



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

RAFAEL DAMASCENO DE BARROS

**ACESSO A MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO BÁSICA:
RELAÇÕES COM A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NO BRASIL**

Salvador
2016

RAFAEL DAMASCENO DE BARROS

**ACESSO A MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO BÁSICA:
RELAÇÕES COM A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Orientadora: Profa. Dr^a Ediná Alves Costa

Salvador
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

B277 Barros, Rafael Damasceno

Acesso a medicamentos na atenção básica: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica no Brasil / Rafael Damasceno Barros. - Salvador, 2016.

60 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Ediná Alves Costa.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Salvador, 2016.

Área de concentração: Planificação e gestão em saúde.

Linha de pesquisa: Planejamento, gestão e avaliação em saúde.

1. Medicamentos. 2. Assistência farmacêutica. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Institucionalização. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Costa, Ediná Alves. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU: 614



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

RAFAEL DAMASCENO DE BARROS

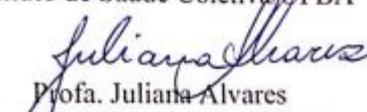
Acesso a medicamentos na atenção básica: relações com a
Institucionalização da Assistência Farmacêutica no Brasil

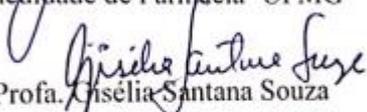
A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao
Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

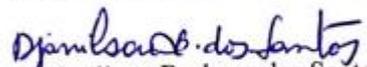
Data de defesa: 13 de maio de 2016.

Banca Examinadora:


Profa Edina Alves Costa - Orientadora
Instituto de Saúde Coletiva-UFBA


Profa. Juliana Alvares
Faculdade de Farmácia- UFMG


Profa. Gisélia Santana Souza
Faculdade de Farmácia - UFBA


Prof. Djanilson Barbosa dos Santos
Faculdade de Farmácia- UFRB

Salvador
2016

A

Marluce, mãe querida, professora e um dos sentidos da minha vida.

Aiara, amada companheira, pelo apoio fraterno e incondicional.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Ediná Alves Costa, minha orientadora querida, tão atenciosa, cuidadosa e sábia que me conduziu nesta trajetória de forma fraterna, indicando precisamente os rumos que deveria seguir.

Ao Prof. Dr. Djanilson Barbosa dos Santos, meu Co-orientador, que foi determinante em todo o processo de análise estatística deste trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Gisélia Santana Sousa, querida professora, presente na qualificação e na defesa, que me orientou brilhantemente nos dois processos.

À Prof.^a Dr.^a Patrícia Sodré Araújo, companheira de grupo de pesquisa, que colocou luz no meu caminho em alguns momentos de escuridão.

À Prof.^a Dr.^a Juliana Alvares, coordenadora da PNAUM (Componente Serviços), que trouxe contribuições fundamentais ao trabalho.

A todos os companheiros e companheiras do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Vigilância Sanitária e do Observatório de Análise Política em Saúde, pelo apoio e parceria em todo o processo.

Ao Instituto de Saúde Coletiva (UFBA) pela oportunidade de apreender e contribuir um pouco com seus propósitos diante da saúde pública brasileira.

BARROS, Rafael Damasceno. Acesso a medicamentos na atenção básica: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica no Brasil. 60 f. 2016. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

RESUMO

O objetivo desta investigação foi analisar as relações entre o acesso a medicamentos, pela população, e a institucionalização da assistência farmacêutica, na atenção básica no SUS. Este estudo integra a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, composto por um levantamento de informações numa amostra representativa de municípios, estratificada pelas regiões do Brasil que constituem domínios do Estudo. O acesso a medicamentos foi definido a partir do referencial de obtenção pelo usuário, variando entre: total, parcial ou sem acesso. Os aspectos da institucionalização foram selecionados e agrupados em dimensões de análise a partir das informações prestadas por responsáveis pela assistência farmacêutica e por responsáveis pela entrega de medicamentos. A análise da associação foi realizada com o Teste do Qui Quadrado. O nível de significância adotado como limite para a associação foi de $\leq 0,05$ (p-valor). Os dados foram processados com o software SPSS versão 20. O acesso a medicamentos foi maior em locais onde aspectos das dimensões: “ferramentas de gestão”, “participação e controle social”, “financiamento” e “estrutura” estavam presentes. Estas dimensões obtiveram associação estatisticamente significativa. As “estruturas formais” obtiveram resultados com menor ou nenhuma associação estatisticamente significativa, não obtendo influência potencial no acesso. A “atenção farmacêutica” obteve associação estatisticamente significativa, contudo a amostra, para esta variável, obteve pouca expressão, podendo ter sido insuficiente para a análise da relação com o acesso. Aspectos relacionados com a institucionalização da AF no Brasil interferem no acesso a medicamentos pelos usuários na AB. A priorização destes aspectos pelos diversos atores que participam da formulação e implementação de políticas públicas de saúde, pode resultar em melhoria no acesso a medicamentos, contribuindo com o fortalecimento da AF e do SUS de um modo geral.

DESCRITORES: Medicamentos. Assistência farmacêutica. Acesso aos serviços de saúde. Institucionalização.

BARROS, Rafael Damasceno. Access to medicines: relations with the institutionalization of pharmaceutical public services in the primary health care, Brazil. 60 p. 2016. Dissertation (Masters in Public Health). Public Health Institute, Federal University of Bahia, Salvador, 2016.

ABSTRACT

The purpose of this research was to analyze the relationship between access to medicines by the population, and the institutionalization of pharmaceutical care in primary care in the SUS. This dissertation is part of the National Research on Access, Use and Rational Use of Drugs (PNAUM), a cross-sectional, exploratory study of evaluative nature, consisting of a collection of information on a representative sample of municipalities, stratified by regions of Brazil that are study domains. Access to medicines has been set from obtaining user reference, ranging from: total, partial or no access. Aspects of institutionalization were selected and grouped into dimensions of analysis from the information provided by responsible for pharmaceutical services and responsible for the delivery of drugs. The association analysis was performed using the chi square test. The significance level as the limit for the association was $\leq 0,05$ (p-value). Data were analyzed using SPSS version 20. Access to medicines was higher in places where aspects of dimensions, "management tools", "participation and social control", "finance" and "structure" were present. These dimensions showed a statistically significant association. The "formal structures" obtained results with less or no statistically significant association, not getting potential influence on access. The "pharmaceutical care" showed a statistically significant association, however the sample for this variable, got little expression, may have been insufficient for the analysis of the relationship with the access. Aspects related to the institutionalization of pharmaceutical public services in Brazil in the access to medicines by users in primary health care. The prioritization of these issues by the various actors involved in the formulation and implementation of public health policies, may result in improved access to drugs, contributing to the strengthening of pharmaceutical public services and in general Unified Health System (SUS).

KEY WORDS: Medicines, Pharmaceutical Public Services, Pharmaceutical Services, Health Services Accessibility, Institutionalization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Descrição das dimensões e variáveis para a caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica relativas ao questionário dos responsáveis pela assistência farmacêutica....	32
Quadro 2	Descrição das dimensões e variáveis para a caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica relativas ao questionário dos responsáveis pela entrega de medicamentos.....	33
Quadro 3	Escalonamento do acesso a todos os medicamentos nas farmácias públicas do SUS de acordo com a frequência de obtenção nos últimos 03 meses.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Acesso a medicamentos: relações com aspectos da institucionalização da Assistência Farmacêutica segundo informações dos RAF.....	43
Tabela 2	Acesso a medicamentos: relações com aspectos da institucionalização da Assistência Farmacêutica segundo informações dos RAF.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AF	Assistência Farmacêutica
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CMS	Conselho Municipal de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RAF	Responsável pela Assistência Farmacêutica
REM	Responsável pela Entrega de Medicamentos
RENAME	Relação de Medicamentos Essenciais
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 MARCO REFERENCIAL	21
2 ESTRATÉGIA DE PESQUISA	31
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	32
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	35
2.3 DEFINIÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE O ACESSO À MEDICAMENTOS E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	36
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO: ARTIGO – ACESSO A MEDICAMENTOS: RELAÇÕES COM A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	38
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS.....	57

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios da humanidade sempre foi controlar, reduzir os efeitos ou eliminar os sofrimentos causados pelas enfermidades. A saúde de uma população não depende apenas dos serviços de saúde e do uso dos medicamentos. Entretanto, é inegável sua contribuição e a importância do medicamento no cuidado à saúde.

Esse objeto tem uma importância fundamental na história da sociedade moderna, afinal, segundo Bermudez (2006, p. 2379), "O medicamento não é um produto qualquer: ele pode aliviar a dor e salvar vidas". Contudo, esta é apenas uma forma de observar o medicamento. Existem outras dimensões que precisam ser consideradas para que se possa ter um entendimento mais completo sobre a função social, econômica, sanitária e científica em que se enquadra.

É notório que o medicamento tem um aspecto social importantíssimo no processo saúde-doença no Brasil. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2010), trata-se de um produto especial elaborado com a finalidade de diagnosticar, prevenir, curar doenças ou aliviar seus sintomas. Neste sentido, passa a ter um valor de uso social, ou seja, obtém uma função de destaque na sociedade, agregando valor ao seu uso pela população de uma forma geral, ao ter uma relação intrínseca com o processo saúde-doença.

Para que o medicamento possa atuar nesta relação, conforme Bermudez (2006, p. 2379), "[...] é necessário realizar pesquisas de moléculas biologicamente ativas, desenvolver o processo de formulação com vistas à produção em escala industrial e alcançar o processamento final". Portanto, pode-se afirmar que o medicamento, além de um "bem social", é também um exemplo de tecnologia^a em saúde.

Com a agregação de valor de uso e tecnológico, o medicamento incorpora também valor econômico, sendo de grande interesse para o grande capital, que habilmente o transforma em mercadoria. Neste sentido, ele passa a ser mais um

^a Segundo Guimarães e Vianna (1994) a tecnologia significa um conjunto de informações que são utilizadas com a finalidade de se propor soluções e resolver problemas técnicos existentes na busca de inovações.

produto a ser comprado pela população e que obviamente deve gerar lucro para todo o sistema de produção que está envolvido. Segundo Marx (2006):

A produção capitalista não é apenas produção de mercadorias, ela é essencialmente produção de mais-valia. O operário não produz para si, mas para o capital. De modo que já não basta que ele, pura e simplesmente, produza. Ele tem de produzir mais-valia. Só é produtivo o operário que produz mais-valia para o capitalista ou que serve para a autovalorização do capital (MARX, 2006, p. 137).

A produção de lucro financeiro com medicamentos entra em séria contradição com a sua função social ao ponto que, em muitos casos o interesse de mercado supera a real necessidade dos usuários pelas propriedades terapêuticas, contrariando a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) que orienta o uso racional dos medicamentos^b.

Os medicamentos ocupam o lugar de símbolos e representações que obscurecem os determinantes sociais das doenças, iludem os indivíduos com a aparência de eficácia científica e, como mercadoria, realizam o valor e garantem a acumulação de um dos segmentos mais lucrativos do capital industrial (CORDEIRO,1980).

Lefèvre (1983) compreende que:

[...] a função simbólica do medicamento pressupõe que a enfermidade seja considerada um fato orgânico, enfrentável através da mercadoria remédio, que é vista como o único modo cientificamente válido de se obter um valor altamente desejado (a saúde), no contexto de uma sociedade imatura (LEFÈVRE, 1983, p. 501).

A proposta de alívio imediato do sofrimento, como em um “passe de mágica”, é um apelo atraente, mas tem seu preço (AQUINO, 2007). Este nem sempre se

^b A OMS orienta que para o uso racional de medicamentos é preciso estabelecer em primeiro lugar a necessidade. Em seguida, indica-se que se receite o medicamento apropriado, a melhor escolha, de acordo com os ditames de eficácia e segurança comprovados e aceitáveis. Além disso, é necessário que o medicamento seja prescrito adequadamente, na forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento; que esteja disponível de modo oportuno, a um preço acessível e que responda sempre aos critérios de qualidade exigidos. Devendo ser dispensado em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade, e, finalmente, que se cumpra o regime terapêutico já prescrito, da melhor maneira possível (WHO, 1987).

restringe ao desembolso financeiro e pode ser descontado na própria saúde. Neste sentido, ainda segundo a autora, o mesmo medicamento que cura, pode matar ou deixar danos irreversíveis.

Diante dessa afirmação, se torna necessária a percepção da dimensão sanitária do medicamento. Nas sociedades contemporâneas, normalmente, o papel de regulamentar todo o processo produtivo (fabricação, condições de armazenamento e transporte dos medicamentos, o gerenciamento dos resíduos, a regulação da propaganda nas instituições de saúde e as iniciativas existentes em relação à farmacovigilância) dos medicamentos é realizado pelo Estado^c.

Mesmo ao reconhecer o risco da utilização do medicamento, este objeto ainda é fundamental no processo saúde doença. As doenças são “naturalmente” sentidas e experimentadas pelos indivíduos como estados orgânicos. A maneira mais usual de enfrentamento social dessas seria a intervenção científica, da medicina e/ou dos medicamentos sobre o organismo, que rapidamente seria capaz de restabelecer a normalidade (LEFÈVRE,1983).

Face aos desafios da humanidade de controlar, reduzir os efeitos ou eliminar os sofrimentos causados pelas enfermidades, os Estados têm tentado organizar políticas públicas que possam responder às necessidades da população de uma forma geral. Segundo HÖFLING (2001) políticas públicas são entendidas como o “Estado em ação” (Gobert, Muller, 1987); seria o Estado implantando um projeto de governo, através de programas e ações voltadas para setores específicos da sociedade. Destas, ações que favorecem o acesso aos medicamentos pela população ganham importante destaque.

Para Bermudez et al (2012):

“O acesso a medicamentos deve ser considerado um marco dos sistemas e serviços de saúde e dos sistemas de proteção social e integra os objetivos do milênio, compromisso assumido pelos Estados-membros das Nações Unidas no ano 2000” (BERMUDEZ, p. 657, 2012).

^c Neste estudo assume-se o conceito de Estado a partir do entendimento sintetizado por Hofling (2001), onde este seria “[...] o conjunto de instituições permanentes – como órgãos legislativos, tribunais, exercito e outras que não formam um bloco monolítico necessariamente – que possibilitam a ação do governo; e Governo, como o conjunto de programas e projetos que parte da sociedade (políticos, técnicos, organismos da sociedade civil e outros)” (Hofling, p. 31, 2001). O Estado torna-se, portanto, o principal mediador da luta de classes, estabelecendo ações que visam atenuar os conflitos existentes dentro desta sociedade.

O medicamento é considerado a intervenção terapêutica mais custo-efetiva em comparação com tratamentos alternativos, quando sua prescrição e seu uso são realizados de forma racional. Neste sentido, os Estados, de formas variadas, organizam os seus Sistemas de Saúde considerando o medicamento como uma ferramenta essencial no processo de atenção à saúde (MCISAAC et al, 1994).

Esta essencialidade do medicamento pode ser explicada por Bermudez et al (2012) quando afirmam que, do ponto de vista da saúde pública, o acesso regular a medicamentos eficazes, seguros e de baixo custo poderia evitar a morte prematura de milhares de crianças e adultos que vivem em países em desenvolvimento.

Nesse sentido, políticas que favoreçam o acesso a medicamentos tornam-se fundamentais para os Estados. Contudo, esta intervenção estatal tem um custo, afinal a produção de medicamentos e sua consequente disponibilização de forma gratuita tem importante peso nos orçamentos dos governos. Ainda segundo Bermudez et al (p. 661. 2012) "o percentual de gasto público com medicamento é um dos indicadores que demonstram o nível de compromisso do Estado com o acesso aos próprios medicamentos". Na maioria dos países da Europa, o gasto público representa mais de 60% do gasto total com medicamentos. O último inquérito da OMS mostra que o financiamento público varia entre 61,3% nos países de alta renda e 23,1% nos países de baixa renda (WHO, 2011).

Mesmo o medicamento sendo considerado um "bem social" e algo essencial no funcionamento dos serviços de saúde, o acesso no mundo ainda é irregular. Dados da OMS evidenciam que um terço da população mundial ainda não tem acesso regular. Os níveis mais baixos foram encontrados em países de baixa renda da África, das Américas e da Índia. As explicações deste fato podem estar na inexistência de sistemas de proteção social em saúde universais e a baixa capacidade aquisitiva de governos e populações desses países (BERMUDEZ et al, 2012), além das altas taxas de desperdício na AF, as quais podem chegar a 70% devido ao seu uso irracional, de falhas na adesão dos pacientes ao tratamento e no gerenciamento inadequado do sistema de abastecimento de medicamentos (MHS, 1997).

O Brasil não se encontra fora deste contexto. Também passou por um intenso processo de organização do seu sistema de saúde, sendo o medicamento

considerado essencial. Segue a recomendação da OMS, em que o medicamento deva ser entendido como um direito humano fundamental e que o acesso a medicamentos essenciais deva ser gratuito e de fácil aquisição. Assim tornou-se necessário que o Estado brasileiro estabelecesse uma ação que corroborasse com esta diretriz, estabelecendo este direito e promovendo ainda mais o acesso a medicamentos aos usuários brasileiros.

Um importante fato que expressa o "Estado em ação", no Brasil, com possível direção de ampliação do acesso a medicamentos foi a criação do SUS, delimitado na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990). Este processo decorreu de uma série de lutas políticas e sociais, ou seja, de um determinado movimento de pessoas, entidades, associações, sindicatos e outros atores que reivindicavam uma determinada estrutura para uma política pública no Estado brasileiro e propunham uma Reforma Sanitária com base no entendimento da saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado. Conforme Paim (2008) a Reforma Sanitária Brasileira é um fenômeno histórico e social, sendo uma proposta articulada de um conjunto de princípios e proposições políticas a respeito desta estrutura da política pública de saúde no país.

A partir da criação do SUS, avanços significativos foram conquistados na melhoria da política pública de saúde e hoje o sistema é reconhecido em decorrência de seus princípios de universalidade e igualdade no atendimento e de integralidade das ações e serviços de saúde (VIEIRA, 2010).

Apesar do reconhecimento dos avanços na atenção à saúde a partir da criação do SUS, uma política nacional específica para a temática de medicamentos e assistência farmacêutica (AF) só veio a ser publicada em 1998, por meio da Portaria GM/MS n. 3916, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos (PNM).

A PNM, teve como finalidades principais garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 2001).

Essa política propunha diretrizes para alcançar os objetivos propostos. Uma destas, foi a adoção da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), onde aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população deveriam estar continuamente disponíveis aos

segmentos da sociedade que deles necessitassem, nas formas farmacêuticas apropriadas.

Foi reforçada também a Regulação Sanitária dos Medicamentos, onde passariam a ser mais enfatizadas, principalmente no âmbito federal, as questões relativas ao registro de medicamentos e a autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância. A intenção era a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos (outra diretriz da PNM), afinal, o seu uso envolve riscos significativos. Portanto a Vigilância Sanitária cumpre um papel fundamental neste processo de inspeção e fiscalização em todo o ciclo de produção, distribuição dos medicamentos no país. (COSTA, 2009)

Outra diretriz da PNM propõe uma reorientação de modelo da AF onde seriam priorizados: a) descentralização da gestão; b) promoção do uso racional dos medicamentos; c) otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e d) desenvolvimento de iniciativas que possibilitassem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

A promoção do uso racional começa a ganhar ainda mais importância neste processo de reorientação de modelo, sendo também diretriz da PNM. Além desta, torna-se estratégico um profundo desenvolvimento tecnológico e científico na área da AF, com o intuito de capacitação e integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo. Seria expandido o apoio a pesquisas que visem o aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais e estimuladas medidas de apoio ao desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos, em especial os medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), e de estímulo à sua produção nacional, de forma a assegurar o fornecimento regular ao mercado interno e a consolidação e expansão do parque produtivo instalado no país.

Aliado a esta estratégia de expansão do desenvolvimento tecnológico, para garantir uma expansão do acesso a medicamentos, seria necessário promover a produção nacional, principalmente dos medicamentos que constam na RENAME. Neste propósito os laboratórios oficiais ganham destaque havendo um

redirecionamento da política onde a capacidade instalada destes laboratórios fosse aumentada.

Por fim, mas não menos importante, diante de todo este processo de reorientação da assistência farmacêutica, tornava-se central o desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programas e atividades que envolviam a operacionalização da Política Nacional de Medicamentos, desde o nível micro, como os locais de dispensação até os níveis macro como as gestões estaduais e municipais da assistência farmacêutica.

Como desdobramento deste processo de reorientação e da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, ocorrida em 2003, em 2004 foi publicada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). A assistência farmacêutica foi considerada como:

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

Diante destes fatos, o Estado brasileiro precisava se organizar para garantir esta nova estrutura política, ideológica e estrutural do SUS a partir dos princípios e diretrizes estabelecidos nesta política que se propunham a reorientar a assistência farmacêutica no Brasil. O Sistema Único de Saúde a partir da década de 90 iniciava um forte processo de expansão dos serviços de saúde. Aliada a essa ampliação do acesso, houve também a necessidade de reorganização da assistência farmacêutica no SUS, de maneira a aumentar a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos e ao mesmo tempo minimizar custos (OLIVEIRA; BARBONI, 2010).

A reorientação da assistência farmacêutica, conforme a PNM, está fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos (BRASIL, 2001).

A descentralização da gestão teria como pressuposto a padronização dos produtos, o planejamento adequado e oportuno e a redefinição das atribuições das

três instâncias de gestão. Junqueira (1998) compreende a descentralização como um processo de transferência de poder dos níveis centrais aos periféricos. O autor também expõe a não concordância entre estudiosos sobre este conceito, mas entende que a perspectiva progressista aborda-o como estratégia para reestruturar o aparelho estatal, não para reduzi-lo. O sentido seria torná-lo mais ágil e eficaz, democratizando a gestão através da criação de novas instâncias de poder redefinindo as relações Estado/sociedade. Diante de dimensões continentais em que se enquadra o Brasil, a descentralização da assistência farmacêutica, em certa medida, torna-se fundamental para o empoderamento dos atores municipais e estaduais no processo de reorientação.

Diante da expansão dos serviços públicos (e privados) de saúde, torna-se necessária também uma organização da assistência farmacêutica que garanta condições para o uso racional dos medicamentos.

Obviamente que toda esta reorientação teria que passar por um eficiente processo de distribuição logística dos medicamentos em todo o país. Essa reorientação seria influenciada e influenciaria todo o processo produtivo tanto na esfera pública como na privada. Outra diretriz transversal seria a otimização dos custos em todo o processo, seja na seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização dos medicamentos.

Esta reorientação da assistência farmacêutica no SUS não aconteceu de forma homogênea, ou seja, da mesma forma nas distintas regiões e municípios do país. Pode-se afirmar que ocorreram avanços no acesso a medicamentos nos últimos anos, como evidenciado nos resultados preliminares da PNAUM - Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (BRASIL, 2014). Contudo, ainda paira dúvida sobre a melhoria do acesso aos medicamentos pelos usuários brasileiros para diversas outras doenças que não estão inseridas nos programas prioritários do Ministério da Saúde.

A institucionalização da AF pode ser definida, de um modo geral, como um processo social e político-administrativo capaz de estabelecer aspectos organizacionais que norteiam ou estão presentes no cotidiano das definições e execução das políticas das organizações e atores que se relacionem com AF. Esta, a partir do processo de reorientação da AF, definido na PNM, pode ter sido determinante no acesso aos medicamentos pela população brasileira nos últimos

anos, principalmente na Atenção Básica (AB). Assim partindo do pressuposto que a institucionalização da assistência farmacêutica influencia positivamente o acesso aos medicamentos na atenção básica, pode-se perguntar: quais aspectos da institucionalização da AF podem ter relação com o acesso aos medicamentos pelos usuários na Atenção Básica?

A resposta a esta pergunta poderá qualificar o processo de reorientação da PNAF, ao ponto em que poderá evidenciar a expressão prática da política nos municípios brasileiros, oportunizando testes que poderão gerar hipóteses acerca de quais atributos ou processos relativos à institucionalização da PNAF são mais efetivos sobre a melhoria do acesso aos medicamentos pelos usuários.

Portanto, o objetivo geral deste estudo é analisar as relações do acesso a medicamentos pelos usuários da atenção básica com a institucionalização da assistência farmacêutica nas distintas regiões do Brasil. Já o objetivo específico é identificar e discutir fatores atinentes à institucionalização da assistência farmacêutica que influenciam o acesso a medicamentos pela população brasileira, na atenção básica.

A OMS indica que para que uma PNM seja efetiva, é fundamental que seja avaliada e que os resultados obtidos sejam usados para sua reorientação. Assim, o monitoramento e a avaliação são estratégias fundamentais (WHO, 2000; 2004).

Neste sentido, esta pesquisa justifica-se a partir da contribuição acadêmica que poderá dar a respeito desta lacuna do conhecimento presente no contexto brasileiro, contribuindo com subsídios para a formulação e aperfeiçoamento da PNAF. Este estudo utilizará os dados da PNAUM, de âmbito nacional, instituída pela Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012, do Ministério da Saúde. A PNAUM constitui a mais abrangente pesquisa sobre a organização da assistência farmacêutica no país e trará resultados inéditos que contribuirão com a análise e avaliação da política.

1 MARCO REFERENCIAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) define que o acesso a medicamentos essenciais é determinante para que um país tenha uma cobertura universal e equânime de saúde.

Uma das diretrizes na PNAF é a ampliação do acesso a medicamentos essenciais para a população brasileira. Contudo, a simples disponibilidade do medicamento não configura o acesso. Segundo Emmerick (2011) o acesso constitui-se em fator mediador, pois ocorre na interface entre a capacidade de produção e oferta de serviços (provedores) e a utilização real destes. Neste sentido, o acesso torna-se multifatorial e determinado por diversos processos da relação usuário e medicamento.

Penchansky e Thomas (1981) o compreendem como “o grau de ajuste entre os clientes e o sistema” e Frenk (1985) o considera como a relação entre os obstáculos encontrados na busca de atenção (barreiras) e a capacidade de resposta da população na superação destes (poder de utilização). Para Donabedian (1984) entende-se por acesso a facilidade com que o processo de atenção se inicia e é mantido, portanto pressupondo adaptação entre usuários e provedores. Aday e Andersen (1981), propõem que o acesso é definido como o conjunto de dimensões que descrevem a entrada potencial e real de um dado grupo de população no sistema de cuidado de saúde.

O acesso a medicamentos é, portanto, um componente fundamental do processo de construção da política de assistência farmacêutica, que é parte da Política Nacional de Saúde. Diante da essencialidade dos medicamentos no processo de tratamento das enfermidades, o acesso ao tratamento farmacológico no tempo adequado, efetivo, usado de forma racional pelos usuários passa a ser um objetivo central na implementação da PNAF. De acordo com Soares (2013), um tratamento farmacológico qualificado aos usuários deve integrar múltiplos aspectos como gestão, acolhimento, vínculo, responsabilização e a clínica farmacêutica.

O acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde, variando entre autores, mudando ao longo do tempo e de acordo com o contexto (TRAVASSOS; MARTINS, 2008).

Para Bermudez *et al* (1999) o acesso seria a:

[...] relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado” (Bermudez *et al*, 1999, p. 13).

Neste estudo, será considerado para acesso a medicamentos por usuários na atenção básica a mesma concepção de outros estudos da PNAUM que se relacionam com a obtenção dos medicamentos solicitados pelo usuário.

Este estudo terá como foco de observação o serviço prestado pela assistência farmacêutica na atenção básica à saúde. Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, esta seria (BRASIL, 2012):

[...] desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p. 11).

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Neste sentido, o acesso qualificado a medicamentos como um dos objetivos centrais da PNAF, são instrumentos fundamentais para a organização de sistemas de saúde universais. A atenção básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Devendo ser o contato preferencial dos usuários, sendo a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012). Assim, como principal ordenadora do cuidado no SUS, torna-se um local estratégico para o funcionamento da assistência farmacêutica, principalmente no que tange ao acesso qualificado aos medicamentos.

Uma das suas diretrizes é coordenar a integralidade da atenção em seus vários aspectos, integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão (BRASIL, 2012). O medicamento tem relação direta com todo este processo e em muitos casos, age como instrumento definidor de diversas terapêuticas estabelecidas no processo de atenção à saúde. Neste sentido, uma pesquisa que vise analisar o acesso a medicamentos e sua relação com o processo de institucionalização da assistência farmacêutica, tem, obviamente, que considerar a atenção básica como o local com maior capacidade de expressar a execução plena e portanto a institucionalização da política de AF, principalmente pelo processo já estabelecido historicamente entre o fornecimento de medicamentos, usuários e as Unidades Básicas de Saúde, mais atualmente dentro da Estratégia Saúde da Família.

Santich (1995), afirma que os conceitos da assistência farmacêutica se diferenciam entre os países considerados do primeiro mundo e os em desenvolvimento. Estas diferenças de concepções se resumem no papel que exerce o medicamento, ou seja, segundo a autora, para alguns ele é o foco da assistência farmacêutica e para outros ele é apenas um instrumento, pois o foco da assistência é o indivíduo. Essa diferença é também observada a partir da inserção das práticas de assistência farmacêutica em cada nível da atenção a saúde dentro da rede de serviços. (BARRETO, 2007)

Este estudo adotará o conceito de AF constante da PNAF, onde esta é:

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

Segundo Barreto (2007), é possível verificar a inserção da saúde pública e sua relação com o acesso ao medicamento neste conceito. Ou seja, o acesso ao medicamento, apesar de ser um dos objetivos da Política Nacional de Medicamentos, até então não constava em nenhum enunciado sobre assistência farmacêutica.

Para que a reorientação da assistência farmacêutica aconteça, é fundamental que todas as diretrizes e princípios apresentados na PNM e na PNAF tornem-se institucionalizados na organização e operação da própria assistência farmacêutica no SUS.

Para Selznick (1948), institucionalização é um processo que acontece com a organização com o passar do tempo. DiMaggio e Powell (1983), afirmam que o processo de definição institucional se caracteriza por uma ampliação do grau de interação entre as organizações no campo, pela emergência de estruturas de dominação e padrões de coalizão e por um maior conhecimento mútuo entre os participantes envolvidos no mesmo empreendimento. Para Berger e Luckmann (2004), o processo pelo qual as ações se repetem ao longo do tempo e assumem significados similares entre os atores é definido como institucionalização.

Machado da Silva, Fonseca e Crubellate (2004) se apoiam em Meyer e Rowan (1977), afirmando que institucionalização seria o processo pelo qual comportamentos sociais, obrigações ou realidades passam a assumir um *status* de regra no pensamento social e na ação. Zucker e Tolbert (1999), afirmam que a institucionalização seria a tipificação de ações tornadas habituais por tipos específicos de atores, sendo entendida como um processo central na criação e perpetuação de grupos sociais duradouros.

Diante desses referenciais, em estudo sobre a institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no país, integrante da PNAUM, foi adotada a institucionalização como um processo social e político-administrativo, que se expressa na criação e implementação de estruturas formais no sistema de saúde, na organização de serviços, em estruturas e mecanismos de financiamento, ferramentas de gestão, seu envolvimento na participação e controle social e desenvolvimento de práticas e atividades inerentes à assistência farmacêutica como um componente da atenção integral à saúde.

Assim, todo o processo de ampliação e fortalecimento da assistência farmacêutica no SUS e sua conseqüente consolidação passa principalmente pela compreensão e vontade política de atores que lidam diretamente com esta no seu cotidiano, envolvendo, portanto, profissionais de saúde, usuários, gestores públicos, indústria farmacêutica etc.

Esse processo é desafiador ao ponto em que está relacionado com mudanças comportamentais e até culturais dentro de instituições com características “enraizadas” ao longo do tempo a partir de interesses específicos de atores com poder político, ideológico e econômico relacionado com a AF, que podem inclusive atuar como “contraponto” às diretrizes propostas na reorientação da assistência farmacêutica presente na PNM e na PNAF, caso estas, de algum modo, interfiram negativamente na acumulação destes poderes por estes atores.

Zucker e Tolbert (1999) afirmam que o processo de institucionalização em organizações passaria por duas etapas sequenciais envolvidas na formação inicial das instituições e em seu desenvolvimento: a *habitualização* e a *objetificação*. Na primeira, aconteceria o desenvolvimento de comportamentos padronizados para a solução de problemas e a associação de tais comportamentos a estímulos particulares. Já a *objetificação* seria o desenvolvimento de significados gerais socialmente compartilhados ligados a esses comportamentos, sendo um desenvolvimento necessário para a transposição de ações para contextos além de seu ponto de origem.

Além destes dois processos, Berger e Luckmann (1967) sugerem mais uma etapa, que seria o fenômeno da exterioridade, sendo este também afirmado por Lynne Zucker. Se refere ao grau em que as tipificações são vivenciadas como possuindo uma realidade própria, uma realidade que confronta o indivíduo como um fato externo e coercitivo, estando também relacionado com a continuidade histórica das tipificações e, portanto, das organizações. Assim Zucker e Tolbert (1999) concluem atribuindo a esta terceira etapa, a definição de *sedimentação*, sendo o processo onde as ações adquirem a qualidade de exterioridade.

A PNAF sendo uma política recente e promulgada formalmente, passaria por este processo de institucionalização, havendo inicialmente um processo de inovação, caracterizado pelas propostas de mudanças e reordenações presentes no conteúdo da política. Esta inovação permitiria o início da habitualização, que segundo Zucker e Tolbert (1999), envolve a geração de novos arranjos estruturais em resposta a problemas ou conjuntos de problemas organizacionais específicos, como também a formalização de tais arranjos em procedimentos de uma dada organização ou de um conjunto de organizações que encontrem problemas semelhantes.

Zucker (1991) afirma que a permanência de características sociais seria uma definição comumente aceita para o conceito de instituição. A autora diferencia institucionalização e persistência cultural. As explicações tradicionais para a persistência de características culturais vinculam a instituição com o fenômeno institucional. Conforme a vertente sistêmica, os padrões institucionais ou culturais persistem porque preenchem necessidades funcionais. Na vertente normativa, eles persistem porque se fixam, ou são internalizados, enquanto normas compartilhadas de ação. Segundo Zucker (1991), em ambas as vertentes “o ator não possui um papel independente na manutenção das instituições; [padrões culturais] servem para pressionar o seu comportamento”. (ZUCKER, 1991, p. 84).

Esta pressão de comportamento pode ser estabelecida na organização da AF, com o processo de institucionalização de aspectos e mudanças estabelecidas com a PNAF e PNM. Oliver (1991) sugere que as organizações respondem de modo diferente ao ambiente mediante a formulação de ações estratégicas. Podem ir da conformidade até a resistência, de acordo com as pressões contextuais que são exercidas sobre elas, além da sua capacidade interna e dos motivos que geram tais pressões, de quem as exercem, do tipo de pressões, de como, por quais meios e onde são exercidas.

No contexto da AF um importante ator que teria poder para influenciar todo este processo de institucionalização, em especial a *habitualização* desta política pública é a indústria farmacêutica, ou seja, a instituição que se desenvolve com o lucro advindo do processo produtivo e mercadológico dos medicamentos.

O Poder, no espaço social, pode ir desde a capacidade geral de agir, até a capacidade do homem em determinar o comportamento do homem (BOBBIO, 1998). Dialeticamente, ao ter esta capacidade, o homem ou a instituição tem também algum nível de poder sobre a sociedade e sobre a sua organização. No modelo de produção capitalista, onde existe um pressuposto básico de geração de mais valia para a sobrevivência do próprio sistema, a indústria farmacêutica passa a ter um poder político significativo, ao ter um poder econômico sobre o mercado de medicamentos, que geralmente é capaz de influenciar ou até determinar a organização do Estado e de suas políticas públicas. Portanto, qualquer reorientação da assistência farmacêutica no SUS, que possa prejudicar economicamente a indústria farmacêutica

e diminuir o seu poder político, poderá ser encarada por esta como um "obstáculo" a ser combatido em diversas esferas, seja administrativa, jurídica, pública, social e mercadológica.

Este processo pode acontecer em diversas esferas, desde intensa participação nos processos de consultas públicas para a aprovação de novos medicamentos até a influência no poder legislativo, através de financiamento de campanha de parlamentares, que se comprometam a produzir ou redefinir legislações que favoreçam os interesses corporativos e financeiros da indústria farmacêutica.

Para Zucker e Tolbert (1999), o movimento em direção a um status mais permanente e disseminado está baseado no processo de *objetificação* da política que acompanha a difusão de sua estrutura. Esse fenômeno envolve, ainda segundo as autoras, "[...] o desenvolvimento de certo grau de consenso social entre as decisões da organização a respeito do valor da estrutura, e a crescente adoção pelas organizações com base nesse consenso" (ZUCKER e TOLBERT, p. 207, 1999).

Nesta etapa, o monitoramento do sucesso da implementação da política em outras organizações, pelos atores que de alguma forma tem poder de decisão sobre a institucionalização da própria política, interfere e influencia as organizações para que adotem os mesmos procedimentos, já habitualizados em outras organizações fortalecendo o processo de *objetificação*.

Estruturas que se *objetificaram*, passam a ser amplamente disseminadas. O ímpeto da difusão deixa de ser a simples imitação para adquirir uma base mais normativa, refletindo a teorização explícita ou implícita das estruturas. Este processo entre a inovação, a *habitualização* e a *objetificação*, não acontece de forma estática e em etapas tão bem definidas. Os processos são contínuos e podem, portanto, retroagir cada uma das etapas, ao ponto em que existem forças atuando em diversas direções em todo este processo de institucionalização de uma política pública (ZUCKER; TOLBERT, 1999).

Por exemplo, a ação de entes ou instituições no sentido de preservação de mercado e conseqüentemente econômica, é caracterizada como uma pressão do meio externo, podendo ter efeito no processo de institucionalização da assistência farmacêutica no SUS, podendo fragilizar sua reorientação a partir dos pressupostos da PNM e da PNAF. Berger e Luckmann (1967) afirmam que:

“[...] as instituições, também pelo simples fato de existirem, controlam a conduta humana estabelecendo padrões previamente definidos de conduta, que a canalizam em uma direção por oposição às muitas outras direções que seriam teoricamente possíveis”. (BERGER E LUCKMANN, p. 55, 1967).

Após a *objetificação*, viria a institucionalização total, ou a sedimentação. Este processo se caracteriza pela "propagação, virtualmente completa, de suas estruturas por todo o grupo de atores teorizados como adotantes adequados, como pela perpetuação da estrutura por um período longo de tempo" (ZUCKER e TOLBERT, p. 209, 1999).

As objetificações da ordem institucional devem ser transmitidas para uma nova geração. Isso pode ocorrer de diversas formas, dentre as quais destaca-se a transformação dos universos simbólicos, que são construções teóricas em diferentes áreas de significação que abrangem a ordem institucional em uma totalidade simbólica (BERGER; LUCKMANN, 1985). É no universo simbólico que se encontram todas as formas de conduta e papéis institucionais. Trata-se da legitimação final da ordem institucional, ligando acontecimentos passados, presentes e futuros, onde a linguagem tem um papel fundamental, pois é por meio dela que se estabelece uma memória compartilhada por todos os indivíduos e, em relação ao futuro, se estabelece um quadro de referência para as ações individuais.

Selznick (1996, p. 273) afirma que “a estrutura formal é institucionalizada tanto de dentro como de fora” da organização. Neste sentido, o processo de institucionalização de políticas públicas em organizações, e, portanto, da assistência farmacêutica no setor saúde, passa, necessariamente, por uma lógica de interesses individuais e coletivos presentes dentro e fora da organização. Esses interesses são histórica e socialmente determinados pelo contexto político que conforma a organização estrutural do Estado e do modelo de produção vigente. Desse modo, pode-se compreender que a institucionalização de uma política pública passa por uma disputa de poder político para a sua execução.

Essa disputa ocorre tanto na formulação como no próprio processo de aprovação legal da política, onde interesses diversos entram em conflito, sendo a política o resultado possível desta configuração de poder expressa pelos atores presentes na formulação e aprovação. As políticas públicas regulatórias geram processos de conflito, de consenso e de coalizão. E se modificam de acordo com sua configuração

específica, pois podem ter efeitos sobre grupos ou toda a população, como é o caso das políticas relacionadas à assistência farmacêutica (CHAVES, 2011).

Assim, é compreensível, inclusive, que atores que porventura não tenham conseguido impor seus interesses na formulação da política, passem a agir no seu processo de institucionalização, dificultando ou ajudando a sua consolidação. Portanto, nem tudo o que está legislado e determinado em documentos legais é mecanicamente assumido pelos indivíduos e coletivos presentes na organização.

Giddens (1978), compreende a estrutura como mutuamente constitutiva da ação e por ela constituída, enquanto fruto de um arcabouço prescrito de regras e de procedimentos e de padrões emergentes de interação, resultantes da contínua interpretação deles na rotina da organização. Portanto, reafirma o entendimento de que a institucionalização de uma política pública em organizações depende de como esta se organiza, age e estabelece as regras para seu funcionamento, contudo, ao mesmo tempo que exerce esta influência nos indivíduos e coletivos, esta organização também tem sua ação, regras e forma de se organizar influenciada por estes mesmos indivíduos e coletivos, estabelecendo uma relação dialética de processos de estagnação e mudanças dentro das próprias organizações.

Na assistência farmacêutica no SUS não é diferente. Com o estabelecimento jurídico-legal da PNM em 1998 e da PNAF em 2004, indivíduos e coletivos em diversas esferas administrativas e funcionais estariam dialeticamente sobre um novo processo de institucionalização de uma política pública que reordenaria todo o “fazer e compreender” relacionado à AF no país. Assim, pode-se pressupor que este processo não seria automático, acontecendo de forma rápida e consensual. Considerar desta forma, seria não compreender a diversidade de interesses existentes (muitos destes contraditórios), dentro do modo de produção vigente, que por se só já tem, de forma inerente, contradições insolúveis relacionadas ao processo de luta de classes e da organização do estado.

Um modelo de institucionalização da AF não tem sido objeto de estudos no Brasil. A PNAUM, mesmo sendo a mais abrangente pesquisa sobre a AF na história brasileira, não foi construída específica e diretamente para analisar o seu processo de institucionalização. Portanto, este estudo, baseando-se nos referenciais citados, faz uma aproximação deste processo, ao destacar determinados aspectos que podem caracterizar a institucionalização desta política em nosso país.

2 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal, analítico, que utilizará como base de dados os resultados da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM).

A PNAUM é uma pesquisa de âmbito nacional instituída pela Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012, do Ministério da Saúde. Parte da necessidade de avaliar a política pública de AF no país e tem como objetivo a caracterização da organização dos serviços de assistência farmacêutica na atenção básica do Sistema Único Saúde, tendo em vista o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, além de identificar e discutir fatores que interferem na consolidação da assistência farmacêutica na atenção básica no âmbito municipal.

A PNAUM possui dois componentes, um inquérito populacional e um estudo dos serviços farmacêuticos na atenção básica. Para este estudo, serão utilizados dados provenientes do segundo componente.

Serão utilizadas informações obtidas a partir dos seguintes entrevistados: responsáveis pela assistência farmacêutica (RAF), responsáveis pela entrega de medicamentos (REM) e usuários.

A amostra, composta por várias populações de estudo, foi definida para a PNAUM a partir de diversos pressupostos e processos estatísticos com o objetivo de ser representativa para as distintas regiões do país, estando descrita detalhadamente em outra publicação relativa à PNAUM^d.

^d Álvares J, Acúrcio FA, Costa EA, Costa KS, Guerra Jr AA, Guibu IA, Karnikowski MGO, Leite SN, Soeiro OM. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – componente serviços: percurso metodológico (2016). (Encaminhado para publicação na RSP).

Os dados foram coletados a partir de entrevistas estruturadas específicas para cada ator. Todas as entrevistas foram conduzidas por entrevistadores, devidamente capacitados para tal.

A PNAUM foi submetida ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa sob o CAAE 18947013.6.0000.0008 e aprovada. Os entrevistados foram esclarecidos sobre a pesquisa e a estratégia de coleta de dados. Segundo os dados da PNAUM (2015), toda entrevista foi precedida pela assinatura do “consentimento livre e esclarecido”. Os resultados desta investigação serão divulgados garantindo o anonimato dos participantes, ou seja, sem nenhuma forma de identificação individual.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica é objeto de outro estudo^o integrante da PNAUM e o seu conceito operacional foi utilizado para este estudo pela proximidade metodológica e temática. Logo, para este estudo, a institucionalização da AF é um processo social e político-administrativo, que se expressa na criação e implementação de estruturas formais no sistema de saúde, na organização de serviços, em estruturas e mecanismos de financiamento, ferramentas de gestão, seu envolvimento na participação e controle social e desenvolvimento de práticas e atividades inerentes à assistência farmacêutica como um componente da atenção integral à saúde.

Com base neste conceito operacional foram definidas as seguintes dimensões do processo de institucionalização da AF: aspectos formais da AF no sistema de saúde municipal; financiamento; estrutura; ferramentas de gestão; participação e controle social; atenção farmacêutica. Estas dimensões foram analisadas a partir de

^o Santana, GS; Costa, EA; Barros, RD; Pereira, MT; Barreto, JL. A institucionalização da assistência farmacêutica no Brasil (2016). (Encaminhado para publicação na RSP).

variáveis que constaram dos questionários das entrevistas com RAF e REM, integrantes das amostras da PNAUM.

Os questionários respondidos por RAF e REM possuíam diversas variáveis abordando aspectos específicos da institucionalização da AF. Neste sentido, foi necessário fazer uma adaptação das dimensões do estudo original para analisar as relações com o acesso aos medicamentos. Logo, algumas variáveis foram selecionadas e agrupadas em dimensões específicas para cada ator, conforme Quadro 1.

A dimensão da Atenção Farmacêutica foi analisada a partir da variável, “realização de atividade de natureza clínica”. Esta atividade é legalmente exclusiva do profissional farmacêutico^f, e para sua análise, foram incluídos apenas os dados de usuários que buscaram medicamentos em unidades de saúde onde o REM era farmacêutico.

A escolha dos RAF nos municípios e dos REM nos serviços de saúde para análise das relações entre o acesso a medicamentos e a institucionalização baseou-se no pressuposto de que estes atores são os que tem maior contato com a assistência farmacêutica, ou seja, maior relação com os aspectos de sua institucionalização.

Quadro 1 – Descrição das dimensões e variáveis para caracterizar a institucionalização da assistência farmacêutica segundo as informações dos RAF.

Dimensão	Variáveis
Aspectos formais	Assistência farmacêutica consta no Plano Municipal de Saúde
	Existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica
	Existência de Lista Padronizada de Medicamentos
	Existência de Comissão Permanente de Licitação exclusiva para a aquisição de medicamentos
Financiamento	Realização de gasto com a estruturação da AF

^f BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília: RDC 357 de Outubro de 2001.

	Coordenação da AF tem autonomia na gestão dos recursos financeiros
Ferramentas de gestão	Existência de sistema informatizado para a gestão da AF
	Existência de protocolo para o armazenamento de medicamentos
	Existência de protocolo para a distribuição de medicamentos
	Existência de protocolo para a entrega de medicamentos
	Existência de controle de entrada e saída de medicamentos do almoxarifado
	Existência de algum tipo de qualificação ou capacitação dos profissionais da AF
Participação e Controle Social	Existência de mecanismos para recebimento de críticas pelos usuários sobre a AF
	Participação no Conselho Municipal de Saúde (CMS)

Fonte: Elaborado a partir da análise dos questionários da PNAUM.

Quadro 2 – Descrição das dimensões e variáveis para caracterizar a institucionalização da assistência farmacêutica segundo as informações dos responsáveis pela entrega de medicamentos (REM).

Dimensão	Variáveis
Estrutura	Categoria profissional do REM
Ferramentas de gestão da assistência farmacêutica	Participação em capacitação ou curso para profissionais da AF no município nos últimos 02 anos
	Existência de sistema informatizado para a gestão da AF
	Existência de sistema informatizado para a gestão da AF ligado em rede com as unidades de saúde
	Existência de sistema informatizado de gestão para a assistência farmacêutica

	Farmacêutico participa na unidade de saúde da programação de medicamentos
	Farmacêutico participa na unidade de saúde do controle do estoque
	Farmacêutico participa na unidade de saúde da dispensação (entrega) de medicamentos
	Existência de um sistema de controle de estoque (entrada e saída) de medicamentos
	Realização de controle da validade dos medicamentos
Atenção Farmacêutica	Realização de atividade de natureza clínica

Fonte: Elaborado a partir da análise dos questionários da PNAUM.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Para a caracterização do acesso a medicamentos na atenção básica, será utilizado o referencial de obtenção. Somente serão considerados os usuários que procuraram por medicamentos nas farmácias públicas no SUS nos últimos 03 meses. Os resultados foram escalonados (Quadro 3) de acordo com a frequência de obtenção dos medicamentos no período estabelecido.

Quadro 3 – Escalonamento do acesso a todos os medicamentos nas farmácias públicas do SUS de acordo com a frequência de obtenção nos últimos 03 meses.

Acesso	Frequência de obtenção de TODOS os medicamentos nas farmácia públicas do SUS
Total	Sempre
Parcial	Repetidamente, às vezes ou raramente
Sem acesso	Nunca

Fonte: Elaborado a partir do resultado da questão 302 do questionário respondido pelos usuários na PNAUM.

Para responder a esta pergunta, foram utilizados os resultados específicos provenientes do questionário dos usuários. Será utilizada apenas uma variável presente no questionário: “Nos 3 últimos meses, com qual frequência você CONSEGUIU os Remédios que procurava nas Farmácias Públicas do SUS?” (PNAUM 2015).

2.3 DEFINIÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE O ACESSO À MEDICAMENTOS E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Para esta definição será utilizado o teste de hipóteses. Segundo Arango (2009, p. 219), “testar uma hipótese significa verificar se um pressuposto é verdadeiro ou não”. Neste estudo, foi verificado se aspectos da institucionalização da assistência farmacêutica influencia o acesso a medicamentos pelos usuários na atenção básica. Para tal, foi utilizado o nível de significância entre 1 e 5%.

Para a análise bivariada dos dados, foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson e o nível de significância adotado como limite para a associação foi de $p \leq 0,05$ (p-valor). A regressão logística multinomial foi utilizada para obter estimativas de odds ratios e intervalos de confiança. Esse método permite o cálculo de odds ratios considerando-se uma variável-dependente com mais de duas categorias. Nesse caso, cada categoria é comparada à categoria de referência num único processamento. No presente trabalho, a análise foi feita pela comparação entre aqueles usuários que obtiveram acesso total, parcial e sem acesso segundo os graus de escalonamento já descritos. O critério para a inclusão de variáveis no modelo logístico foi a associação de variáveis com o acesso em nível de $p < 0,05$ na análise bivariada. Para a permanência das variáveis no modelo logístico, foi utilizado também o nível de $p < 0,05$.

Para os objetivos do presente artigo a amostra de usuários foi redefinida, resultando em subamostras, sendo uma relacionada com os aspectos referidos pelos

RAF e outra com aspectos informados pelos REM. Neste sentido, adotou-se os seguintes critérios de inclusão:

A - Foram incluídos no estudo apenas os usuários que afirmaram ter buscado medicamentos em farmácias públicas do SUS, nos últimos 03 meses:

B1 - Tendo por referência as informações prestadas pelos RAF, foram incluídas apenas as respostas de usuários que residiam em municípios da amostra onde o RAF foi entrevistado, gerando a primeira subamostra. Nesta análise foi utilizada como variável chave o município declarado pelo usuário e pelo RAF.

B2 - Em relação às informações prestadas pelos REM, foram incluídas apenas as respostas dos usuários que afirmaram ter buscado medicamentos em unidades de saúde onde o REM foi também entrevistado, gerando a segunda subamostra de usuários. Nesta análise a variável chave foi o número da unidade no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), presentes nos bancos de dados de ambos os entrevistados.

O processo analítico foi realizado através do software SPSS®, Versão 21, a partir da análise bivariada entre as frequências de acesso total, parcial e sem acesso dos usuários e as variáveis presentes nas respostas dadas por RAF e REM relativas à institucionalização.

Os resultados do estudo foram apresentados em formato de artigo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO: ARTIGO – ACESSO A MEDICAMENTOS: RELAÇÕES COM A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA.

Introdução

O medicamento tem inegável contribuição e importância no cuidado à saúde, ao melhorar as condições e a qualidade de vida de pessoas portadoras de enfermidades crônicas¹, previne doenças infectocontagiosas, atenuando ou até curando outras tantas doenças. É considerado a intervenção terapêutica mais custo-efetiva, quando sua prescrição e seu uso são realizados de forma racional. Neste sentido, os estados nacionais, de formas variadas, organizam os seus sistemas de saúde o considerando como uma ferramenta essencial no processo de atenção à saúde¹³.

Mesmo sendo considerado um bem social e algo essencial no funcionamento dos serviços de saúde, o acesso a medicamentos no mundo ainda é irregular. Dados da OMS⁹ evidenciam que um terço da população mundial ainda não tem acesso regular a esta tecnologia. As explicações deste fato podem estar na inexistência de sistemas de proteção social em saúde universais e a baixa capacidade aquisitiva de governos e populações desses países, além das altas taxas de desperdício na assistência farmacêutica¹.

O Brasil não se encontra fora deste contexto. A partir da criação do SUS, passou por um intenso processo de organização do seu sistema de saúde em que o medicamento também foi e continua sendo considerado essencial. Hoje são percebidos avanços significativos na melhoria da política de saúde e atualmente o

⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cobertura sanitária universal. Disponível em: <http://www.who.int/universal_health_coverage/es/>. Acesso em 15 de fevereiro de 2016.

sistema é reconhecido em decorrência de seus princípios de universalidade e igualdade no atendimento e de integralidade das ações e serviços de saúde²⁰.

Apesar do reconhecimento dos avanços na atenção à saúde a partir da criação do SUS²⁰, uma política nacional específica para medicamentos e assistência farmacêutica^h (AF) só veio a ser estabelecida a partir de 1998.

A PNM tem como finalidades principais garantir a necessária segurança, eficácia e a qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Para alcançar os objetivos definidos, estabeleceu diretrizes, entre as quais, a adoção da relação de medicamentos essenciais, a promoção do uso racional de medicamentos e a reorientação da assistência farmacêutica. Em 2004 foi aprovada a PNAFⁱ, que dispõe sobre sua reorientação, aprofundando princípios e eixos estratégicos de atuação.

O Sistema Único de Saúde, a partir da década de 1990, iniciava um forte processo de expansão dos serviços de saúde¹⁵. Diante desta ampliação, houve também a necessidade de reorganização da AF no SUS, de maneira a aumentar a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos e ao mesmo tempo minimizar custos.

Entende-se que o acesso a medicamentos integra o acesso aos serviços e cuidados de saúde¹⁷ e que, a organização dos serviços de assistência farmacêutica, portanto, integram o sistema de saúde.

O processo de institucionalização de uma política pública pressupõe que comportamentos sociais, obrigações ou realidades passam a assumir um status de regra no pensamento social e na ação¹⁴. Assim, a institucionalização da AF, a partir do seu processo de reorientação definido na PNM, pode ter sido determinante no acesso aos medicamentos pela população brasileira nos últimos anos, principalmente na Atenção Básica.

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

ⁱ BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Com base nos resultados da PNAUM - a mais abrangente pesquisa sobre a AF no Brasil, o objetivo deste artigo foi analisar as relações entre o acesso a medicamentos, pela população, e a institucionalização da assistência farmacêutica, na atenção básica no SUS.

Metodologia

Este artigo tem por base resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), cujo objetivo foi caracterizar a organização dos serviços de AF na Atenção Básica/SUS, com vistas ao acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, bem como identificar e discutir os fatores que interferem na consolidação da AF no âmbito municipal.

A PNAUM é um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, composto por um levantamento de informações numa amostra de serviços de atenção básica, representativos das regiões do Brasil, com observação direta dos serviços farmacêuticos e entrevistas presenciais e remotas. Várias populações de estudo foram consideradas no plano de amostragem, conforme artigo metodológico¹, com amostras estratificadas pelas regiões, que constituem domínios do estudo. Foram realizadas entrevistas por entrevistadores capacitados, mediante um questionário específico para cada categoria de entrevistado, de modo presencial com o responsável pela entrega de medicamentos (REM), usuários e médicos e de forma remota com o responsável pela AF (RAF) e o Secretário Municipal de Saúde.

Na PNAUM, o acesso a medicamentos foi definido como sua obtenção, pelos usuários, cuja frequência sinalizada no questionário foi: sempre, repetidamente, às vezes, raramente e nunca. Nos estudos, optou-se por agregar os resultados de obtenção de medicamentos em três categorias de acesso: Total (sempre), Parcial (repetidamente, às vezes e raramente) e Sem Acesso (nunca).

Neste estudo, foram utilizadas essas mesmas categorias de acesso, obtidas a partir das respostas de usuários dos serviços de atenção básica, entre os quais foram selecionados apenas os que procuraram por medicamentos nas farmácias públicas do SUS nos últimos 03 meses. Foram utilizados também os resultados das entrevistas

¹ Álvares J, Acúrcio FA, Costa EA, Costa KS, Guerra Jr AA, Guibu IA, Karnikowski MGO, Leite SN, Soeiro OM. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – componente serviços: percurso metodológico (2016). (Encaminhado para publicação na RSP).

com responsáveis pela assistência farmacêutica (RAF) e responsáveis pela entrega de medicamentos (REM)

A escolha dos RAF nos municípios e dos REM nos serviços de saúde para análise da relação entre o acesso a medicamentos e a institucionalização baseou-se no pressuposto de que estes atores são os que tem maior contato com a assistência farmacêutica, ou seja, maior relação com os aspectos de sua institucionalização na atenção básica.

Adotou-se um conceito operacional, de um estudo que integra a PNAUM^k, no qual a institucionalização da AF é definida como um processo social e político-administrativo, que se expressa na criação e implementação de estruturas formais no sistema de saúde, na organização de serviços, em estruturas e mecanismos de financiamento, ferramentas de gestão, envolvimento na participação e controle social e desenvolvimento de práticas e atividades inerentes à assistência farmacêutica enquanto um componente da atenção integral à saúde. Com base no conceito operacional foram definidas as seguintes dimensões do processo de institucionalização da AF: aspectos formais da AF no sistema de saúde municipal; estrutura; financiamento; ferramentas de gestão; participação e controle social; atenção farmacêutica. Estas dimensões foram analisadas a partir de variáveis que constaram dos questionários das entrevistas com RAF e REM, integrantes das amostras da PNAUM.

Os questionários respondidos por RAF e REM possuíam diversas variáveis abordando aspectos específicos da institucionalização da AF. Neste sentido, foi necessário fazer uma adaptação das dimensões do estudo original para analisar as relações com o acesso aos medicamentos. Logo, algumas variáveis foram selecionadas e agrupadas em dimensões específicas para cada ator.

As dimensões “aspectos normativos”, “participação e controle social” e “financiamento” só possuíam variáveis pertinentes no questionário do RAF. “Estrutura” e “Atenção Farmacêutica” só foram verificadas a partir de variáveis presentes no questionário do REM. “Ferramentas de Gestão” foi analisada a partir de variáveis presentes nos dois questionários.

^k Santana, GS; Costa, EA; Barros, RD; Pereira, MT; Barreto, JL. et al. A institucionalização da assistência farmacêutica no Brasil (2016). (Encaminhado para publicação na RSP).

A dimensão “Atenção Farmacêutica” foi analisada a partir da variável, “realização de atividade de natureza clínica”. Esta atividade é legalmente exclusiva do profissional farmacêutico¹, portanto, para sua análise, foi incluído apenas usuários que buscaram medicamentos em unidades de saúde onde o REM era farmacêutico. A dimensão “Estrutura”, foi analisada segundo a categoria do profissional responsável pela entrega dos medicamentos nas unidades de saúde.

Para os objetivos do presente artigo a amostra de usuários foi redefinida, resultando em subamostras, sendo uma relacionada com os aspectos referidos pelos RAF e outra com aspectos informados pelos REM. Neste sentido, adotou-se os seguintes critérios de inclusão:

A - Foram incluídos no estudo apenas os usuários que afirmaram ter buscado medicamentos em farmácias públicas do SUS, nos últimos 03 meses:

B1 - Tendo por referência as informações prestadas pelos RAF, foram incluídas apenas as respostas de usuários que residiam em municípios da amostra onde o RAF foi entrevistado, gerando a primeira subamostra. Nesta análise foi utilizada como variável chave o município declarado pelo usuário e pelo RAF.

B2 - Em relação às informações prestadas pelos REM, foram incluídas apenas as respostas dos usuários que afirmaram ter buscado medicamentos em unidades de saúde onde o REM foi também entrevistado, gerando a segunda subamostra de usuários. Nesta análise a variável chave foi o número da unidade no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), presentes nos bancos de usuários e REM.

Para a análise bivariada dos dados, foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson e o nível de significância adotado como limite para a associação foi de $p \leq 0,05$ (p-valor).

A PNAUM foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (Parecer 398.131/2013), procedendo-se esclarecimento aos entrevistados dos objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

¹ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília: RDC 357 de Outubro de 2001.

Resultados e discussão

Dos 8803 usuários entrevistados nas UBS das cinco regiões do Brasil, 5758 relataram ter ido em farmácias públicas do SUS em busca de medicamentos nos últimos 03 meses. Destes, 4866 eram dos mesmos municípios onde 231 RAF foram entrevistados. Dos 5758, 4424 usuários foram entrevistados nas mesmas unidades de 960 REM.

A Tabela 1 apresenta os resultados de acesso a medicamentos pelos usuários, segundo aspectos da institucionalização, informados pelos RAF.

Tabela 1 – Acesso a medicamentos na AB/SUS: relações com aspectos da institucionalização da Assistência Farmacêutica segundo informações prestadas pelos Responsáveis pela Assistência Farmacêutica (RAF).

Dimensões	Variáveis	Usuários (N)	Total	Acesso %		p-valor*		
				Parcial	Sem Acesso			
Aspectos formais	Assistência farmacêutica consta no Plano Municipal de Saúde	Sim	4361	60,6%	35,3%	4,1%	0,324	
		Não	268	54,2%	43,2%	2,6%		
	Existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica	Em fase de implantação	Sim	2268	57,5%	39,4%	3,1%	0,102
			Não	483	66,1%	30,5%	3,4%	
		Não	1993	61,0%	34,6%	4,5%		
	Existência de Lista Padronizada de Medicamentos	Sim	4468	60,1%	35,7%	4,1%	0,878	
		Não	316	61,8%	34,6%	3,7%		
	Existência de Comissão Permanente de Licitação exclusiva para a aquisição de medicamentos	Sim	1666	64,0%	32,7%	3,3%	0,012	
		Não	3042	58,1%	37,7%	4,2%		
	Financiamento	Realização de gasto com a estruturação da AF	Sim	2484	59,2%	36,8%	3,9%	0,417
Não			1969	61,5%	35,3%	3,2%		
Coordenação da AF tem autonomia na gestão dos recursos financeiros		Sim, totalmente	924	60,8%	36,5%	2,7%	0,004	
		Sim, parcialmente	2324	60,8%	35,3%	3,9%		
		Não	1445	56,9%	36,9%	6,2%		
Ferramentas de Gestão	Existência de sistema informatizado para a gestão da AF							

	Sim	3722	62,7%	34,2%	3,1%	0,000	
	Não	1093	52,8%	40,3%	6,9%		
	Existência de protocolo para o armazenamento de medicamentos						
	Sim	3449	64,3%	32,6%	3,1%	0,000	
	Não	1202	51,1%	43,1%	5,8%		
	Existência de protocolo para a distribuição de medicamentos						
	Sim	3268	64,8%	32,0%	3,2%	0,000	
	Não	1418	52,3%	42,4%	5,3%		
	Existência de protocolo para a entrega de medicamentos						
	Sim	3027	61,9%	35,0%	3,1%	0,000	
	Não	1591	54,6%	39,1%	6,3%		
	Existência de controle de entrada e saída de medicamentos do almoxarifado						
	Sim	4625	60,5%	35,6%	3,9%	0,951	
	Não	190	60,3%	36,2%	3,4%		
	Existência de algum tipo de qualificação ou capacitação dos profissionais da AF						
	Sim	872	73,0%	25,6%	1,4%	0,000	
	Não	2951	56,4%	38,5%	5,0%		
	Existência de mecanismos para recebimento de críticas pelos usuários sobre a AF						
Participação e Controle Social	Sim	1938	62,6%	32,3%	5,1%	0,051	
	Não	1971	58,3%	38,1%	3,6%		
	Participação do RAF no Conselho Municipal de Saúde						
		Sempre ou repetidamente	1138	65,6%	31,8%	2,6%	0,007
		Às vezes ou raramente	921	59,5%	36,9%	3,6%	
	Nunca	1493	59,2%	35,8%	4,1%		

*Associação Significativa: $p \leq 0,05$

Fonte: PNAUM – Serviços (2015)

Na dimensão “Aspectos Formais”, a única variável com associação significativa foi a existência de Comissão Permanente de Licitação Exclusiva, onde o acesso total foi 5,9% maior do que em locais onde não havia esta comissão.

Este resultado reforça a ideia em que o processo licitatório é decisivo nas fases da aquisição de medicamentos e, portanto, interfere também na oferta de medicamentos à população. Assim, é necessário considerar o medicamento como um insumo diferencial durante o processo de licitação, sendo que a falta dele pode comprometer severamente o serviço de saúde¹⁸.

Os outros três aspectos (Presença da AF no Plano Municipal de Saúde, Existência de Lista Padronizada de Medicamentos e Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT) não obtiveram associação significativa. Este fato pode indicar que estes apresentam-se apenas como aspectos meramente formais, não produzindo efeitos no processo de organização da AF nos municípios. Um limite a ser considerado é que, na PNAUM, não foi possível analisar o modo de funcionamento e operação das listas padronizadas ou das CFT nos diversos municípios, podendo haver diferenças significativas entre os modos como estes dois aspectos são organizados em cada local.

A PNM estabelece como diretriz para o fortalecimento da AF a adoção da Relação de Medicamentos Essenciais. A PNAF estabelece que a utilização destas listas é um eixo estratégico, sendo um instrumento racionalizador das ações nos diversos âmbitos da AF. Outros autores⁴ afirmam que o conceito de medicamentos essenciais é globalmente aceito como um meio poderoso de promover a igualdade na saúde, e é instrumentalizado por uma lista de referência padronizada.

A Lista Padronizada de Medicamentos e a presença de AF no Plano Municipal de Saúde estavam presentes na maioria dos municípios analisados. Em consequência, a amostra para efeito de comparação nos municípios que não tinham estas variáveis ficou sensivelmente pequena podendo ter interferido na significância do resultado.

Na dimensão “Financiamento”, os resultados demonstraram que o acesso total a medicamentos, em relação a existência de gasto com estruturação da AF, foi muito próximo tanto em locais onde os RAF afirmaram não haver gasto (61,5%) como em locais onde os RAF afirmaram haver (59,2%). Estes dados reforçam a não associação significativa desta variável em relação ao acesso a medicamentos.

A estruturação da AF nos municípios é um fator que interfere diretamente no processo de trabalho dos profissionais da AF⁹. Esta estrutura pode estar relacionada com outros aspectos da institucionalização (como sistema informatizado, controle de estoque, armazenamento adequado dentre outros), que se relacionam também com o acesso a medicamentos pela população. Neste sentido, serão necessários outros estudos mais sensíveis e específicos para esta temática, com metodologias definidas para a análise relação desta variável (financiamento) sobre o acesso.

A autonomia na gestão dos recursos financeiros obteve associação significativa, sendo que os usuários residentes em locais onde os RAF possuíam autonomia total ou parcial na gestão dos recursos financeiros tinham um melhor acesso total (60,8%) em comparação com locais onde o RAF não tem autonomia (56,9%). Esta autonomia pode permitir ao RAF mais agilidade na resolução de problema específicos da gestão da AF que podem interferir diretamente no acesso aos medicamentos pelos usuários na AB.

Na dimensão “Ferramentas de Gestão”, os resultados demonstraram que o acesso foi maior em municípios onde existia: sistema informatizado para a gestão da AF, protocolos para armazenamento, distribuição e entrega de medicamentos e algum tipo de qualificação ou capacitação dos profissionais da AF. Todas estas variáveis obtiveram associação significativa.

Estudo realizado demonstrou que os municípios que adotaram um sistema informatizado para a gestão da AF (no caso em específico o modelo Hórus disponibilizado pelo Ministério da Saúde) tiveram um aumento no acesso aos medicamentos pela população. Segundo o estudo, sistema informatizado contribui com maior segurança no acesso e utilização dos medicamentos pelos usuários ao fortalecer o processo de controle e monitoramento desses fármacos⁶.

Os protocolos existentes (armazenamento, distribuição e entrega de medicamentos), se relacionam diretamente com as ações presente no ciclo logístico característico da AF. Os resultados positivos do acesso reforçam a tese de que o uso de protocolos é uma das estratégias que têm contribuído para direcionar o uso racional de medicamentos¹¹.

Já o controle de entrada e saída de medicamentos do almoxarifado não obteve associação significativa. Alguns estudos já identificaram ausência deste aspecto em farmácias de municípios brasileiros^{21, 16}. Contudo, os dados da PNAUM, segundo os RAF, em comparação com estes estudos, mostram um avanço, constatando-se que na grande maioria dos municípios pesquisados os RAF referiram a existência desse controle.

O resultado positivo para o acesso de usuários aos medicamentos em municípios onde houve Capacitação ou qualificação dos profissionais da AF na AB, reforça conceitos, onde a capacitação dos profissionais é aspecto relevante na consolidação das políticas públicas²⁰, conseqüentemente, também da política de AF no Brasil.

Na dimensão “Participação e Controle Social”, a existência de um mecanismo para o recebimento de crítica não obteve associação significativa. Diferente da participação do RAF no Conselho Municipal de Saúde que obteve associação significativa. O acesso total (65,6%) foi maior quando o RAF participava sempre ou repetidamente do CMS. Nos locais onde a participação foi menos frequente o acesso total foi menor (59,5%).

A Tabela 2 apresenta os resultados de acesso a medicamentos pelos usuários, segundo aspectos da institucionalização, informados pelos REM.

Tabela 2 – Acesso a medicamentos na AB/SUS: relações com a institucionalização da Assistência Farmacêutica segundo informações prestadas pelos Responsáveis pela Entrega de Medicamentos (REM)

Dimensões	Variáveis	Usuários (N)	Tipo de Acesso %			p-valor*	
			Total	Parcial	Sem Acesso		
Estrutura	Categoria profissional do REM						
		Farmacêutico	1282	64,9%	32,3%	2,8%	0,000
		Aux. ou Téc. de Farmácia	370	67,4%	30,3%	2,3%	
		Enfermeiro(a)	474	56,6%	38,9%	4,5%	
		Aux. ou Téc. de Enfermagem	1312	61,2%	36,0%	2,8%	
		Aux. Administrativo	387	50,4%	35,8%	13,8%	
		Agente Comunitário de Saúde	112	43,9%	53,2%	2,9%	
	Outros	487	58,2%	35,2%	6,6%		
Ferramentas de Gestão	Participação em capacitação ou curso para profissionais da AF no município nos últimos 02 anos						
		Sim	1491	65,3%	30,3%	4,5%	0,009
		Não	2922	59,1%	36,9%	4,0%	
	Existência de sistema informatizado para a gestão da AF						
		Sim	1979	65,7%	32,0%	2,4%	0,000
		Não	2399	57,8%	36,8%	5,4%	
	Existência de sistema informatizado para a gestão da AF ligado em rede com as unidades de saúde						
		Sim	1533	70,3%	28,0%	1,7%	0,000
		Não	418	46,3%	48,2%	5,5%	
	Farmacêutico participa na unidade de saúde da programação de medicamentos						
	Sim	2931	62,8%	32,6%	4,6%	0,015	
	Não	1387	58,3%	38,3%	3,4%		
Farmacêutico participa na unidade de saúde do controle do estoque							

	Sim	3377	64,2%	32,0%	3,8%	
	Não	1018	52,1%	42,8%	5,1%	0,000
Farmacêutico participa na unidade de saúde da dispensação (entrega) de medicamentos						
	Sim	3045	63,9%	32,1%	4,0%	
	Não	1373	54,7%	40,8%	4,5%	0,000
Existência de um sistema de controle de estoque (entra e saída) de medicamentos						
	Sim, manual	2327	57,8%	36,9%	5,3%	
	Sim, informatizado	1932	65,7%	31,8%	2,5%	0,000
	Não	160	60,1%	35,5%	4,5%	
Realização de controle da validade dos medicamentos						
	Sim, manual	2902	57,1%	37,8%	5,1%	
	Sim, informatizado	1437	69,7%	28,5%	1,8%	0,000
	Não	80	53,4%	36,7%	9,9%	
Realização de atividade de natureza clínica						
Atenção Farmacêutica	Sim	343	67,5%	29,3%	3,2%	
	Não	939	64,3%	33,0%	2,7%	0,638

*Associação Significativa: $p \leq 0,05$

Fonte: PNAUM – Serviços (2015)

Na dimensão “Estrutura”, do total de usuários, 35,2% buscaram medicamentos em unidades de saúde onde o REM era farmacêutico, 10,9% com auxiliar ou técnico de farmácia, 13,0% com enfermeiro, 23,9% com auxiliar ou técnico de enfermagem, 5,6% com auxiliar administrativo e 1,3% com agentes comunitários de saúde.

Os usuários obtiveram um maior acesso total em unidades onde REM eram profissionais farmacêuticos (64,9%), notando-se também efeito semelhante e até maior em unidades com auxiliares de farmácia (67,4%) responsáveis pela entrega. Por sua vez, quando buscaram medicamentos em unidades com auxiliares administrativos dispensando medicamentos, os resultados foram expressamente menores (50,4%) em comparação com os atores citados. Este aspecto obteve associação significativa, portanto a categoria do profissional que está como REM interfere significativamente no acesso aos medicamentos.

A dispensação é ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não². É uma oportunidade para o farmacêutico contribuir para o uso racional de medicamentos pois na interação com o usuário é possível identificar a sua necessidade e orientar tanto sobre o medicamento quanto sobre sua saúde de forma integral¹². A dispensação deve ser entendida como integrante do processo de atenção ao usuário, ou seja, como uma atividade realizada por um profissional da saúde com foco na prevenção e promoção da saúde, tendo o medicamento como instrumento de ação⁸.

Neste sentido, compreende-se que o profissional mais capacitado e preparado para promover de forma qualificada o processo de dispensação de medicamentos é o farmacêutico.

Na dimensão “Ferramentas de Gestão”, o acesso a medicamentos foi maior nos locais onde havia: participação do REM em capacitações ou cursos para profissionais da AF nos últimos 02 anos; existência de sistema informatizado para a gestão da AF; ligação do sistema informatizado em rede com as unidades de saúde; participação do farmacêutico na programação, controle de estoque e dispensação (entrega) de medicamentos nas unidades de saúde; existência de um sistema de controle de estoque e de validade dos medicamentos. Todas as ferramentas analisadas obtiveram associação significativa em relação ao acesso.

O resultado positivo para o acesso a medicamentos nos locais onde houve Capacitação ou qualificação dos profissionais da AF na AB, reafirma a relevância deste processo na consolidação das políticas públicas²⁰.

De forma semelhante aos resultados segundo os RAF, usuários que buscaram medicamentos em unidades onde os REM afirmaram haver um sistema informatizado, obtiveram um maior acesso total (65,7%) em relação a outros que buscaram em locais sem a mesma tecnologia (57,8%). Nos locais onde este sistema estava ligado em rede com as unidades de saúde o acesso foi ainda maior (70,3%).

Aprofundando estes dados, sinaliza-se que 55,6% dos usuários buscaram medicamentos em unidades que não contavam com um sistema de gestão da AF. Nas unidades onde havia um sistema, 18,5% não estava ligado em rede com outras unidades, dificultando o processo de articulação das informações.

Com relação ao ciclo logístico da AF, usuários obtiveram um maior acesso quando o profissional farmacêutico participou de algumas atividades da AF nas unidades de saúde. Este resultado positivo reforça novamente os achados da dimensão “Estrutura”, onde a participação do Farmacêutico como REM interfere positivamente no acesso a medicamentos.

Observou-se que quando o controle de estoque e o controle de validade dos medicamentos eram informatizados, os índices de acesso total foram maiores, principalmente no controle de validade, onde o índice foi 12,6% maior em relação aos locais onde o controle era manual.

Usando o Estado de São Paulo como lócus, no ano 2000, um estudo já demonstrava que o modelo descentralizado de distribuição e dispensação de medicamentos com um bom sistema de informação é mais eficiente e econômico⁵.

Alguns autores consideram que a AF depende decisivamente de operações logísticas para a sua execução. Este processo envolveria um ciclo de ações correlacionadas, que permeia os seguintes componentes organizacionais: programação, aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos. Um sistema de controle de estoque (entradas e saídas) eficiente, pode subsidiar a programação e a aquisição de medicamentos, corrigindo distorções e evitando perdas³.

Na dimensão “Atenção Farmacêutica”, os resultados demonstraram um maior acesso total (67,5%) nos locais onde havia o desenvolvimento desta atividade, em relação a locais onde este mesmo processo não era realizado (64,3%). Contudo, este aspecto não obteve associação significativa, não apresentando interferência potencial no acesso aos medicamentos.

Nesta prática de natureza clínica, o farmacêutico atende o usuário diretamente. Avalia e orienta em relação à farmacoterapia prescrita pelo profissional de saúde⁷, por meio da análise das suas necessidades relacionadas aos medicamentos e detectando problemas relacionados. Este processo envolve macrocomponentes como a educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacêutico e seguimento farmacoterapêutico, além do registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados¹⁰.

Conclusão

Face aos resultados, aspectos relacionados com a institucionalização da AF no Brasil interferem no acesso a medicamentos pelos usuários na AB. Outra constatação é que diversos destes aspectos ainda não estão presentes na maioria dos municípios brasileiros ou mesmo nas unidades de saúde da AB. Este estudo pode contribuir com indicações de aspectos que podem ser fortalecidos no processo de organização da AF na AB, visando a ampliação do acesso a medicamentos pelos usuários do SUS.

A priorização destes aspectos pelos diversos atores que participam da formulação e implementação de políticas públicas de saúde, pode resultar no fortalecimento da institucionalização da AF. Novas investigações de abrangência nacional serão necessárias para ampliar o entendimento sobre a relação da institucionalização da AF e outras dimensões do acesso a medicamentos e também para estabelecer processos comparativos a partir do tempo.

Referências

1. Bermudez JAZ, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência Farmacêutica. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 657-685.
2. Brasil. Lei nº. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1973.
3. Bruns SF, Luiza VL, Oliveira EA. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. *Rev. Adm. Pública*. 2014; 48(3): 745-765. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-76121502>
4. Coelho HLL, Rey LC, de Medeiros MS, Barbosa RA, Fonseca SG, Costa PQD. Uma comparação crítica entre a Lista de Medicamentos Essenciais para Crianças da Organização Mundial de Saúde e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). *Jornal de Pediatria*. 2013;89(2): 171-178. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.004>
5. Cosendey MAE, Bermudez JAZ, Reis ALA, Silva HF, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000;16(1): 171-182. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100018>
6. Costa KS, Nascimento Jr. JM. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46(Suppl. 1), 91-99. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000063>
7. Furtado GR. Noções Básicas sobre Atenção Farmacêutica. Curitiba: Editora UFPR; 2001. p. 23
8. Galato D, Alano GM, Trauthman SC, Vieira AC. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 2008;44(3), 465-475. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000300017>
9. Galato D, Angeloni L. A farmácia como estabelecimento de saúde sob o ponto de vista do usuário de medicamentos. *Rev. Bras. Farm.* 2009;90(1), 14-18.
10. Ivama AM. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília; Organização Pan-Americana de Saúde; 2002. p. 24

11. Lyra Junior DP, Porto JG, Souza LS. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. 2012;32(3), 403-410.
12. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. In Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 336
13. McIsaac W, Naylor CD, Anderson GM, O'Brien BJ. Reflections on a month in the life of the Ontario Drug Benefit Plan. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 1994; 150(4), 473.
14. Meyer JW; Rowan B. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*. 1977;83(2), p. 340-363. <http://dx.doi.org/10.1086/226550>
15. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(3), 3561-3567. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900031>
16. Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasil; Ministério da Saúde; 2005. p.260
17. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*. 1981;19(2). 127-140. <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
18. Reis AMM, Perini E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(Supl):603-610. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000700009>
19. Silva RM, Caetano R. Programa "Farmácia Popular do Brasil": caracterização e evolução entre 2004-2012. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(10), 2943-2956. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.17352014>
20. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2). 149-156. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010000200010>
21. Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24(2):91-100. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000800003>

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face aos resultados, aspectos relacionados com a institucionalização da AF no Brasil interferem no acesso a medicamentos pelos usuários na AB. Outra constatação é que diversos destes aspectos ainda não estão presentes na maioria dos municípios brasileiros ou mesmo nas unidades de saúde da AB. Este estudo pode contribuir com indicações de aspectos que podem ser fortalecidos no processo de organização da AF na AB, visando a ampliação do acesso a medicamentos pelos usuários do SUS.

A priorização destes aspectos pelos diversos atores que participam da formulação e implementação de políticas públicas de saúde, pode resultar no fortalecimento da institucionalização da AF. Novas investigações de abrangência nacional serão necessárias para ampliar o entendimento sobre a relação da institucionalização da AF e outras dimensões do acesso a medicamentos e também para estabelecer processos comparativos a partir do tempo.

REFERÊNCIAS

ARANGO, Héctor Gustavo. **Bioestatística**: teórica e computacional. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, c2009. 438 p. ISBN 9788527715584 (broch.)

BARRETO, Joslene Lacerda. **Análise da gestão descentralizada da assistência farmacêutica: um estudo em municípios baianos**. Dissertação (Mestrado em Administração)-Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2007.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **The social construction of reality**: a treatise in the sociology of knowledge. New York: Doubleday Anchor Book, 1967.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BERMUDEZ, J. A. Z.; LUIZA, V. L.; HARTZ, Z. M. A.; MOSEGUI, G. B. G.; OLIVEIRA, M. A.; COSENDEY, M. A. E. & ROMERO, C. N. P., 1999. **Avaliação do Acesso aos Medicamentos Essenciais**: Modelo Lógico e Estudo Piloto no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. (mimeo.)

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; LUIZA, Vera Lúcia. Assistência Farmacêutica. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Fiocruz, 2012. p. 657-685.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O que precisamos saber dos medicamentos? 2010.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 338**, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Lei 8 080/1990. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acessado em 18 de agosto de 2008.

_____. Lei nº. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1973.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.077**, de 17 de setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). Ministério da Saúde.– Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

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

CHAVES, Mariana Pereira. A institucionalização das políticas públicas de turismo em âmbito municipal no Brasil. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Lavras, 2011.

CORDEIRO H. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
DE AQUINO, Daniela Silva. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. Sup, p. 733-736, 2008.
Dicionário de política I Norberto Bobbio, Nicola Matteucci e Gianfranco Pasquino; trad. Carmen C, Varriale et ai.; coord. trad. João Ferreira; rev. geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacaís. - Brasília : Editora Universidade de Brasília, 1ª ed., 1998. Vol. 1: 674 p. (total: 1.330 p.)

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. **American Sociological Review**, Washington, v. 48, 1983.

COSTA, Ediná Alves, org. **Vigilância Sanitária**: temas para debate [online]. Salvador: EDUFBA, 2009, 237 p. Disponível em Scielo Books <<http://books.scielo.org>>

EMMERICK, Isabel Cristina Martins. Dimensões e determinantes do acesso a medicamentos em três países da América Central. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

GIDDENS, A. **Novas regras do método sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

GUIMARÃES, Reinaldo; VIANNA, Cid Manso de Mello. Ciência e tecnologia em saúde: tendências mundiais, diagnóstico global e estado da arte no Brasil. In: **Anais da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde**. 1994. p. 115-236.

HÖFLING, Eloísa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública - RAP**. Rio de Janeiro 32(2): 11-22. Mar./Abr. 1998

LEFÈVRE, Fernando. A função simbólica dos medicamentos. **Revista de saúde pública**, v. 17, n. 6, p. 500-503, 1983.

Luiza, V. L. (2003). Acesso a medicamentos essenciais no estado do Rio de Janeiro. Saúde Pública. Rio de Janeiro, ENSP. **Tese de Doutorado**: 153.

MACHADO-DA-SILVA, Clóvis L.; FONSECA, VS da; CRUBELLATE, João Marcelo. Estrutura, agência e interpretação: elementos para uma abordagem recursiva do processo de institucionalização. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 9, n. 1, p. 9-39, 2005.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MHS). **Managing Drug Supply**: the selection, procurement, distribution and use of pharmaceuticals. Connecticut: Kumarian Press, 1997.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MCISSAC, W. *et al.* Reflexions on a month in the life of the Ontario drug benefit plan. **Canadian Medical Association Journal**, 150:473-477, 1994.

MENDONÇA ND. **Uma questão de interdisciplinaridade**: o uso dos conceitos. 2a Ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1985.

MEYER, J. W.; ROWAN, B. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. **American Journal of Sociology**, v. 83, n. 2, p. 340-363, 1977.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, Nov. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201000900031&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Feb. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900031>.

OLIVER, C. Strategic responses to institutional processes. **Academy of Management Review**, v. 16, n. 1, p. 145-179, 1991.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cobertura sanitária universal. Disponível em: <http://www.who.int/universal_health_coverage/es/>. Acesso em 15 de maio de 2015.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a Compreensão e Crítica. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 356 pp.

PARASUMARAN A , ZEITHAML V & BERRY L 1988. A multiple- item scale for measuring customer perceptions of servicequality. **Journal of Retailing** 12-40.

PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical care**, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.

SANTICH, I.R. Bases conceptuales para la estructuración y organización. In: SANTICH, IR, GALLI A. **La Asistencia Farmaceutica en el Sistema Unico de Salud de Ceará**: elementos para su transformación. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde; 1995.

SELZNICK, P. Foundations of the Theory of Organizations. **American Sociological Review**, v. 13, n. 1, 1948.

SELZNICK, P. **The moral commonwealth**: social theory and the promise of community. Berkeley: University of California Press, 1992.

TOLBERT, Pamela S.; ZUCKER, Lynne G. A institucionalização da teoria institucional. **Handbook de estudos organizacionais**, v. 1, p. 196-219, 1999.

TRAVASSOS C, MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública** 2004; 20 Suppl 2: 190-8.

TURRIS AS. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. **J Adv Nurs** 2005; 50: 293-8.

Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2010;27(2): 149–56.

Wartman AS, Morlock LL, Malitz FE, Palm AE. Patient understanding and satisfaction as predictors of compliance. **Med Care** 1983; 21:386-91.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Medicines Situation: medicines expenditures**. Genebra: WHO, 2011. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18767en/>> Acesso em 21 de março de 2015.

_____. **The rational use of drugs**: report of the conference of experts. Nairobi 1985 Jul 25-29. Geneva: WHO; 1987.

_____. **Medicines Strategy**: framework for action in essential drugs and medicines policy 2000-2003. Geneva, 2000. 81p.

_____. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action.

WHO Policy Perspective on Medicines, n. 8, mar. 2004. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/who_edm_2004.4.pdf> Acesso em: 30 de junho de 2015.

ZUCKER, L. G. Institutional theories of organization. **Annual Review of Sociology**, v. 13, p. 443-464, 1987.