

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Alexandra Crispim Boing¹
Neusa Sens Bloemer²
Cláudia Rosane Roesler³

SUMÁRIO

Introdução; 1 Política Nacional de Medicamentos; 2 Atribuições dos Gestores e Financiamento; Conclusão; Referência das Fontes Citadas

RESUMO

A Política Nacional de Medicamentos se faz necessária para normatizar os serviços de Assistência Farmacêutica no país, na medida que o perfil de morbimortalidade da população e a demanda de medicamentos e serviços de assistência farmacêutica modificam-se. Apesar de inúmeros avanços da Política Nacional de Medicamentos, existem ainda grandes desafios e que estão centradas sobretudo na questão da ampliação do acesso e ao uso racional de medicamentos, que somente serão alcançados através de uma articulação entre políticas setoriais.

Palavras-chave: políticas públicas, política de assistência farmacêutica, assistência farmacêutica.

ABSTRACT

The public policies of medicines is indispensable to normative the pharmaceutical care services in country, principally per the profile of morbidity-mortality of population and the pharmaceutical care service modify. The public policies of medicines bring some advance, but exist challenges big. The challenges are related to the access and rational drug utilization and will be reached through an articulation between sectorial policies.

Key-words: public policies, policies pharmaceutical care, pharmaceutical care.

¹ Mestre em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade do Vale do Itajaí. Bolsista do Programa Integrado de Pós-graduação e graduação. E-mail: alecrispim@yahoo.com.br

² Doutora em Antropologia Social. Professora do Programa de Mestrado em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale do Itajaí.

³ Doutora em Direito. Professora do Programa de Mestrado em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale do Itajaí e do Programa de Mestrado em Ciências Jurídicas.

INTRODUÇÃO

A promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, objetivaram efetivar a implantação do SUS. A lei nº 8.080/90 regulamenta e organiza o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo como meta para o mesmo promover a equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, oferecendo serviços com qualidade adequada às suas necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão.

No artigo 6º da Lei 8.080/90 está descrita a execução de ações que fazem parte do campo de atuação do Sistema Único de Saúde e este define no seu primeiro item a execução das ações de (a) vigilância sanitária, (b) vigilância epidemiológica, (c) saúde do trabalhador, e (d) assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, bem como formulação das políticas, ordenação de formação de recursos humanos para a saúde, controle, fiscalização e inspeção de produtos e serviços e incremento no desenvolvimento da ciência e tecnologia (BRASIL, 1990).

Dessa forma, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Assistência Farmacêutica deve articular um conjunto de ações centradas no medicamento que vise garantir o acesso e o uso racional do mesmo pela população. Suas ações dentro do SUS apontam para a prevenção da doença e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde da população, compreendendo os seus aspectos individuais e coletivos. Tais ações estão baseadas no método epidemiológico, devendo envolver padronização (seleção), prescrição, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, produção, controle de qualidade, educação em saúde, vigilância farmacológica e sanitária, pesquisa e desenvolvimento de medicamentos, imunoterápicos e hemoderivados, o acesso, a informações e o uso racional de medicamentos (OPAS, 2001).

Este artigo objetiva descrever os aspectos da Política Nacional de Medicamentos e seus componentes, bem como, pontuar alguns avanços trazidos pela política e os desafios a serem transpostos.

1 Política Nacional de Medicamentos

Em 1998, após dez anos da promulgação da Constituição e depois de muitas discussões sobre o assunto, foi aprovada pela Comissão de Intergestores e pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Portaria GM nº 3916/98). Esta política foi regulamentada segundo os princípios do SUS, norteando as atividades neste campo e definindo atribuições e prioridades no campo dos medicamentos para os gestores das três esferas de governo.

As principais prioridades definidas na PNM foram: a adoção de uma Relação Nacional de Medicamentos considerados básicos, a regulamentação sanitária de medicamentos para qualificar todo o processo farmacêutico, desde a produção até a dispensação, a Reorientação da Assistência Farmacêutica (AF), com o intuito de organizar a assistência através de um conjunto de ações que a AF comporta, a promoção do uso racional de medicamentos (URM), o desenvolvimento científico e tecnológico, objetivando a capacitação de recursos humanos e desenvolvimento de tecnologia farmacêutica nacional, promoção da produção de medicamentos, o fortalecimento da capacidade de fiscalização do sistema nacional de vigilância sanitária, o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos para a implementação da PNM (BRASIL,1998).

A Política Nacional de Medicamentos se faz necessária para normatizar os serviços de Assistência Farmacêutica no país, na medida que o perfil de morbimortalidade da população e a demanda de medicamentos e serviços de assistência farmacêutica modificam-se. Além disso, ela é fundamental para melhorar a eficácia das ações governamentais, uma vez que existe no país um cenário em que os profissionais prescritores de medicamentos não incluem necessariamente em suas receitas medicamentos padronizados no SUS, além de haver irregularidades de abastecimento e no mercado privado (BRASIL, 2001a). Conforme documento técnico do Ministério da Saúde (2001), o mercado farmacêutico nacional é o quinto maior do mundo, com faturamento de 9,6 bilhões de dólares ano. Ainda segundo o Ministério, existem no país 50.000 farmácias que comercializam 5.200 produtos em 9.200 apresentações farmacêuticas, gerando 47.100 empregos diretos.

Além das diretrizes que permeiam a PNM, esta definiu algumas prioridades, como a revisão da RENAME, imprescindível pois a relação nacional de medicamentos deve ser atualizada continuamente, baseando-se nas necessidades de saúde nacionais (patologias mais prevalentes), considerando-se, logicamente, as diferenças regionais. Além disso, deve ser divulgada amplamente para todos os setores, sejam eles públicos ou privados.

A Assistência Farmacêutica também é pontuada como uma das prioridades da PNM. A sua concepção, segundo Marin *et al.* (2003), variou entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, pois cada um teve o seu processo de construção. Mas a partir de documentos comuns têm-se princípios norteadores de uma boa prática farmacêutica. Apesar da apropriação de conceitos no Brasil, como o *pharmaceutical care* e a *atención farmacêutica* o conceito de Assistência Farmacêutica definida pela Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM nº 3916/98) engloba as ações de saúde, todas as etapas de produção, distribuição e consumo dos medicamentos permeadas pelo uso racional de medicamentos. Assim conforma e Política Nacional de Medicamentos a Assistência Farmacêutica é definida como:

“Assistência Farmacêutica é um grupo, ou ciclo, de atividades relacionadas com medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos” (Portaria GM nº 3916/98- Política Nacional de Medicamentos).

A Assistência Farmacêutica é composta por um ciclo formado pela seleção, programação, produção, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. Essas etapas do ciclo têm grande importância, pois elas serão responsáveis pela garantia do acesso aos medicamentos, pela qualidade, pela eficácia e pelo uso racional.

A Assistência Farmacêutica está intrinsecamente ligada ao Uso Racional de Medicamentos, que é outra prioridade definida pela PNM. O uso racional de medicamentos é definido quando ocorre a escolha terapêutica, a indicação e o medicamento são apropriados, bem como, a dose, a administração e a duração do tratamento são adequados e a dispensação do medicamento se fez de maneira correta com a adesão do paciente ao tratamento (Marin *et al*, 2003). Dessa forma, segundo os autores, os requisitos para o Uso Racional de Medicamentos são:

Indicação: é necessário intervir medicamentosamente para modificar significativamente a história natural da doença? É sabido que muitas doenças se beneficiam de outras formas de terapia, até mesmo, de nenhum tratamento. Se houver indicação de uso medicamentos, deve-se especificar com precisão os objetivos da intervenção.

Seleção: qual o medicamento mais adequado? É preciso cotejar seus benefícios (expectativas versus realidade), riscos e custos. A escolha é feita com base em análise de eficácia, segurança, conveniência operacional, disponibilidade e custo. A conveniência de cada paciente deve ser assegurada.

Prescrição: como administrar o fármaco escolhido? Isso pressupõe conhecimento real de farmacologia, quanto às ações, efeitos e esquemas de administração de medicamentos. Tornando o esquema terapêutico de administração acessível e cômodo para facilitar a adesão ao tratamento.

Informação: mesmo o correto cumprimento das etapas anteriores pelo prescritor não garante o sucesso terapêutico, pois para esse deve concorrer efetivamente o paciente, real executor da prescrição. Para obter maior sucesso é preciso fornecer informação sobre o tratamento ao paciente, informando em linguagem clara, concisa e apropriada à cultura local e ao grau de compreensão do paciente e levando em conta também o aspecto ético do direito de escolha do paciente, integrante da decisão conjunta. Essa escolha deve ser embasada na apresentação de benefícios e riscos do tratamento e no esclarecimento das formas de emprego.

Seguimento: feita uma prescrição adequadamente embasada, a atenção do prescritor deve voltar-se ao acompanhamento do paciente, no sentido de mensurar benefícios terapêuticos e monitorizar riscos. (MARIN *et al.*, 2003, p.287-290).

No Brasil, o sistema de saúde tem desenvolvido algumas intervenções para a promoção do URM, como a definição na Política Nacional de Medicamentos como uma prioridade, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a política de medicamentos genéricos, a instituição da relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), o estabelecimento de protocolos e diretrizes para a garantia de acesso a medicamentos excepcionais, a atualização de Boas Práticas de Fabricação em indústrias farmacêuticas e farmoquímicas, a revisão de critérios de registros de medicamentos, a criação da Câmara de Regulação de Medicamentos (CMED) e mais recentemente a regulação da publicidade e propaganda e a promoção de cursos sobre ensino do URM.

Mas, apesar de inúmeros esforços, quer sejam por organismos internacionais multilaterais ou pelas políticas nacionais, estamos ainda muito longe da racionalidade na utilização de medicamentos. Conforme apontado por Wannmacher (2004), apesar das definições e evoluções conseguidas desde a Conferência Mundial sobre o Uso Racional de Medicamentos em Nairobi-1985, existem inúmeros problemas que dificultam o uso racional de medicamentos, como a multiplicidade de produtos disponíveis, novos produtos lançados que não tem diferenças significativas dos medicamentos já existentes, a prática de prescrição dos profissionais e a indústria farmacêutica e a mídia com seus interesses próprios.

Para articular todas as definições e prioridades apontadas na Política Nacional de Medicamentos está definido na política que os gestores de cada nível possuem atribuições básicas e atribuições estratégicas para a implementação da PNM. Através destas atribuições e os critérios da portaria 176, os gestores recebem incentivos à Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1999a).

2 ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES E FINANCIAMENTO

O gestor Federal possui algumas atribuições em nível nacional como: coordenar o processo de seleção de medicamentos, incentivar a adoção de protocolos terapêuticos, consolidar, avaliar a programação dos medicamentos, implementar instrumentos técnico-gerenciais para execução, controle e avaliação dos serviços, prestar cooperação técnica, financeira, coordenar o sistema nacional de informações sobre a assistência farmacêutica, promover o apoio e capacitação de recursos humanos e ao uso racional de medicamentos (BRASIL, 2002).

Como gestor do SUS, o estado possui algumas atribuições como: coordenar e participar do processo de seleção de medicamentos, incentiva a adoção de protocolos pelos municípios, consolidar e avaliar a seleção realizada pelo Ministério da Saúde, implementar instrumentos técnicos-gerenciais à execução dos serviços farmacêuticos, prestar cooperação técnica às secretarias municipais, adquirir, armazenar e distribuir os medicamentos necessários as ações, prestar cooperação financeira às secretarias municipais, garantir condição de funcionamento dos serviços de assistência farmacêutica, colaborar com o sistema nacional de informações sobre a assistência farmacêutica, apoiar e promover a capacitação de recursos humanos e o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2002).

As atribuições e funções do gestor municipal em relação à Assistência Farmacêutica são: participar do processo de seleção de medicamentos, adotar protocolos terapêuticos, implementar instrumentos técnico-gerenciais, adquirir, armazenar e distribuir os medicamentos necessários ao atendimento das ações e programas de saúde de responsabilidade municipal, garantir as condições para funcionamento dos serviços de assistência farmacêutica, colaborar com o sistema nacional de informações de assistência farmacêutica, promover e apoiar a capacitação de recursos humanos e o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2002).

O financiamento da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de governo, conforme definido pela Política Nacional de Medicamentos. Posteriormente, as portarias 1.105/2005 e 2.084/2005 fizeram alterações na

gestão da assistência, reorganizando os medicamentos de acordo com os programas de saúde (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2005a). A portaria 399/06 fez alterações no pacto de gestão, agrupando os recursos de saúde em blocos de financiamento, como: bloco da atenção básica, bloco da atenção de média e alta complexidade, bloco da vigilância em saúde, bloco de gestão e bloco da Assistência Farmacêutica. A organização do financiamento do bloco da Assistência Farmacêutica se divide em quatro componentes: parte fixa, parte variável, componente da assistência farmacêutica, componente de medicamentos de dispensação excepcional e componente da organização da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2006).

A parte fixa refere-se ao valor *per capita* destinado à compra de medicamentos para atenção básica. Conforme a portaria 2.084, os valores correspondem à contrapartida mínima segundo a relação habitante/ano: R\$ 1,65 por parte do MS, R\$ 1,00 do estado e R\$ 1,00 do município (BRASIL, 2006). A parte variável é o valor *per capita* destinado à compra de medicamentos e insumos para os programas, como de hipertensão arterial e diabetes, asma e rinite, saúde mental, saúde da mulher, alimentação e nutrição e combate ao tabagismo. Conforme a portaria 2.084, os valores são: R\$ 1,15 para grupo hipertensão e diabetes e R\$ 0,95 para o grupo asma e rinite. O recurso é transferido pelo MS mensalmente conforme os gestores implementem os serviços farmacêuticos (BRASIL, 2006).

Em relação à Assistência Farmacêutica Estratégia, o financiamento é de responsabilidade do Ministério da Saúde, ficando sob responsabilidade dos estados e municípios o armazenamento e a dispensação dos medicamentos. Aqueles considerados excepcionais têm como responsáveis pelo financiamento o MS e o estado, já a dispensação dos medicamentos fica sob responsabilidade do estado.

A Portaria 176/99, regulamentada pela portaria nº 956, estabeleceu o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, a qual define requisitos e critérios para a qualificação de municípios e valores a serem transferidos. Definiu-se que o incentivo à Assistência Farmacêutica será financiado pelos três gestores,

condicionada a comprovação dos recursos financeiros referentes à contrapartida estadual e municipal e movimentados na conta de transferência dos recursos do Piso de Atenção Básica do Fundo Municipal de Saúde ou do Fundo Estadual de Saúde. Conforme a Portaria 176/99, a contrapartida do estado equivale a R\$ 1,00 habitante/ano e os municípios do estado devem optar pelo repasse em recurso financeiro (RF) ou o equivalente em medicamento (MED). Dos 293 municípios do estado em 2004, 161 optaram por receber os seus recursos em medicamentos (MED) e 132 municípios fizeram a opção pelo recurso financeiro (RF) (BRASIL, 1999b).

Já Portaria 343/01 criou o Incentivo à Assistência Farmacêutica vinculada ao PSF (Programa da Saúde da Família), sendo destinado aos municípios que tenham equipes do programa. Os medicamentos são enviados aos municípios participantes pelo MS e fazem parte deste elenco trinta e um medicamentos (BRASIL, 2001).

A Portaria 371/02 instituiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, que tem como finalidades (BRASIL, 2002b):

I - implantar o cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes mediante a instituição do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes a ser proposto pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

II - ofertar de maneira contínua para a rede básica de saúde os medicamentos para hipertensão hidroclorotiazida 25 mg, propranolol 40 mg e captopril 25 mg e diabetes metformina 850 mg, glibenclamida 5mg e insulina definidos e propostos pelo Ministério da Saúde, validados e pactuados pelo Comitê do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes e pela CIT;

III - acompanhar e avaliar os impactos na morbi-mortalidade para estas doenças decorrentes da implementação do Programa Nacional.

Dentro dos programas estratégicos estão incluídos medicamentos usados para o tratamento de doenças endêmicas, ou seja, doenças que afetam permanentemente, ou por determinado período, alguma região, como tuberculose, hanseníase, meningite, malária, cólera, leishmaniose, peste, tracoma, esquistossomose, filariose, doença de chagas, DST/AIDS, lupus, sangue e hemoderivados, asma e rinite e também multidrogas, medicamentos utilizados na saúde da mulher, na saúde da criança, no sistema prisional, nas calamidades e na alimentação e nutrição.

A Portaria 1.077/99 definiu a relação dos medicamentos do Programa de Saúde Mental, que é formado por medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central e são pactuados entre os gestores (BRASIL, 1999b).

E o programa de Dispensação Excepcional, chamado também de Alto Custo, teve sua criação em 1982 e faz a dispensação de medicamentos específicos que atingem um número limitado de pessoas. Fazem parte deste programa medicamentos para transplantados, para doenças genéticas, oncologia, etc. Tais medicamentos apresentam elevado valor unitário e dificilmente são suportados pelas pessoas. Este programa possui repasse mensal aos estados, originado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAE), por meio das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo (APAC). O estado é o responsável pela programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos (BRASIL, 2003).

Dados de 2001 do Ministério da Saúde relataram que naquele ano foram gastos 449,5 milhões de reais em medicamentos e 109 mil pacientes foram atendidos pelo Programa de Medicamentos Excepcionais. Mas para regular o programa e criar critérios de diagnóstico, bem como definir os tratamentos terapêuticos de forma racional, ou seja, objetivando uma prescrição segura e eficaz, com o medicamento correto, na dose certa, com mecanismo de controle e avaliação de resultados, implantado em 2002, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Para o desenvolvimento destes protocolos foram formadas equipes multiprofissionais em todo o Brasil, para fundamentar as condutas com a melhor

evidência científica disponível, além de submeter os protocolos a consultas públicas e ser feito com ampla discussão e participação (BRASIL, 2002b).

Os recursos para a infra-estrutura (setor administrativo, transporte, almoxarifados e as farmácias) dos serviços de Assistência Farmacêutica devem estar incluídos no Plano Diretor de Investimentos. A capacitação de recursos humanos (nível elementar, médio e superior) é de responsabilidade dos três gestores.

CONCLUSÃO

A Assistência Farmacêutica deve ser entendida como parte integrante da Política Nacional de Saúde e não como simples atendimento da demanda de medicamentos. A Política de Assistência Farmacêutica deve ser vista como uma política norteadora para outras ações de saúde.

A descentralização foi uma das responsáveis pelos avanços da Política, pois foi através dela que as responsabilidades entre os gestores ficaram mais claras e com isso o processo de planejamento, programação, aquisição, distribuição e o próprio financiamento teve que ser reorganizado e definido.

Apesar de inúmeros avanços que a Política Nacional de Medicamentos trouxe ainda existem alguns impasses a serem equacionados, como: a falta de medicamentos nos serviços, a falta de acesso da população, a produção dos medicamentos pelos laboratórios oficiais, a sobreposição de programas, e a própria promoção do uso racional de medicamentos.

Existem ainda grandes desafios para a Política de Medicamentos e que estão centradas sobretudo na questão da ampliação do acesso e o uso racional de medicamentos, bem como a diminuição das inequidades relacionadas a esta questão e que somente será alcançado através de uma articulação entre políticas setoriais.

BOING, Alexandra Crispim; BLOEMER, Neusa Sens; ROESLER, Cláudia Rosane. Política de assistência farmacêutica. Revista Eletrônica Direito e Política, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v.3, n.3, 3º quadrimestre de 2008. Disponível em: www.univali.br/direitopolitica - ISSN 1980-7791

REFERÊNCIA DAS FONTES CITADAS

BRASIL. **Lei no. 8.080**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 20 set 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 fev 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 176**, 08 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1077**, 24 de agosto de 1999. Implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental. Brasília, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Serie C. Projetos, Programas e Relatórios. Nº 25. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 343**, 21 de março de 2001. Cria o incentivo à assistência farmacêutica básica. Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: medicamentos excepcionais**. Brasília: 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 371**, 04 de março de 2002. Implanta o Programa Nacional de Medicamentos para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acesso aos medicamentos, compras governamentais e inclusão social**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.084**, de 26 de outubro de 2005. Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências. Brasília, 2005a.

BRASIL. **Portariano 1105**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2005b. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/1669559.xml>>. Acesso em: 15 out 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**, 22 de fevereiro de 2006. Divulgação do Pacto pela Saúde 2006. Brasília, 2006.

MARIN, L.; LUZIA, V.L.; OSORIO DE CASTRO, C.G.S.; SANTOS, S.M. (Orgs). **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Brasília: OPAS, 2003.

BOING, Alexandra Crispim; BLOEMER, Neusa Sens; ROESLER, Cláudia Rosane. Política de assistência farmacêutica. Revista Eletrônica Direito e Política, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v.3, n.3, 3º quadrimestre de 2008. Disponível em: www.univali.br/direitoepolitica - ISSN 1980-7791

OPAS (Organização Pan-americana de Saúde). **Atenção Farmacêutica no Brasil**: "Trilhando Caminhos". Relatório da Oficina de Trabalho. Fortaleza, 2001.

WANNMACHER, L. **Uso Racional de Medicamentos: Medida Facilitadora do Acesso**. In: BERMUDEZ, J.A.S., OLIVEIRA, M.A., ESCHER, A. Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.