema que estabelece limites normativos, mas não impede violações, expõe limites da política pública e, ao mesmo tempo, a necessidade de revisitar o papel da CMED e seu modelo de atuação diante das transformações recentes do varejo farmacêutico, do comércio digital e das estratégias empresariais. Conforme Danzon e Towse (2003), modelos regulatórios baseados em tetos de preços e comparação internacional podem apresentar limitações quando não incorporam mecanismos dinâmicos de monitoramento e adaptação às condições de mercado, o que reforça a interpretação de que os problemas identificados não decorrem apenas de falhas pontuais, mas de limitações estruturais do modelo regulatório.

4.1 O “chão” dos preços: descontos agressivos, competição varejista e o papel estruturante dos genéricos

A primeira dimensão que emerge dos resultados empíricos é o conjunto expressivo de medicamentos vendidos a preços muito inferiores ao PMC. A magnitude dos descontos observados demonstra que, em diversas apresentações, os preços mínimos são 50%, 60% e até 80% inferiores ao limite regulatório. Essa realidade não pode ser compreendida sem considerar forças competitivas e aspectos estruturais que moldam o varejo farmacêutico brasileiro.

O setor farmacêutico brasileiro passou por transformações relevantes nas últimas décadas. Estudos setoriais indicam que grandes redes ampliaram sua presença e as 18 maiores redes farmacêuticas concentram parcela significativa do faturamento do setor, em torno de 40%, apoiadas por vantagens competitivas como poder de negociação, investimentos em digitalização e logística mais eficiente (Cognatis, 2024; RB Investimentos, 2024). Para essas redes, anti-hipertensivos, especialmente os de uso contínuo e alta demanda, funcionam como produtos-chave na estratégia de atração de clientes. Vendê-los com margens reduzidas não representa, necessariamente, perda, mas investimento em fidelização, uma vez que consumidores que adquirem medicamentos de uso constante tendem a retornar à mesma rede em compras futuras, elevando o ticket médio e fortalecendo vínculos de consumo. Essa lógica ajuda a explicar a frequência de descontos agressivos em medicamentos mais comuns e reduz, na prática, a relevância do PMC como balizador do preço final, deslocando-o para a condição de parâmetro formal relativamente distante do mecanismo competitivo observado no varejo.

A Lei dos Genéricos também impactou a precificação ao promover concorrência direta entre laboratórios e produzir mudança sistêmica na lógica de competição do setor. Isso afetou tanto o comportamento das empresas quanto a dinâmica de precificação no varejo, intensificando a disputa em torno dos preços, especialmente em classes terapêuticas com grande número de fabricantes, como no caso dos anti-hipertensivos. Rosenberg, Derengowski e D’Ávila (2016) indicam que a política de genéricos não alterou substancialmente a concentração estrutural da indústria farmacêutica, que

permanece oligopolizada e dominada por grupos transnacionais. Contudo, essa política transformou a natureza da competição dentro das classes terapêuticas, criando ambiente mais sensível a preço, sobretudo em categorias de consumo contínuo e amplo.

A legislação brasileira não obrigou laboratórios de medicamentos de referência a reduzirem seus preços com a entrada dos genéricos. Ainda assim, os dados apresentados nesta pesquisa sugerem reposicionamento de preços em função de referência alternativa criada pelos genéricos, os quais, ao alcançarem ampla distribuição, certificação de qualidade por bioequivalência e maior aceitação por prescritores e consumidores, passam a operar como âncora competitiva. Assim, mesmo consumidores que preferem marcas tradicionais tendem a comparar o preço do produto de referência com os valores dos genéricos disponíveis. Para mitigar queda de demanda, laboratórios recorrem a estratégias comerciais como descontos, negociações diferenciadas com grandes redes ou promoções que aproximam o preço do medicamento de marca do preço percebido pelo consumidor. Segundo Carvalho Hasenclever e Gomes (2025), esse movimento também pode ser induzido pelo próprio varejo, por meio de bonificações, descontos por volume e negociações diferenciadas entre fabricante e varejista.

Esse fenômeno ajuda a explicar casos identificados neste estudo, como o Cordarex (Achê). Mesmo sendo medicamento de referência, foram encontrados preços até 76% inferiores ao PMC, o que é compatível com estratégia competitiva sistemática sob pressão de genéricos de anlodipino. Em classes terapêuticas de alto volume, como os anti-hipertensivos, a lógica torna-se mais intensa e o preço passa a ser vetor central de competição. A concorrência entre fabricantes de atenolol, losartana potássica ou anlodipino parece reduzir os preços mínimos de varejo, criando um piso competitivo que pressiona toda a estrutura de precificação e se mostra, por vezes, muito abaixo do PMC, evidenciando descolamento entre prática de mercado e teto regulatório.

4.1.1 Estratégias comerciais e marketing no setor farmacêutico

A literatura internacional e nacional, incluindo Fugh-Berman e Ahari (2007), Carvalho (2021) e Carvalho, Hasenclever e Gomes (2025), evidencia que laboratórios adotam estratégias para manter ou ampliar participação no mercado após perda de exclusividade, como acordos comerciais com varejistas, políticas de descontos diretos, bonificações por volume e parcerias estratégicas envolvendo posicionamento privilegiado de produtos. No Brasil, esse fenômeno é particularmente relevante devido à presença de grandes redes e à centralidade das negociações varejo-indústria. Nada impede que medicamentos de referência sejam vendidos com margens reduzidas como forma de manter presença na prateleira e fidelizar prescritores e consumidores, de modo que preços reduzidos podem refletir subsídios internos, rebates comerciais ou estratégias de portfólio.

Com esse conjunto de forças atuando simultaneamente, o PMC perde parte de sua função prática. Ele não estabelece preço final, tampouco se consolida como referência significativa para o preço de varejo em classes terapêuticas concorrenciais. Quando o preço de mercado se encontra sistematicamente abaixo do teto, isso não decorre necessariamente de disciplina direta do teto, mas da utilização do PMC como referência formal em contexto no qual a competição opera em patamar inferior. Em suma, alguns medicamentos “possuem margem suficiente para que as produtoras de fármacos, as distribuidoras e as farmácias realizem negociações e assumam estratégias comerciais agressivas” (Carvalho, 2021, p. 113). Esse cenário sugere que a regulação, em sua dimensão preventiva, exerce capacidade limitada de influenciar a formação dos preços finais.

4.2 A adesão ao teto definido pela CMED: sobrepreços, práticas irregulares e limites de fiscalização

O contraponto à lógica dos preços reduzidos é igualmente importante para a compreensão do funcionamento do mercado regulado: parcela relevante das apresentações analisadas apresentou preços acima do PMC. Embora em menor número do que aquelas com preços abaixo do teto quando se observa o preço mínimo, esses casos representam a face mais crítica da falha regulatória, pois caracterizam violação direta do limite superior estabelecido pela autoridade reguladora. Casos como o do mesilato de doxazosina, vendido em algumas redes com desvio superior a 200% em relação ao teto, indicam que o problema não é apenas pontual ou residual, mas recorrente e sistemicamente relevante, sugerindo fragilidades persistentes no funcionamento do arranjo institucional de controle de preços.

A partir de uma perspectiva teórica da economia da regulação, esses resultados podem ser interpretados como evidência de falhas de *enforcement* e de limitações na capacidade estatal de garantir a efetividade das normas estabelecidas. Conforme argumentam Stigler (1971) e Peltzman (1976), a eficácia de uma política regulatória não depende exclusivamente de seu desenho normativo, mas fundamentalmente de sua capacidade de implementação, monitoramento e aplicação de sanções. No caso analisado, a existência de preços acima do teto regulatório sugere que o sistema apresenta lacunas relevantes na fiscalização contínua e na imposição de penalidades, reduzindo seu efeito dissuasório. Nesse contexto, a regulação deixa de atuar como mecanismo efetivo de contenção de preços e passa a coexistir com práticas de mercado que exploram sua limitada capacidade de *enforcement*, configurando um ambiente no qual agentes econômicos podem internalizar a baixa probabilidade de punição como parte de suas estratégias de precificação.

Adicionalmente, a persistência de sobrepreços pode ser compreendida à luz das características estruturais do mercado farmacêutico, particularmente das assimetrias de informação entre consumidores, prescritores e vendedores. Conforme discutido por Arrow (1963), a incapacidade dos consumidores de avaliar plenamente a qualidade e a necessidade terapêutica reduz o papel disciplinador da demanda sobre os preços. No caso brasileiro, esse problema é agravado pela baixa transparência das referências regulatórias para o consumidor final. Em geral, o consumidor não conhece o PMC, não identifica facilmente se o valor cobrado ultrapassa o teto e não dispõe de mecanismos simples para verificar conformidade regulatória. Essa limitação tende a ser mais pronunciada entre consumidores hipertensos, frequentemente idosos, com menor familiaridade com ferramentas digitais e menor capacidade de comparação de preços, o que reduz ainda mais a pressão competitiva sobre estabelecimentos varejistas em determinados contextos.

Além disso, a natureza do consumo de medicamentos — frequentemente associada à urgência e à continuidade do tratamento — reduz o tempo disponível para busca e comparação de preços, ampliando a possibilidade de práticas oportunistas, especialmente em mercados locais com baixa densidade concorrencial. Em regiões com menor presença de grandes redes ou com menor integração a plataformas digitais de comparação de preços, a ausência de pressão competitiva efetiva pode favorecer a persistência de preços acima do teto regulatório, evidenciando a interação entre falhas de mercado e limitações institucionais da regulação.

A fiscalização exercida pela CMED, embora formalmente respaldada por legislação e instrumentos normativos, apresenta limitações operacionais relevantes que ajudam a explicar a ocorrência desses desvios. A Câmara não dispõe de sistemas abrangentes de monitoramento digital em tempo real dos preços praticados no varejo, tampouco de estrutura institucional suficiente para fiscalizar a elevada capilaridade do setor farmacêutico no território nacional. Como resultado, o modelo de fiscalização torna-se fortemente dependente de denúncias individuais e de ações pontuais de coleta de preços, o que reduz significativamente sua capacidade de resposta e seu efeito dissuasório (Rodrigues, 2017). Esse arranjo institucional limita a capacidade da regulação de atuar de forma preventiva e contínua, configurando um cenário no qual a existência de normas não se traduz automaticamente em conformidade efetiva.

Por fim, a evidência empírica sugere que os casos de sobrepreço não se distribuem de maneira aleatória, mas tendem a se concentrar em contextos específicos, como apresentações menos demandadas, mercados locais com menor concorrência e estabelecimentos com menor poder de negociação junto a distribuidores. Farmácias independentes, especialmente em regiões com maior carga tributária ou menor escala operacional, podem enfrentar custos mais elevados e repassá-los aos preços finais, ampliando a distância entre o preço praticado e o teto regulatório. Nesses casos, o sobrepreço não deve ser interpretado apenas como infração individual, mas como manifestação de um arranjo institucional que não consegue harmonizar, de forma adequada, a regulação federal com as heterogeneidades regionais do mercado brasileiro (Carvalho, 2021). Esse conjunto de evidências reforça a interpretação de que as falhas observadas não são episódicas, mas estruturais, exigindo aprimoramentos no desenho e na implementação da política de regulação de preços.

4.3 Impactos econômicos, sociais e institucionais: o risco dos referenciais inflados e a desigualdade no acesso

Os achados desta pesquisa trazem implicações diretas para o sistema público de saúde, para o acesso individual e para a formulação de políticas públicas de médio e longo prazo. Se o preço real praticado no varejo é sistematicamente inferior ao PMC, isso indica que o teto pode estar inflado em relação ao preço de mercado. Essa realidade não é irrelevante. O Preço Fábrica, utilizado como referência para transações ao longo da cadeia e relevante para compras públicas, é calculado em arcabouço metodológico correlato à lógica de teto e pode, em determinadas condições, refletir referenciais elevados, elevando o dispêndio do Estado. Pontes, Leite e Ribeiro (2024) argumentam que desalinhamentos entre tetos regulatórios e preços praticados podem reduzir eficiência das compras públicas e comprometer capacidade de ampliação de programas farmacêuticos. Referenciais inflados têm efeitos diretos sobre gasto total, número de pacientes atendidos, cobertura assistencial, manutenção de estoques estratégicos e equidade territorial nas compras. Nessa perspectiva, PMC e PF elevados não configuram apenas distorção informacional, mas também risco fiscal.

Outro achado relevante é a dependência de informação individual para acesso ao melhor preço. Um mesmo medicamento pode custar R\$ 8,00 em uma rede com forte presença digital e R\$ 70,00 em uma farmácia de bairro, e ambos os preços podem coexistir no mercado. O acesso ao menor preço depende de variáveis como acesso à internet, tempo e conhecimentos para pesquisa, o que desloca parte do ônus do acesso para a capacidade individual de navegação em desigualdades de preço. Em condição como hipertensão, que atinge desproporcionalmente populações idosas e de menor renda, essa barreira informacional pode se transformar em obstáculo adicional à adesão terapêutica.

Conforme enfatizado por Opas (2023), a falta de adesão ao tratamento é fator relevante para desfechos cardiovasculares adversos. Quando o preço varia de modo acentuado entre estabelecimentos, a continuidade do tratamento pode ser comprometida e o sistema de saúde absorve custos da falha por meio de internações e procedimentos de alta complexidade em eventos potencialmente evitáveis. Assim, a dispersão de preços, combinada a referencial regulatório pouco informativo em segmentos concorrenciais e a falhas de *enforcement* em casos de sobrepreço, produz efeitos econômicos, sociais e institucionais que reforçam a necessidade de aperfeiçoar o desenho regulatório e os mecanismos de monitoramento e transparência.

5. Considerações Finais

O presente estudo percorreu o caminho que liga a regulação estatal à realidade observável pelo consumidor de medicamentos no Brasil. Ao focalizar a classe dos anti-hipertensivos, a análise não se restringiu a uma categoria comercial, mas a fármacos associados ao manejo contínuo de uma condição crônica altamente prevalente. Nessa perspectiva, os resultados indicam que a regulação brasileira de preços de medicamentos, embora desempenhe papel institucional relevante, apresenta limitações quando confrontada com a dinâmica efetiva de formação de preços no varejo. Em particular, a política de preços operada pela CMED, estruturada sob a lógica de teto (PMC), revela descompasso entre o desenho regulatório e o comportamento observado no mercado, no qual coexistem descontos expressivos e ocorrências de preços acima do limite regulatório (Carvalho, 2021; Rodrigues, 2017).

A evidência empírica sustenta a existência de um paradoxo regulatório que pode ser interpretado, à luz da economia da regulação, como resultado de limitações simultâneas de desenho e de *enforcement*. Por um lado, a ampla incidência de preços mínimos muito abaixo do PMC sugere que, em segmentos concorrenciais, o teto é pouco vinculante e opera predominantemente como referência formal, sem capacidade efetiva de disciplinar a formação cotidiana de preços. Por outro lado, a presença de preços acima do teto indica fragilidades na implementação e fiscalização da política regulatória. Conforme argumentam Stigler (1971) e Peltzman (1976), a efetividade da regulação depende não apenas da definição de regras, mas da capacidade estatal de monitorar, fiscalizar e sancionar desvios. Nesse sentido, os resultados indicam que o modelo vigente apresenta limitações que reduzem seu poder dissuasório e permitem a persistência de práticas divergentes do marco normativo.

Do ponto de vista das falhas de mercado em saúde, os resultados também são consistentes com a literatura clássica. Conforme Arrow (1963), a assimetria de informação entre consumidores e ofertantes limita o funcionamento dos mecanismos concorrenciais como instrumento de disciplina de

preços. Adicionalmente, a natureza inelástica da demanda por medicamentos essenciais, conforme discutido por Stiglitz (1989), reduz a sensibilidade da quantidade demandada às variações de preço, ampliando o espaço para práticas de precificação acima do custo marginal. Nesse contexto, a regulação de preços constitui instrumento necessário, porém sua efetividade depende de sua capacidade de interagir adequadamente com essas características estruturais do mercado farmacêutico.

No plano distributivo, a distância entre preços praticados e referência regulatória produz efeitos relevantes sobre o acesso. Quando descontos elevados se tornam padrão em determinadas redes e localidades, o acesso ao menor preço tende a depender de capacidade individual de busca, conectividade e utilização de canais digitais, o que pode penalizar grupos com menor familiaridade tecnológica, restrições de mobilidade e menor poder de contestação. De forma complementar, a ocorrência de sobrepreços em mercados locais menos concorrenciais indica que consumidores podem estar expostos a valores acima do teto em contextos nos quais os custos de busca são elevados e as alternativas de compra são restritas, reforçando desigualdades territoriais no acesso (Rodrigues, 2017).

Do ponto de vista da gestão pública, os achados são consistentes com a hipótese de que referenciais regulatórios pouco aderentes aos preços efetivamente praticados podem comprometer a eficiência alocativa do gasto em saúde. Ainda que esta pesquisa não tenha observado diretamente contratos de compras públicas, a literatura sugere que desalinhamentos persistentes entre referenciais regulatórios e preços de mercado podem elevar custos de aquisição e reduzir a capacidade de cobertura dos sistemas públicos, especialmente em classes terapêuticas de uso contínuo (Pontes; Leite; Ribeiro, 2024). Assim, a calibragem dos instrumentos de regulação e o aprimoramento dos mecanismos de monitoramento assumem relevância não apenas para proteção do consumidor, mas também para a sustentabilidade fiscal e a eficiência do sistema de saúde.

À luz desses resultados, o aprimoramento da regulação deve ser compreendido como um processo de fortalecimento institucional e de ajuste do desenho regulatório às condições reais de funcionamento do mercado. Medidas como ampliação da transparência informacional no ponto de venda, desenvolvimento de sistemas de monitoramento digital contínuo, integração com bases de dados de comercialização e fortalecimento das rotinas de fiscalização e sanção tendem a aumentar a efetividade do teto como instrumento regulatório. Ademais, a revisão periódica dos critérios de definição de preços e a incorporação de evidências empíricas sobre comportamento de mercado podem contribuir para reduzir o descolamento entre parâmetros normativos e práticas efetivas.

Cabe destacar que a própria CMED vem conduzindo processo de atualização normativa, com a Consulta Pública nº 1/2025 e a Análise de Impacto Regulatório voltadas à revisão de critérios historicamente vinculados à Resolução CMED nº 2/2004, o que indica reconhecimento institucional das limitações do modelo vigente e a busca por maior consistência, previsibilidade e efetividade regulatória (ANVISA, 2025c). Nesse contexto, os resultados deste estudo oferecem evidências empíricas que podem contribuir para o aperfeiçoamento do debate regulatório em curso.

Em síntese, conclui-se que o modelo regulatório brasileiro, tal como observado empiricamente nesta classe terapêutica, apresenta limitações estruturais para assegurar, de modo uniforme, aderência ao teto de preços e proteção do consumidor em diferentes contextos de mercado. A análise reforça que a regulação de preços, embora necessária, não é suficiente quando não acompanhada de capacidade institucional compatível com a complexidade do setor. Nesse sentido, o fortalecimento dos instrumentos de monitoramento, fiscalização e revisão regulatória constitui elemento central para alinhar a política de preços aos objetivos de acesso, equidade e eficiência, em consonância com o papel do Estado na garantia do direito à saúde (Brasil, 1988).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Anuário estatístico do mercado farmacêutico 2024: relatório estatístico*. Brasília, DF: Anvisa, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmед/anuario-estatistico>. Acesso em: 18 fev. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). CMED abre consulta pública sobre critérios de precificação de medicamentos. Brasília, DF, 18 jan. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2025/cmед-abre-consulta-publica-sobre->

[critérios-de-precificação-de-medicamentos](#). Acesso em: 18 fev. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Definição de preços de medicamentos (CMED)*. Brasília, DF: Anvisa, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed>. Acesso em: 18 fev. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Lista de preços de medicamentos (PF e PMC)*. Brasília, DF: Anvisa, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos>. Acesso em: 18 fev. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Publicado novo Regimento Interno da CMED. Brasília, DF, 05 jun. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2025/novo-regimento-interno-da-cmed-e-publicado>. Acesso em: 18 fev. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Secretaria-Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. *Relatório de Análise de Impacto Regulatório (AIR) referente à revisão dos critérios de precificação de novos medicamentos e novas apresentações (Resolução CMED nº 2, de 05 mar. 2004)*. Brasília, DF: Anvisa, 2025.

ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, v. 53, n. 5, p. 941-973, 1963.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 9.787, de 10 fev. 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 set. 1976, dispõe sobre o medicamento genérico e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 fev. 1999.

BRASIL. Lei nº 10.742, de 06 out. 2003. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 07 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica, nº 37: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal retoma Programa Farmácia Popular com ampliação da gratuidade. Brasília, DF, 07 jun. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/junho/governo-federal-retoma-programa-farmacia-popular-com-ampliacao-da-gratuidade>. Acesso em: 18 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Indicadores do Programa Farmácia Popular. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/farmacia-popular/painel-de-indicadores>. Acesso em: 18 fev. 2026.

CARVALHO, João Paulo. *A introdução de novos medicamentos no mercado farmacêutico brasileiro: exame em um cenário de precificação regulada*. 2021. 169 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Estadual Paulista (Unesp), Araraquara, 2021.

CARVALHO, João Paulo; HASENCLEVER, Lia; GOMES, Rogério. A introdução de novos medicamentos no mercado farmacêutico brasileiro: exame em um cenário de precificação regulada. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 35, n. 3, e272244, 2025. DOI: 10.1590/1982-3533.2025v34n3.272244.

CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS (CMED). Resolução CM-CMED nº 1, de 28 mar. 2025. Dispõe sobre o ajuste máximo de preços de medicamentos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 mar. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/legislacao>. Acesso em: 18 fev. 2026.

CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS (CMED). Resolução CM-CMED nº 2, de 05 jun. 2025. Aprova o Regimento Interno da CMED. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 05 jun. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/legislacao>. Acesso em: 18 fev. 2026.

CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS (CMED). Resolução CM-CMED nº 2, de 12 ago. 2024. Estabelece critérios de definição do PF e PMC. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 ago. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/legislacao>. Acesso em: 18 fev. 2026.

COGNATIS. *Estudo do varejo farmacêutico 2024: inteligência de mercado e geofarmas*. São Paulo:

Cognatis, 2024. Disponível em: <https://www.cognatis.com.br/>. Acesso em: 18 jan. 2026.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA (CNI). Indicadores CNI. Disponível em: <http://www6.sistemaindustria.org.br/gpc/externo/estatisticaAcessoSistemaExterno.faces>. Acesso em: 18 fev. 2026.

DANZON, Patricia M.; CHAO, Li-Wei. Does regulation drive out competition in pharmaceutical markets? *Journal of Law and Economics*, v. 43, n. 2, p. 311-357, 2000.

DANZON, Patricia M.; TOWSE, Adrian. Differential pricing for pharmaceuticals. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, v. 3, n. 3, p. 183-205, 2003.

FIOCRUZ; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Panorama da produção local de medicamentos no Brasil: desafios e vulnerabilidades*. Brasília, DF: OPAS/Fiocruz, 2023.

FUGH-BERMAN, Adriane; AHARI, Shahram. Following the script. *PLoS Medicine*, v. 4, n. 4, e150, 2007.

GADELHA, Carlos A. G. O complexo industrial da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

HASENCLEVER, Lia (Org.). *A indústria farmacêutica no Brasil: características, desafios e oportunidades*. Rio de Janeiro: E-papers, 2002.

HASENCLEVER, Lia; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora (Org.). *Desafios da indústria farmacêutica brasileira*. Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

IQVIA INSTITUTE FOR HUMAN DATA SCIENCE. *The global use of medicines 2023: outlook to 2027*. Parsippany, NJ: IQVIA, 2023.

LOPES, L. M. N.; ANDRADE, E. I. G.; BORDE, E. M. S. O fim da extensão das patentes. *Saúde e Sociedade*, v. 33, n. 1, e220461pt, 2024.

MAGALHÃES, L. C. M. A indústria farmacêutica no Brasil. *Revista do BNDES*, v. 13, n. 25, p. 183-218, 2006.

MEDICAMENTOS têm menor reajuste médio desde 2018. *Agência Brasil*, Brasília, DF, 31 mar. 2025. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/>. Acesso em: 18 fev. 2026.

MENDONÇA, Lethícia de. *Desafios regulatórios para a precificação de produtos de terapia avançada*. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso – ENAP, Brasília, DF, 2024.

MORDOR INTELLIGENCE. *Mercado farmacêutico do Brasil*. [S.l.]: Mordor Intelligence, 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Global report on hypertension*. Geneva: WHO, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Hypertension country profiles 2025*. Geneva: WHO, 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Doenças cardiovasculares*. 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/>. Acesso em: 18 fev. 2026.

PONTES, M.; LEITE, S. N.; RIBEIRO, A. A. Preços regulados e praticados. *Economia e Sociedade*, v. 33, n. 1, 2024.

ROSENBERG, G.; DERENGOWSKI, P.; D'AVILA, F. Concentração e competição. *Revista de Economia Contemporânea*, v. 20, n. 3, p. 427-450, 2016.

SOUZA, Caroline Miranda Alves de. *Regulação de preços de entrada e inovação*. 2023. Tese (Doutorado) – UFRJ, 2023.

SOUZA, F. M. *Regulação de preços de medicamentos no Brasil*. 2020. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, 2020.

STIGLER, George J. The theory of economic regulation. *The Bell Journal of Economics*, v. 2, n. 1, p. 3-21, 1971.

STIGLITZ, Joseph E. Markets, market failures and development. *The American Economic Review*, v. 79, n. 2, p. 197-203, 1989.

UNIÃO EUROPEIA. *Industrial R&D Investment Scoreboard 2020*. Brussels: European Commission, 2020.

ANEXOS

FÁRMACO	DETENTOR	MEDICAMENTO	REGISTRO	CONCENTRAÇÃO (mg)	FORMA FARMACÉUTICA	DATA INCLUSÃO	Número Comprimidos	PF	PMC	Preço Mínimo Varejo	Preço Máximo Varejo	Média Preço Varejo	Diferença Absoluta do Preço Máximo	Diferença Absoluta do Preço Mínimo	Diferença Absoluta do Preço Médio	Diferença % Preço Máximo	Diferença % Preço Mínimo	Diferenç a % Preço Médio	Faixas - Diferença % Preço Máximo	Faixas - Diferença % Preço Mínimo
anlidipino (besilato)	Aché	CORDAREX	105730584	2,5	com	26/07/2018	30	93,76	129,62	31,01	39,25	35,13	-90,37	-98,61	-94,49	-70%	-76%	-73%	Faixa C	Faixa C
anlidipino (besilato)	Mylan	NORVASC	188300080	5,0	com	12/11/2012	60	129,26	178,69	160,65	168,25	164,45	-10,44	-18,04	-14,24	-6%	-10%	-8%	Faixa B	Faixa B
anlidipino (besilato)	Mylan	NORVASC	188300080	10,0	com	12/11/2012	30	123,45	170,66	141,19	168,34	154,77	-2,32	-29,47	-15,9	-1%	-17%	-9%	Faixa B	Faixa B
atenolol	Biolab Sanus	ABLOK	109740100	25,0	com	31/07/2019	90	17,51	23,71	2,69	15,85	9,27	-7,86	-21,02	-14,44	-33%	-89%	-61%	Faixa C	Faixa C
atenolol	Biolab Sanus	ABLOK	109740100	50,0	com	31/07/2019	90	26,9	37,19	28,29	39,07	33,68	1,88	-8,9	-3,51	5%	-24%	-9%	Faixa D	Faixa C
atenolol	Biolab Sanus	ABLOK	109740100	100,0	com	31/07/2019	30	44,02	60,86	46,3	63,93	55,12	3,07	-14,56	-5,75	5%	-24%	-9%	Faixa D	Faixa C
benazepril (cloridrato)	Biolab Sanus	BHENA	109740293	5,0	com rev	09/07/2021	90	202,9	280,5	178,35	209,79	194,07	-70,71	-102,15	-86,43	-25%	-36%	-31%	Faixa C	Faixa C
benazepril (cloridrato)	Biolab Sanus	BHENA	109740293	10,0	com rev	09/07/2021	90	320,15	442,59	174,99	196,29	185,64	-246,3	-267,6	-256,95	-56%	-60%	-58%	Faixa C	Faixa C
bisoprolol (hemifumarato) Merck S/A	CONCOR	100890194	1,3	com rev	13/09/2013	30	53,12	73,44	59,9	77,14	68,52	3,7	-13,54	-4,92	5%	-18%	-7%	Faixa D	Faixa B	
bisoprolol (hemifumarato) Merck S/A	CONCOR	100890194	2,5	com rev	13/09/2013	30	61,17	84,56	58,3	88,84	73,57	4,28	-26,26	-10,99	5%	-31%	-13%	Faixa D	Faixa C	
bisoprolol (hemifumarato) Merck S/A	CONCOR	100890194	5,0	com rev	13/09/2013	30	71,41	102,87	81,05	108,07	94,56	5,2	-21,82	-8,31	5%	-21%	-8%	Faixa D	Faixa C	
bisoprolol (hemifumarato) Merck S/A	CONCOR	100890194	10,0	com rev	13/09/2013	30	84,79	117,22	91,5	130	110,75	12,78	-25,72	-6,47	11%	-22%	-6%	Faixa D	Faixa C	
candesartana cilexetila AstraZeneca	ATACAND	116180095	8,0	com	12/11/2012	30	149,88	207,2	95,5	182,84	139,17	-24,36	-111,7	-68,03	-12%	-54%	-33%	Faixa B	Faixa C	
candesartana cilexetila AstraZeneca	ATACAND	116180095	16,0	com	12/11/2012	30	162,02	223,98	121,92	181,97	151,95	-42,01	-102,06	-72,04	-19%	-46%	-32%	Faixa B	Faixa C	
candesartana cilexetila Libbs	VENZER	100330197	32,0	com	06/01/2023	30	68,54	94,75	81,86	99,54	90,7	4,79	-12,89	-4,05	5%	-14%	-4%	Faixa D	Faixa B	
carvedilol Libbs	CARDIOL	100330066	3125,0	com	30/08/2017	30	34,45	47,63	37,23	50,03	43,63	2,4	-10,4	-4	5%	-22%	-8%	Faixa D	Faixa C	
carvedilol Libbs	CARDIOL	100330066	6,3	com	06/05/2020	30	34,45	47,63	42,42	43,52	42,97	-4,11	-5,21	-4,66	-9%	-11%	-10%	Faixa B	Faixa B	
carvedilol Libbs	CARDIOL	100330066	12,5	com	06/05/2020	30	34,45	47,63	46,99	43,52	45,26	-4,11	-0,64	-2,38	-9%	-1%	-5%	Faixa B	Faixa B	
carvedilol Libbs	CARDIOL	100330066	25,0	com	06/05/2020	30	56	77,42	62,24	73,2	67,72	-4,22	-15,18	-9,7	-5%	-20%	-13%	Faixa B	Faixa B	
clonidina (cloridrato)	Mawdsleys	ATENSINA	158320003	100µg	com	12/11/2012	30	7,54	10,42	9,59	10,69	10,14	0,27	-0,83	-0,28	3%	-8%	-3%	Faixa D	Faixa B
clonidina (cloridrato)	Mawdsleys	ATENSINA	158320003	150µg	com	12/11/2012	30	9,4	12,99	11,84	13,34	12,59	0,35	-1,15	-0,4	3%	-9%	-3%	Faixa D	Faixa B
clortalidona	EMS S/A	CLORTALIDONA	102350614	12,5	com	27/12/2019	60	14,17	19,59	15,59	20,58	18,09	0,99	-4	-1,51	5%	-20%	-8%	Faixa D	Faixa C
clortalidona	EMS S/A	CLORTALIDONA	102350614	25,0	com	27/12/2019	60	24,9	34,42	28,21	40,76	34,49	6,34	-6,21	0,06	18%	-18%	0%	Faixa D	Faixa B
clortalidona	EMS S/A	CLORTALIDONA	102350614	50,0	com	27/12/2019	30	18,98	26,24	15,43	18,11	16,77	-8,13	-10,81	-9,47	-31%	-41%	-36%	Faixa C	Faixa C
doxazosina (mesilato)	Upjohn Brasil	CARDURAN XL	115350006	4,0	com lib cont	12/11/2012	30	110,29	152,47	435,6	474,23	454,92	321,76	283,13	302,45	211%	186%	198%	Faixa E	Faixa E
doxazosina (mesilato)	Merck S/A	MESIDOX	100890347	2,0	com	14/04/2025	30	30,59	42,29	35,56	43,89	39,73	1,6	-6,73	-2,57	4%	-16%	-6%	Faixa D	Faixa B
doxazosina (mesilato)	Merck S/A	MESIDOX	100890347	4,0	com	14/04/2025	30	60,8	84,05	70,06	80,99	75,53	-3,06	-13,99	-8,52	-4%	-17%	-10%	Faixa B	Faixa B
enalapril (maleato)	Organon	RENITEC	100290031	5,0	com	12/11/2012	30	29,11	40,24	36,22	42,28	39,25	2,04	-4,02	-0,99	5%	-10%	-2%	Faixa D	Faixa B
enalapril (maleato)	Organon	RENITEC	100290031	10,0	com	12/11/2012	30	18,73	25,89	23,02	27,21	25,12	1,32	-2,87	-0,77	5%	-11%	-3%	Faixa D	Faixa B
enalapril (maleato)	Organon	RENITEC	100290031	20,0	com	12/11/2012	30	57,17	79,03	70,55	80,54	75,55	1,51	-8,48	-3,49	2%	-11%	-4%	Faixa D	Faixa B
eplerenona	Upjohn Brasil	INSPIRA	115350010	25,0	com rev	09/10/2023	30	49,77	68,8	58,79	67,99	63,39	-0,81	-10,01	-5,41	-1%	-15%	-8%	Faixa B	Faixa B
eplerenona	Upjohn Brasil	INSPIRA	115350010	50,0	com rev	09/10/2023	30	71,29	98,55	83,78	94,99	89,39	-3,56	-14,77	-9,17	-4%	-15%	-9%	Faixa B	Faixa B
espironolactona	Pfizer	ALDACTONE	121100419	25,0	com	06/01/2025	30	33,26	45,98	39,78	44,76	42,27	-1,22	-6,2	-3,71	-3%	-13%	-8%	Faixa B	Faixa B
espironolactona	Pfizer	ALDACTONE	121100419	50,0	com	06/01/2025	30	52,35	72,37	58,9	70,44	64,67	-1,93	-13,47	-7,7	-3%	-19%	-11%	Faixa B	Faixa B
espironolactona	Pfizer	ALDACTONE	121100419	100,0	com	06/01/2025	16	37,96	52,48	43,99	49,55	46,77	-2,93	-8,49	-5,71	-6%	-16%	-11%	Faixa B	Faixa B
furosemda	Sanofi Medley	LASIX	183260356	40,0	com	12/11/2012	20	18,1	25,02	21,33	26,28	23,81	1,26	-3,69	-1,22	5%	-15%	-5%	Faixa D	Faixa B
furosemda	Sanofi Medley	LASIX	183260356	10/mL	sol inj	12/11/2012	2	10,55	14,58	13,41	15,33	14,37	0,75	-1,17	-0,21	5%	-8%	-1%	Faixa D	Faixa B
hidralazina (cloridrato)	Novartis Biociências	APRESOLINA	100680013	25,0	com rev	12/11/2012	20	7,34	10,15	8,35	11	9,68	0,85	-1,8	-0,48	8%	-18%	-5%	Faixa D	Faixa B
hidralazina (cloridrato)	Novartis Biociências	APRESOLINA	100680013	50,0	com rev	12/11/2012	20	9,82	13,58	10,58	15	12,79	1,42	-3	-0,79	10%	-22%	-6%	Faixa D	Faixa C
hidroclorotiazida	Sanofi Medley	CLORANA	183260436	25,0	com	12/11/2012	30	10,74	14,85	13,03	15,61	14,32	0,76	-1,82	-0,53	5%	-12%	-4%	Faixa D	Faixa B
hidroclorotiazida	Sanofi Medley	CLORANA	183260436	50,0	com	12/11/2012	20	11,12	15,37	14,19	16,15	15,17	0,78	-1,18	-0,2	5%	-8%	-1%	Faixa D	Faixa B
indapamida	Servier	NATRILIX	112780048	2,5	com rev	12/11/2012	30	42,8	59,17	53,89	62,18	58,04	3,01	-5,28	-1,14	5%	-9%	-2%	Faixa D	Faixa B
indapamida	Servier	NATRILIX SR	112780048	1,5	com rev lib prol	12/11/2012	60	60,52	83,67	72,51	85,27	78,89	1,6	-11,16	-4,78	2%	-13%	-6%	Faixa D	Faixa B
lacidipino	Glaxosmithkline	LACIPIL	101070179	4,0	com rev	12/11/2012	14	80,26	110,95	106,81	111,99	109,4	1,04	-4,14	-1,55	1%	-4%	-1%	Faixa D	Faixa B

FÁRMACO	DETENTOR	MEDICAMENTO	REGISTRO	CONCENTRAÇÃO (mg)	FORMA FARMACÊUTICA	DATA INCLUSÃO	Número Comprimidos	PF	PMC	Preço Mínimo Varejo	Preço Máximo Varejo	Média Preço Varejo	Diferença Absoluta do Preço Máximo	Diferença Absoluta do Preço Mínimo	Diferença Absoluta do Preço Médio	Diferença % Preço Máximo	Diferença % Preço Mínimo	Diferença % Preço Médio	Faixas - Diferença % Preço Máximo	Faixas - Diferença % Preço Mínimo
lercanidipino (cloridrato)	Apssen Farmacêutica	ZANIDIP	101180641	10,0	com rev	21/01/2013	30	134,05	185,32	129,45	141,49	135,47	-43,83	-55,87	-49,85	-24%	-30%	-27%	Faixa C	Faixa C
lercanidipino (cloridrato)	Apssen Farmacêutica	ZANIDIP	101180641	20,0	com rev	21/01/2013	30	227,3	314,23	205,53	211,99	208,76	-102,24	-108,7	-105,47	-33%	-35%	-34%	Faixa C	Faixa C
levanlodipino (besilato)	Biolab Sanus	NOVANLO	109740219	2,5	com	23/07/2013	30	58,14	77,46	60,76	77,46	69,11	0	-16,7	-8,35	0%	-22%	-11%	Faixa A	Faixa C
levanlodipino (besilato)	Biolab Sanus	NOVANLO	109740219	5,0	com	23/07/2013	30	112,96	150,5	118,61	153,09	135,85	2,59	-31,89	-14,65	2%	-21%	-10%	Faixa D	Faixa C
lisinopril	Sanoft Medley	LISINOPRIL	183260198	10,0	com	12/04/2024	30	41,63	57,55	13,32	60,45	36,89	2,9	-44,23	-20,67	5%	-77%	-36%	Faixa D	Faixa C
lisinopril	Sanoft Medley	LISINOPRIL	183260198	20,0	com	12/04/2024	30	95,66	69,2	33,61	97,48	65,55	28,28	-35,59	-3,66	41%	-51%	-5%	Faixa E	Faixa C
losartana potássica	Aché	CORUS	105730593	25,0	com rev	16/06/2023	30	58,37	80,69	40,24	55,12	47,68	-25,57	-40,45	-33,01	-32%	-50%	-41%	Faixa C	Faixa C
losartana potássica	Organon	COZAAR	100290007	50,0	com rev	12/11/2012	30	48,07	66,45	56,32	69,81	63,07	3,36	-10,13	-3,39	5%	-15%	-5%	Faixa D	Faixa B
losartana potássica	Organon	COZAAR	100290007	100,0	com rev	12/11/2012	30	70,88	97,99	86,23	102,94	94,59	4,95	-11,76	-3,4	5%	-12%	-3%	Faixa D	Faixa B
manidipino (dicloridrato)	Chiesi	MANIVASC	100580089	10,0	com	12/11/2012	28	145,16	200,68	99,95	208,36	154,16	7,68	-100,73	-46,53	4%	-50%	-23%	Faixa D	Faixa C
manidipino (dicloridrato)	Chiesi	MANIVASC	100580089	20,0	com	12/11/2012	28	268	370,49	312,34	373,15	342,75	2,66	-58,15	-27,75	1%	-16%	-7%	Faixa D	Faixa B
metildopa	Aspen Pharma	ALDOMET	137640117	250,0	com rev	12/11/2012	30	32,57	45,03	39,89	43,99	41,94	-1,04	-5,14	-3,09	-2%	-11%	-7%	Faixa B	Faixa B
metildopa	Aspen Pharma	ALDOMET	137640117	500,0	com rev	12/11/2012	30	63,44	87,7	75,34	85,95	80,65	-1,75	-12,36	-7,05	-2%	-14%	-8%	Faixa B	Faixa B
metoprolol (succinato)	Astrazeneca	SELOZOK	116180077	25,0	com rev lib prol	12/11/2012	30	29,18	40,34	35,23	45	40,12	4,66	-5,11	-0,23	12%	-13%	-1%	Faixa D	Faixa B
metoprolol (succinato)	Astrazeneca	SELOZOK	116180077	50,0	com rev lib prol	12/11/2012	30	58,56	80,96	70,86	85,05	77,96	4,09	-10,1	-3,01	5%	-12%	-4%	Faixa D	Faixa B
metoprolol (succinato)	Astrazeneca	SELOZOK	116180077	100,0	com rev lib prol	12/11/2012	30	95,98	132,69	115,06	135,99	125,53	3,3	-17,63	-7,16	2%	-13%	-5%	Faixa D	Faixa B
metoprolol (succinato)	Libbs	QUENZOR	100330208	25,0	cap dura lib prol	18/02/2022	30	24,69	34,51	18,7	21,41	20,06	-13,1	-15,81	-14,46	-38%	-46%	-42%	Faixa C	Faixa C
metoprolol (succinato)	Libbs	QUENZOR	100330208	50,0	cap dura lib prol	18/02/2022	30	49,96	69,07	36,44	44,07	40,26	-25	-32,63	-28,82	-36%	-47%	-42%	Faixa C	Faixa C
metoprolol (succinato)	Libbs	QUENZOR	100330208	100,0	cap dura lib prol	18/02/2022	30	80,68	111,54	61,37	71,99	66,68	-39,55	-50,17	-44,86	-35%	-45%	-40%	Faixa C	Faixa C
metoprolol (tartarato)	Astrazeneca	SELOKEN	116180071	100,0	com	12/11/2012	30	42,84	58,73	50,48	60,99	55,74	2,26	-8,25	-3	4%	-14%	-5%	Faixa D	Faixa B
nebivolol (cloridrato)	Biolab Sanus	NEBILET	109740211	5,0	com	12/11/2012	30	121,7	162,14	124,25	166,89	145,57	4,75	-37,89	-16,57	3%	-23%	-10%	Faixa D	Faixa C
nebivolol (cloridrato)	Torrent do Brasil	NEBLOCK	105250113	2,5	com	15/05/2025	30	53,68	71,52	32,92	33,59	33,26	-37,93	-38,6	-38,27	-53%	-54%	-54%	Faixa C	Faixa C
nebivolol (cloridrato)	Torrent do Brasil	NEBLOCK	105250113	10,0	com	15/05/2025	30	214,76	286,13	91,53	108,24	99,89	-177,89	-194,6	-186,25	-62%	-68%	-65%	Faixa C	Faixa C
olmesartana medoxomil	Daiichi Sankyo	BENICAR	104540172	20,0	com rev	12/11/2012	30	58,16	80,4	58,8	84,47	71,64	4,07	-21,6	-8,77	5%	-27%	-11%	Faixa D	Faixa C
olmesartana medoxomil	Daiichi Sankyo	BENICAR	104540172	40,0	com rev	12/11/2012	30	61,13	84,51	64,93	88,79	76,86	4,28	-19,58	-7,65	5%	-23%	-9%	Faixa D	Faixa C
olmesartana medoxomil	Daiichi Sankyo	BENICAR ODT	104540193	20,0	com oro	09/10/2023	30	58,13	80,36	42,22	75,99	59,11	-4,37	-38,14	-21,26	-5%	-47%	-26%	Faixa B	Faixa C
olmesartana medoxomil	Daiichi Sankyo	BENICAR ODT	104540193	40,0	com aro	09/10/2023	30	61,13	84,51	44,4	88,79	66,6	4,28	-40,11	-17,92	5%	-47%	-21%	Faixa D	Faixa C
perindopril arginina	Servier	ACERTIL	112780074	5,0	com rev	03/03/2020	30	56,02	77,44	69,72	81,36	75,54	3,92	-7,72	-1,9	5%	-10%	-2%	Faixa D	Faixa B
perindopril arginina	Servier	ACERTIL	112780074	10,0	com	03/03/2020	30	74,13	103,31	93,34	108,54	100,94	5,23	-9,97	-2,37	5%	-10%	-2%	Faixa D	Faixa B
ramipril	Libbs	NAPRIX	100330086	2,5	com	03/03/2020	30	61,96	85,66	61,35	80,49	70,92	-5,17	-24,31	-14,74	-6%	-28%	-17%	Faixa B	Faixa C
ramipril	Libbs	NAPRIX	100330086	5,0	com	03/03/2020	30	61,96	85,66	60,41	85,05	72,73	-0,61	-25,25	-12,93	-1%	-29%	-15%	Faixa B	Faixa C
ramipril	Libbs	NAPRIX	100330086	10,0	com	13/01/2017	30	61,96	85,66	58,83	83,79	71,31	-1,87	-26,83	-14,35	-2%	-31%	-17%	Faixa B	Faixa C
riociguat	Bayer S/A	ADEMPAS	170560107	0,5	com rev	14/04/2025	42	10778,3	14360,1	11999,9	12906,89	12453,4	-1453,17	-2360,16	-1906,67	-10%	-16%	-13%	Faixa B	Faixa B
riociguat	Bayer S/A	ADEMPAS	170560107	1,0	com rev	14/04/2025	42	10778,3	14360,1	11999,9	12906,89	12453,4	-1453,17	-2360,16	-1906,67	-10%	-16%	-13%	Faixa B	Faixa B
riociguat	Bayer S/A	ADEMPAS	170560107	1,5	com rev	14/04/2025	42	10778,3	14360,1	11999,9	13803,86	12901,88	-556,2	-2360,16	-1458,18	-4%	-16%	-10%	Faixa B	Faixa B
riociguat	Bayer S/A	ADEMPAS	170560107	2,0	com rev	14/04/2025	42	10778,3	14360,1	12888,9	13348,8	13118,86	-1011,26	-1471,14	-1241,2	-7%	-10%	-9%	Faixa B	Faixa B
riociguat	Bayer S/A	ADEMPAS	170560107	2,5	com rev	14/04/2025	42	10778,3	14360,1	11999,9	12906,89	12453,4	-1453,17	-2360,16	-1906,67	-10%	-16%	-13%	Faixa B	Faixa B
sotalol (cloridrato)	Aché	CLORIDRATO DE SOTALOL	105730601	120,0	com	26/10/2021	30	58,84	81,34	49,69	49,69	49,69	-31,65	-31,65	-31,65	-39%	-39%	-39%	Faixa C	Faixa C
telmisartana	Boehringer Ingelheim	MICARDIS	103670110	40,0	com	12/11/2012	30	166,68	230,43	145,25	242,09	193,67	11,66	-85,18	-36,76	5%	-37%	-16%	Faixa D	Faixa C
telmisartana	Boehringer Ingelheim	MICARDIS	103670110	80,0	com	12/11/2012	30	185,99	257,12	162,08	270,13	216,11	13,01	-95,04	-41,02	5%	-37%	-16%	Faixa D	Faixa C
valsartana	Novartis Biociências	DIOVAN	100680065	40,0	com rev	12/11/2012	28	104,06	143,86	125,28	139,99	132,64	-3,87	-18,58	-11,23	-3%	-13%	-8%	Faixa B	Faixa B
valsartana	Novartis Biociências	DIOVAN	100680065	80,0	com rev	12/11/2012	28	104,06	143,86	106,8	151,14	128,97	7,28	-37,06	-14,89	5%	-26%	-10%	Faixa D	Faixa C
valsartana	Novartis Biociências	DIOVAN	100680065	160,0	com rev	12/11/2012	28	104,06	143,86	98,99	151,14	125,07	7,28	-44,87	-18,8	5%	-31%	-13%	Faixa D	Faixa C
valsartana	Novartis Biociências	DIOVAN	100680065	320,0	com rev	12/11/2012	28	104,06	143,86	92,99	151,14	122,07	7,28	-50,87	-21,8	5%	-35%	-15%	Faixa D	Faixa C
verapamil (cloridrato)	Abbott	DILACORON	105530267	80,0	com rev	15/05/2018	30	47,09	65,1	53,89	59,99	56,94	-5,11	-11,21	-8,16	-8%	-17%	-13%	Faixa B	Faixa B