

RSP<http://www.rsp.fsp.usp.br/>Revista de
Saúde Pública

Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica

Rafael Damasceno de Barros^I, Ediná Alves Costa^I, Djanilson Barbosa dos Santos^{II}, Gisélia Santana Souza^{III}, Juliana Álvares^{IV}, Augusto Afonso Guerra Junior^{IV}, Francisco de Assis Acurcio^{IV}, Ione Aquemi Guibu^V, Karen Sarmiento Costa^{VI,VII,VIII}, Margô Gomes de Oliveira Karnikowski^{IX}, Orlando Mario Soeiro^X, Silvana Nair Leite^{XI}^I Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil^{II} Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil^{III} Faculdade de Farmácia. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil^{IV} Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil^V Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil^{VI} Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil^{VII} Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil^{VIII} Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil^{IX} Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil^X Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil^{XI} Departamento de Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar as relações entre o acesso a medicamentos pela população e a institucionalização da assistência farmacêutica, na atenção básica.**MÉTODOS:** Este artigo integra a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços 2015, estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, composto por um levantamento de informações em amostra representativa de municípios, estratificada pelas regiões do Brasil. O acesso a medicamentos foi definido a partir do referencial de obtenção pelo usuário, variando entre: total, parcial ou nulo. A institucionalização da assistência farmacêutica foi analisada a partir das informações prestadas por responsáveis pela assistência farmacêutica e por responsáveis pela entrega de medicamentos. Na análise estatística foram utilizados o teste Qui-quadrado e regressão logística multinomial.**RESULTADOS:** O acesso total a medicamentos foi maior quando os profissionais afirmaram haver aspectos das dimensões: “ferramentas de gestão”, “participação e controle social”, “financiamento” e “estrutura de pessoal”, constatando-se associações significantes na análise bivariada. A dimensão “atenção farmacêutica” não obteve tal associação. Após regressão logística multinomial, o acesso total foi mais prevalente quando responsáveis pela assistência farmacêutica afirmaram: participar sempre ou repetidamente das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, RP= 3,3 (IC95% 1,5–7,3); existir protocolos para a entrega de medicamentos, RP= 2,7 (IC95% 1,2–6,1); existir sistema informatizado para gestão da assistência farmacêutica, RP= 3,9 (IC95% 1,9–8,0); e quando responsáveis pela entrega de medicamentos afirmaram ter participado de curso ou capacitação para profissionais nos últimos dois anos, RP= 2,0 (IC95% 1,1–3,5) e haver sistema informatizado para gestão da assistência farmacêutica, RP= 4,3 (IC95% 2,4–7,5).**CONCLUSÕES:** Aspectos relacionados com a institucionalização da assistência farmacêutica se mostraram fortemente relacionados com o acesso a medicamentos. Os resultados indicam a necessidade de priorizar a sua implementação, contribuindo para sua consolidação no Brasil e efetividade dos serviços de saúde quanto às finalidades das políticas de assistência farmacêutica.**DESCRITORES:** Assistência Farmacêutica, organização & administração. Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

Correspondência:

Rafael Damasceno de Barros
Instituto de Saúde Coletiva -
Universidade Federal da Bahia
Rua Basílio da Gama, s/n - Canela
40.110-040 Salvador, BA, Brasil
E-mail: rafael.barros@ufba.br**Recebido:** 30 abr 2016**Aprovado:** 08 fev 2017**Como citar:** Barros RD, Costa EA, Santos DB, Souza GS, Álvares J, Guerra Junior AA, et al. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 2:8s.**Copyright:** Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

INTRODUÇÃO

O medicamento é considerado um bem social e algo essencial no funcionamento dos serviços de saúde⁴, contudo o seu acesso no mundo ainda é irregular. Dados da Organização Mundial da Saúde²⁴ 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 farmacêutica⁴.

O Brasil não se encontra fora deste contexto. Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou por um intenso processo de organização do seu sistema de saúde, sendo o medicamento considerado uma ferramenta essencial no processo de atenção à saúde¹⁴.

Apesar do reconhecimento dos avanços na atenção à saúde a partir da criação do SUS³¹, uma política nacional específica para medicamentos e assistência farmacêutica¹⁸ (AF) só veio a ser estabelecida em 1998.

A Política Nacional de Medicamentos (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 reorientação da assistência farmacêutica. Em 2004 foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)¹⁹, que dispõe sobre sua reorientação, aprofundando princípios e eixos estratégicos de atuação.

A partir da década de 1990, o SUS iniciava um forte processo de expansão dos serviços de saúde²¹. 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 saúde²⁵ e que a organização dos serviços de AF, portanto, integra 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 ação¹⁷. Assim, a institucionalização da AF, com base em 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.

O objetivo do presente trabalho foi analisar o acesso a medicamentos pela população e a institucionalização da AF, sob uma perspectiva multidimensional, na atenção básica no SUS. Insere uma abordagem da institucionalização da AF ainda não encontrada em publicações sobre acesso a medicamentos e fatores sociodemográficos^{15,16,20,22}.

MÉTODOS

Os dados deste artigo integram a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – Serviços 2015, cujo objetivo foi caracterizar a organização dos serviços de AF na atenção básica do 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 – Serviços é a mais abrangente investigação sobre AF no Brasil. É um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, composto por um levantamento de informações em uma amostra de serviços de atenção básica em 600 municípios, representativos das regiões do Brasil, com observação direta de 1.175 serviços farmacêuticos e entrevistas presenciais e remotas. Várias populações de estudo foram consideradas no plano de amostragem, com amostras estratificadas pelas regiões, que constituem domínios do estudo. Foram realizadas entrevistas

por entrevistadores capacitados, mediante questionário específico para cada categoria de entrevistado; realizadas de modo presencial com os responsáveis pela entrega de medicamentos (REM) (n = 1.139 ou 83,6% da amostra estimada) e usuários (n = 8.803 ou 97,8% da amostra estimada), com coleta e armazenamento de dados em dispositivo eletrônico (*tablet*). De modo remoto, por meio de entrevista telefônica, com os responsáveis pela AF – responsáveis pela assistência farmacêutica (RAF) (n = 507 ou 84,5% da amostra estimada); e armazenamento dos dados também por dispositivo eletrônico (*tablet*). Detalhes sobre a amostragem e logística da coleta de dados estão descritos no artigo metodológico da PNAUM – Serviços¹.

Tal como outros estudos da PNAUM^{2,17,20} o acesso a medicamentos foi analisado segundo informações dos usuários. Utilizou-se a pergunta: “Nestes três últimos meses, com qual frequência você conseguiu os remédios que procurava nas Farmácias Públicas do SUS?”. O acesso foi classificado como total, parcial e nulo. O acesso total foi quando o usuário sempre obteve os medicamentos que precisava nos últimos três meses; parcial, quando os obteve repetidamente, às vezes ou raramente e acesso nulo, quando em nenhum momento o usuário conseguiu os medicamentos que buscava nos últimos três meses.

A institucionalização da AF foi analisada com os resultados das entrevistas com RAF e REM, segundo o pressuposto de que estes atores são os mais envolvidos com a AF nos aspectos de sua institucionalização.

Para os objetivos deste artigo a amostra de usuários foi redefinida:

A – Do total de usuários entrevistados na PNAUM (n = 8.803), considerou-se apenas aqueles que responderam afirmativamente à pergunta “Nos últimos três meses você procurou por algum remédio em farmácias públicas do SUS?”. O banco de dados dos que responderam afirmativamente (n = 5.758) foi mesclado com os bancos de dados de RAF e REM, gerando duas novas populações de estudo: uma relacionada aos aspectos informados pelos RAF e outra com os referidos pelos REM.

B1 – No processo de mesclagem dos bancos de usuários e RAF, incluíram-se apenas usuários que afirmaram residir em municípios onde o RAF também foi entrevistado, resultando na primeira população de estudo (n = 4.866). A variável chave, obrigatoriamente presente e igual nestes bancos, foi o município declarado pelo RAF e pelo usuário.

B2 – Na mesclagem dos bancos de usuários e REM incluíram-se apenas usuários que afirmaram ter buscado medicamentos em unidades de saúde onde o REM foi igualmente entrevistado, gerando a segunda população de estudo (n = 4.424). A variável chave foi o número da unidade de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, presente nos bancos de dados de ambos os entrevistados.

Adotou-se um conceito operacional de um estudo integrante da PNAUM²⁷ segundo o 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 estrutura e mecanismos de financiamento, ferramentas de gestão, envolvimento na participação e controle social e realização de práticas e atividades inerentes à AF como um componente da atenção integral à saúde. Com base neste conceito operacional foram definidas para este estudo as seguintes dimensões do processo de institucionalização da AF: estruturas formais da AF no Sistema de Saúde Municipal (SSM); estrutura de pessoal; financiamento; ferramentas de gestão; participação e controle social; atenção farmacêutica.

As dimensões “estruturas formais da AF no SSM”, “financiamento” e “participação e controle social” foram analisadas com informações prestadas pelos RAF. “Estrutura de pessoal” e “atenção farmacêutica” com informações dos REM. “Ferramentas de gestão” com base nos dois questionários.

A dimensão “atenção farmacêutica” foi analisada a partir da variável “realização de atividade de natureza clínica”, legalmente exclusiva do profissional farmacêutico⁷; portanto foram

incluídos apenas usuários que afirmaram buscar medicamentos em unidades de saúde onde o REM era farmacêutico.

A mesclagem dos bancos e a análise dos dados foram feitas utilizando-se o *software* SPSS®, versão 21. Na análise bivariada, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson, para verificar a associação entre o acesso a medicamentos (total, parcial e nulo) e aspectos da institucionalização da AF. Na análise multivariada, foi realizada uma regressão logística multinomial¹⁰, para estimar a associação entre acesso a medicamentos e às variáveis relativas à institucionalização da AF, pois a variável resposta possui três categorias. Os resultados do modelo foram apresentados como razões de prevalência (RP) e os respectivos intervalos de 95% de confiança. O critério para a inclusão de variáveis no modelo logístico multinomial foi a associação de variáveis com o acesso em nível de $p < 0,20$ na análise bivariada. Para a permanência das variáveis no modelo logístico multinomial, utilizou-se o nível de $p < 0,05$.

A PNAUM – Serviços 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.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os resultados de acesso a medicamentos pelos usuários, segundo aspectos da institucionalização, informados pelos RAF. Na dimensão “estruturas formais da AF no SSM”, a existência de Comissão Permanente de Licitação (CPL) exclusiva foi a única variável com associação significativa com o acesso a medicamentos: o acesso total (64,0%) foi 5,9% maior do que em locais onde não havia esta comissão (58,1%). As variáveis “presença da AF no Plano Municipal de Saúde”, “existência de Lista Padronizada de Medicamentos” e “Comissão de Farmácia e Terapêutica” não obtiveram associação significativa.

Na dimensão “financiamento”, os resultados de acesso total a medicamentos no referente à realização de gasto com a estruturação da AF foram próximos entre locais onde os RAF afirmaram não haver gasto (61,5%) e locais onde houve (59,2%). Não ocorreu associação significativa entre as duas variáveis.

No tocante à variável “autonomia da Coordenação da AF na gestão dos recursos financeiros”, o acesso total a medicamentos foi igual quando a autonomia era total ou parcial (60,8%) e menor quando não existia tal autonomia (56,9%), com associação significativa.

Na dimensão “ferramentas de gestão” o acesso total a medicamentos foi maior quando o RAF afirmou existir 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. Estas variáveis obtiveram associação significativa.

Na dimensão “participação e controle social”, o acesso total a medicamentos foi maior onde existiam mecanismos para o recebimento de críticas sobre a AF pelos usuários, sem associação significativa. Quanto à participação do RAF no Conselho Municipal de Saúde (CMS) o acesso total (65,6%) foi maior quando o profissional afirmou participar sempre ou repetidamente do CMS, com associação significativa.

A Tabela 2 apresenta os resultados de acesso a medicamentos pelos usuários, segundo aspectos da institucionalização informados pelos REM. Na dimensão “estrutura de pessoal”, 29% dos usuários buscaram medicamentos em unidades de saúde onde o REM era farmacêutico, 8,4% com auxiliar ou técnico de farmácia, 10,7% com enfermeiro, 29,7% com auxiliar ou técnico de enfermagem, 8,7% com auxiliar administrativo e 2,5% com agentes comunitários de saúde.

O acesso total foi maior quando o REM era farmacêutico (64,9%) ou auxiliar/técnico de farmácia (67,4%), decrescendo quando era outro profissional. Os menores percentuais de

Tabela 1. Aspectos do acesso a medicamentos segundo informações prestadas pelos responsáveis pela assistência farmacêutica. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Dimensão	Variável	Usuários (n)	Acesso % (IC95%)			p *
			Total	Parcial	Nulo	
Estruturas formais da AF no SSM	Assistência farmacêutica consta no Plano Municipal de Saúde					0,324
	Sim	4.361	60,6 (58,6–62,6)	35,3 (33,3–37,3)	4,1 (3,3–5,0)	
	Não	268	54,2 (46,8–61,4)	43,2 (36,1–50,6)	2,6 (0,9–6,9)	
	Existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica					0,102
	Sim	2.268	57,5 (54,3–60,6)	39,4 (36,3–42,6)	3,1 (2,2–4,4)	
	Em fase de implantação	483	66,1 (60,2–71,6)	30,5 (25,3–36,2)	3,4 (1,7–6,7)	
	Não	1.993	61,0 (58,4–63,5)	34,6 (32,2–37,1)	4,5 (3,5–5,7)	
	Existência de Lista Padronizada de Medicamentos					0,878
	Sim	4.468	60,1 (58,1–62,1)	35,7 (33,8–37,7)	4,1 (3,4–5,1)	
	Não	316	61,8 (55,1–68,1)	34,6 (28,5–41,1)	3,7 (1,8–7,5)	
	Existência de Comissão Permanente de Licitação exclusiva para a aquisição de medicamentos					0,012
	Sim	1.666	64,0 (61,0–67,0)	32,7 (29,8–35,7)	3,3 (2,4–4,6)	
Não	3.042	58,1 (55,6–60,6)	37,7 (35,2–40,2)	4,2 (3,3–5,4)		
Financiamento	Realização de gasto com a estruturação da AF					0,417
	Sim	2.484	59,2 (56,4–61,9)	36,8 (34,2–39,6)	3,9 (3,0–5,2)	
	Não	1.969	61,5 (58,6–64,3)	35,3 (32,5–38,2)	3,2 (2,3–4,4)	
	Coordenação da AF tem autonomia na gestão dos recursos financeiros					0,004
Sim, totalmente	924	60,8 (56,9–64,5)	36,5 (32,9–40,3)	2,7 (1,7–4,2)		
Sim, parcialmente	2.324	60,8 (57,9–63,6)	35,3 (32,6–38,2)	3,9 (2,9–5,3)		
Não	1.445	56,9 (53,3–60,4)	36,9 (33,5–40,5)	6,2 (4,6–8,3)		
Ferramentas de gestão	Existência de sistema informatizado para a gestão da AF					< 0,001
	Sim	3722	62,7 (60,5–64,8)	34,2 (32,2–36,4)	3,1 (2,4–3,9)	
	Não	1093	52,8 (48,7–56,8)	40,3 (36,4–44,4)	6,9 (5,0–9,3)	
	Existência de protocolo para o armazenamento de medicamentos					< 0,001
	Sim	3449	64,3 (62,0–66,5)	32,6 (30,4–34,9)	3,1 (2,4–4,0)	
	Não	1202	51,1 (47,5–54,8)	43,1 (39,5–46,8)	5,8 (4,2–7,9)	
	Existência de protocolo para a distribuição de medicamentos					< 0,001
	Sim	3268	64,8 (62,4–67,1)	32,0 (29,7–34,3)	3,2 (2,5–4,2)	
	Não	1418	52,3 (49,0–55,5)	42,4 (39,2–45,4)	5,3 (4,0–7,1)	
	Existência de protocolo para a entrega de medicamentos					< 0,001
	Sim	3027	61,9 (59,5–64,3)	35,0 (32,7–37,4)	3,1 (2,4–4,0)	
	Não	1591	54,6 (51,1–58,0)	39,1 (35,8–42,5)	6,3 (4,7–8,4)	
Existência de controle de entrada e saída de medicamentos do almoxarifado					0,951	
Sim	4625	60,5 (58,5–62,4)	35,6 (33,7–37,5)	3,9 (3,2–4,8)		
Não	190	60,3 (51,7–68,3)	36,2 (28,5–44,8)	3,4 (1,3–8,4)		
Existência de algum tipo de qualificação ou capacitação dos profissionais da AF					< 0,001	
Sim	872	73,0 (69,0–76,7)	25,6 (22,0–29,5)	1,4 (0,8–2,7)		
Não	2951	56,4 (54,0–58,9)	38,5 (36,1–41,0)	5,0 (4,0–6,3)		
Participação e controle social	Existência de mecanismos para recebimento de críticas pelos usuários sobre a AF					0,051
	Sim	1938	62,6 (59,6–65,5)	32,3 (29,6–35,2)	5,1 (3,8–6,8)	
	Não	1971	58,3 (55,2–61,3)	38,1 (35,1–41,1)	3,6 (2,7–4,9)	
	Participação do RAF no Conselho Municipal de Saúde					0,007
	Sempre ou repetidamente	1138	65,6 (62,0–69,1)	31,8 (28,4–35,3)	2,6 (1,6–4,1)	
	Às vezes ou raramente	921	59,5 (55,0–63,9)	36,9 (32,7–41,4)	3,6 (2,3–5,5)	
Nunca	1493	59,2 (56,0–62,4)	35,8 (32,7–38,9)	5,0 (3,7–6,7)		

AF: assistência farmacêutica; SSM: sistema de saúde municipal; RAF: responsável pela assistência farmacêutica.

*Associação significante: p < 0,05

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

Tabela 2. Aspectos do acesso a medicamentos segundo informações prestadas pelos responsáveis pela entrega de medicamentos. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Dimensão	Variável	Usuários (n)	Acesso % (IC95%)			p*
			Total	Parcial	Nulo	
Estrutura de pessoal	Categoria profissional do REM					< 0,001
	Farmacêutico	1.282	64,9 (61,5–68,3)	32,3 (29,0–35,6)	2,8 (1,9–4,2)	
	Aux./téc. de farmácia	370	67,4 (60,8–73,4)	30,3 (24,5–36,8)	2,3 (1,0–5,1)	
	Enfermeiro(a)	474	56,6 (51,0–62,1)	38,9 (33,6–44,5)	4,5 (2,6–7,5)	
	Aux. ou téc. de enfermagem	1.312	61,2 (57,2–64,9)	36,0 (32,3–39,9)	2,8 (1,8–4,3)	
	Aux. administrativo	387	50,4 (42,5–58,3)	35,8 (28,7–43,5)	13,8 (8,7–21,0)	
	Agente comunitário de saúde	112	43,9 (29,9–58,9)	53,2 (38,3–67,6)	2,9 (0,6–13,1)	
	Outros	487	58,2 (51,9–64,3)	35,2 (29,5–41,4)	6,6 (3,4–5,0)	
Ferramentas de gestão	Participação em capacitação ou curso para profissionais da AF no município nos últimos dois anos					0,009
	Sim	1.491	65,3 (61,8–68,6)	30,3 (27,1–33,6)	4,5 (3,1–6,4)	
	Não	2.922	59,1 (56,7–61,6)	36,9 (34,5–39,3)	4,0 (3,1–5,0)	
	Existência de sistema informatizado para a gestão da AF					< 0,001
	Sim	1.979	65,7 (62,8–68,4)	32,0 (29,3–34,8)	2,4 (1,6–3,4)	
	Não	2.399	57,8 (55,0–60,6)	36,8 (34,1–39,5)	5,4 (4,3–6,8)	
	Existência de sistema informatizado para a gestão da AF ligado em rede com as unidades de saúde					< 0,001
	Sim	1.533	70,3 (67,1–73,2)	28,0 (25,1–31,1)	1,7 (1,0–2,8)	
	Não	418	46,3 (39,9–52,9)	48,2 (41,7–54,7)	5,5 (3,0–9,8)	
	Farmacêutico participa na unidade de saúde da programação de medicamentos					0,015
	Sim	2.931	62,8 (60,3–65,3)	32,6 (30,3–35,1)	4,6 (3,6–5,8)	
	Não	1.387	58,3 (54,9–61,7)	38,3 (34,9–41,7)	3,4 (2,4–4,8)	
	Farmacêutico participa na unidade de saúde do controle do estoque					< 0,001
	Sim	3.377	64,2 (61,9–66,5)	32,0 (29,8–34,3)	3,8 (3,0–4,8)	
	Não	1.018	52,1 (48,2–56,1)	42,8 (38,9–46,7)	5,1 (3,5–7,3)	
	Farmacêutico participa na unidade de saúde da dispensação/entrega de medicamentos					< 0,001
	Sim	3.045	63,9 (61,5–66,2)	32,1 (29,9–34,5)	4,0 (3,1–5,1)	
	Não	1.373	54,7 (51,1–58,2)	40,8 (37,3–44,4)	4,5 (3,2–6,3)	
Existência de um sistema de controle de estoque (entra e saída) de medicamentos					< 0,001	
Sim, manual	2.327	57,8 (54,9–60,6)	36,9 (34,2–39,7)	5,3 (4,2–6,8)		
Sim, informatizado	1.932	65,7 (62,8–68,4)	31,8 (29,2–34,7)	2,5 (1,7–3,5)		
Não	160	60,1 (48,1–71,0)	35,5 (25,1–47,4)	4,5 (1,4–13,4)		
Realização de controle da validade dos medicamentos					< 0,001	
Sim, manual	2.902	57,1 (54,5–59,6)	37,8 (35,3–40,3)	5,1 (4,1–6,4)		
Sim, informatizado	1.437	69,7 (66,5–72,7)	28,5 (25,5–31,6)	1,8 (1,2–2,8)		
Não	80	53,4 (37,9–68,3)	36,7 (23,1–52,9)	9,9 (3,7–23,7)		
Atenção farmacêutica	Realização de atividade de natureza clínica					
	Sim	343	67,5 (60,2–74,0)	29,3 (23,1–36,5)	3,2 (1,4–6,8)	0,638
	Não	939	64,3 (60,4–68,1)	33,0 (29,3–36,8)	2,7 (1,7–4,3)	

REM: responsáveis pela entrega de medicamentos; AF: assistência farmacêutica.

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

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

acesso total foram encontrados quando o REM era auxiliar administrativo (50,4%) e agente comunitário de saúde (43,9%). Esta variável expressou associação significante.

Na dimensão “ferramentas de gestão”, o acesso total a medicamentos foi maior quando havia: participação do REM em capacitações ou cursos sobre AF nos últimos dois anos; 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; sistema de controle de estoque e de validade dos medicamentos. Todas as ferramentas analisadas obtiveram associação significante em relação ao acesso a medicamentos.

De forma semelhante aos resultados segundo os RAF, o acesso total (65,7%) foi maior quando os REM afirmaram haver um sistema informatizado, em comparação a locais sem a mesma tecnologia (57,8%). Onde este sistema estava ligado em rede com as unidades de saúde o acesso total foi ainda maior (70,3%). Também foi maior quando o REM afirmou que o farmacêutico participava da programação de medicamentos das unidades de saúde (62,8%), do controle do estoque (64,2%) e na dispensação/entrega de medicamentos (63,9%).

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

Na dimensão “atenção farmacêutica”, o acesso total (67,5%) foi maior quando o REM afirmou realizar esta atividade. Este aspecto não obteve associação significante.

As Tabelas 3 e 4 apresentam os resultados da análise multivariada, por meio da regressão logística multinomial, de aspectos da institucionalização referentes ao RAF e REM, respectivamente.

Na análise multivariada, algumas variáveis perderam a associação significante, permanecendo uma variável relacionada à dimensão “participação e controle social” e três relacionadas a “ferramentas de gestão”, que apresentaram associação significante com o acesso total a medicamentos (Tabela 3).

O acesso total a medicamentos foi mais prevalente quando o RAF afirmou participar sempre ou repetidamente das reuniões do CMS (RP= 3,3; IC95% 1,5–7,3). Houve também maior prevalência de acesso total quando o RAF referiu existirem protocolos para a entrega (RP= 2,7; IC95% 1,2–6,1) e armazenamento de medicamentos (RP= 2,9; IC95% 1,2–6,9). A maior prevalência de acesso total ocorreu quando o RAF relatou existir um sistema informatizado para gestão da AF (RP= 3,9; IC95% 1,9–8,0).

O acesso total a medicamentos foi mais prevalente quando o REM afirmou ter participado de curso ou capacitação para profissionais da AF nos últimos dois anos (RP= 2,0; IC95% 1,1–3,5) e haver sistema informatizado para gestão da AF (RP= 4,3; IC95% 2,4–7,5), apresentando associação significante na análise multivariada (Tabela 4).

Tabela 3. Resultados da análise multivariada de aspectos da institucionalização da assistência farmacêutica associados com o acesso a medicamentos segundo informações dos responsáveis pela assistência farmacêutica. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Variável	Acesso nulo RP	Acesso parcial RP (IC 95%) ^a	Acesso total RP (IC 95%) ^a
Participação do RAF sempre ou repetidamente no Conselho Municipal de Saúde	1,0	2,3 (1,0–5,1)	3,3 (1,5–7,3)
Existência de protocolo para a entrega de medicamentos	1,0	3,0 (1,3–6,8)	2,7 (1,2–6,1)
Existência de sistema informatizado para a gestão da AF	1,0	4,0 (1,9–8,2)	3,9 (1,9–8,0)
Existência de protocolo para o armazenamento de medicamentos	1,0	1,1 (0,4–2,5)	2,9 (1,2–6,9)

^a RP (IC95%) – Razão de Prevalência (intervalo de 95% de confiança). Para esta análise, a referência foi a categoria “Acesso Nulo” aos medicamentos pelos usuários.

RAF: responsáveis pela assistência farmacêutica.

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

Tabela 4. Resultados da análise multivariada de aspectos da institucionalização da assistência farmacêutica associados com o acesso a medicamentos segundo informações dos responsáveis pela entrega de medicamentos. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Variável	Acesso nulo RP	Acesso parcial RP (IC 95%) ^a	Acesso total RP (IC 95%) ^a
Participação em capacitação ou curso para profissionais da AF no município nos últimos dois anos	1,0	1,5 (0,8–2,7)	2,0 (1,1–3,5)
Existência de sistema informatizado para a gestão da AF	1,0	2,8 (1,6–4,9)	4,3 (2,4–7,5)

^a RP (IC95%) – Razão de Prevalência (intervalo de 95% de confiança). Para esta análise, a referência foi a categoria “Acesso nulo” aos medicamentos pelos usuários.

AF: assistência farmacêutica.

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

DISCUSSÃO

Ao analisar a associação entre o acesso a medicamentos e estruturas formais da AF no SSM, encontrou-se um acesso total a medicamentos maior quando o RAF afirmou existir CPL exclusiva para aquisição de medicamentos. A associação significativa reforça a relevância desta estrutura para a organização e alcance das finalidades da AF. A falta de medicamentos pode comprometer fortemente os serviços de saúde, sendo necessário considerar esta tecnologia um insumo diferencial durante o processo de licitação^{3,26}. A CFT é outra estrutura estratégica^{11,13} para a AF, assim como a Relação de Medicamentos Essenciais³².

A PNM estabelece a adoção da Relação de Medicamentos Essenciais como diretriz para o fortalecimento da AF. Segundo a PNAF a utilização dessas listas é um eixo estratégico, racionalizador das ações nos diversos âmbitos da AF. 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 padronizada⁶. No presente estudo não se encontrou associação significativa entre o acesso a medicamentos e CFT, e listas padronizadas. Sinaliza-se como uma limitação da PNAUM – Serviços, não ter sido possível analisar o modo de funcionamento e operacionalização destas estruturas, que podem influir no acesso a medicamentos.

No tocante ao financiamento, o acesso a medicamentos e a realização de gasto com a estruturação da AF não expressou associação significativa. A estruturação da AF é um processo tardio e inconcluso no SUS e abrange diversos aspectos³⁰. Neste sentido, é preciso ressaltar que a pergunta utilizada na PNAUM (“O município realizou gasto com a estruturação da AF no último ano?”) não explicita quais aspectos desta estruturação estariam considerados, permitindo diferentes interpretações dos RAF sobre o assunto. Seriam necessárias definições mais precisas e metodologias apropriadas para analisar esta temática. A autonomia do RAF na gestão dos recursos financeiros expressou associação significativa. Esta autonomia pode permitir ao RAF mais agilidade na resolução de problemas específicos na gestão da AF, que podem interferir diretamente na disponibilidade de medicamentos e conseqüentemente no seu acesso. Como ressaltam Vilasbôas e Paim³² quanto ao funcionamento da rede pública, baixa autonomia financeira impacta negativamente sobre profissionalização e planejamento de compras e contratos.

As variáveis da dimensão “ferramentas de gestão”, expressaram forte relação com o acesso a medicamentos segundo RAF e o REM, exceto a variável controle de entrada e saída de medicamentos no almoxarifado, no caso dos RAF. Um sistema de controle de estoque eficiente pode subsidiar a programação e a aquisição de medicamentos, corrigindo distorções e evitando perdas⁵. Vieira³⁰ encontrou falta ou deficiência neste controle em 71% da amostra de municípios estudados³⁰ e outro estudo que avaliou a AF no Brasil, encontrou registros de estoque em apenas 32% das unidades de saúde²³. Em comparação com estes, a PNAUM – Serviços mostra que houve avanço no controle de entrada e saída de medicamentos nas farmácias/unidades de dispensação públicas (96% segundo o REM).

No referente a sistemas informatizados na gestão da AF, 55,6% dos usuários buscaram medicamentos em unidades que não contavam com tal sistema. Nas unidades onde havia, 18,5% não estava ligado em rede com outras unidades, o que pode dificultar o processo de articulação das informações. Estudo realizado em 2000, no Estado de São Paulo, já demonstrava que o modelo descentralizado de distribuição e dispensação de medicamentos com um bom sistema de informação é mais eficiente e econômico⁸.

Na análise multivariada a existência de sistema informatizado para a gestão da AF manteve associação significativa em ambas as populações de estudo (RAF e REM), apresentando as maiores razões de prevalência de acesso total. Um estudo demonstrou que os municípios que adotaram o modelo Hórus, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, tiveram um aumento no acesso a medicamentos pela população. Os autores ressaltam que o sistema informatizado contribui com maior segurança no acesso e utilização dos medicamentos pelos usuários ao fortalecer o processo de controle e monitoramento dos fármacos⁹.

Os protocolos (armazenamento, distribuição e entrega de medicamentos), se relacionam diretamente com as ações do ciclo logístico da AF. Os resultados positivos do acesso total em relação a estes instrumentos fortalecem a hipótese de que o uso de protocolos é uma das estratégias que têm contribuído para direcionar o uso racional de medicamentos²⁹. Dois desses protocolos – armazenamento e entrega de medicamentos – permaneceram na análise multivariada com associação significativa; o acesso total a medicamentos foi mais prevalente nos locais onde os RAF afirmaram existir tais protocolos.

A capacitação ou qualificação dos profissionais da AF na atenção básica permaneceu com associação significativa após a regressão logística na análise multivariada, sendo o acesso total mais prevalente quando REM e RAF afirmaram ocorrer estas atividades. A capacitação dos profissionais é aspecto relevante na consolidação das políticas públicas³¹. Os resultados deste trabalho corroboram com esta afirmativa.

Na dimensão “participação e controle social”, a participação do RAF no Conselho Municipal de Saúde, informada como sempre ou repetidamente, permaneceu com associação significativa na análise multivariada. Este achado reforça a importância dos conselhos municipais de saúde como espaços de acompanhamento da implementação das políticas de saúde²⁸.

Na dimensão “atenção farmacêutica”, não foi encontrada associação significativa entre o acesso a medicamentos e a realização de atividade de natureza clínica. Esta 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 resultados¹². É necessário sinalizar que nos estudos da PNAUM o acesso a medicamentos foi considerado a partir da sua obtenção, porém outras dimensões de acesso são consideradas relevantes^{22,25}. Esses outros macrocomponentes não foram investigados neste estudo, pois a pergunta utilizada foi: “O(A) Sr.(a) realiza alguma atividade que tenha caráter clínico?”. Assim, é possível que a atenção farmacêutica possa estar relacionada com estes outros macrocomponentes, o que necessitaria de estudos mais aprofundados.

Este estudo que integra a PNAUM – Serviços é uma “fotografia” em um momento específico da organização da AF na AB no Brasil que ainda se encontra em processo de implementação de sua política. Face à escassez de outras pesquisas de abrangência nacional que tratem da mesma temática, considera-se uma limitação não se dispor de parâmetros para comparação de resultados. Outros estudos se fazem necessários e são recomendados.

Contudo, foi possível identificar aspectos relacionados com a institucionalização da AF que se mostraram fortemente relacionados com o acesso a medicamentos. Os resultados deste estudo indicam a necessidade de priorizar a implementação desses aspectos para que haja consolidação da AF no Brasil, buscando a efetividade dos serviços de saúde quanto às finalidades das políticas de AF.

REFERÊNCIAS

1. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Junior AA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:4s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007027>
2. Álvares J, Guerra Junior AA, Araújo VE, Almeida AM, Dias CZ, Oliveira BA, et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:20s. <https://doi.org/10.11606/S01518-8787.2017051007139>
3. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(6):1737-46. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600021>
4. Bermudez JAZ, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência Farmacêutica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2.ed.rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.657-85.
5. 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 Publica*. 2014;48(3):745-65. <https://doi.org/10.1590/0034-76121502>
6. Coelho HLL, Rey LC, Medeiros MSG, Barbosa RA, Fonseca SGC, Costa PQ. Uma comparação crítica entre a Lista de Medicamentos Essenciais para Crianças da Organização Mundial de Saúde e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). *J Pediatra (Rio J.)*. 2013;89(2):171-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.03.004>
7. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das boas práticas de farmácia. *Diario Oficial Uniao*. 20 abr 2001; Seção 1:24-31.
8. 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. *Cad Saude Publica*. 2000;16(1):171-82. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100018>
9. Costa KS, Nascimento Jr. JM. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2012;46 Supl 1:91-9. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000063>
10. Hamilton LC, Seyfrit CL. Interpreting multinomial logistic regression. *Stata Tech Bull*. 1993 [citado 25 fev 2017]; 3(13):24-8. Disponível em: <http://www.stata-press.com/journals/stbcontents/stb13.pdf>
11. Holloway K, Green T. Drug and therapeutics committees: a practical guide. Geneva: WHO; 2003 [citado 21 fev 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4882e/3.1.html>
12. Ivama AM, Noblat L, Castro MS, Jaramillo NM, Rech N. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2002 [citado 25 fev 2017]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>
13. Marques DC, Zucchi P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: quem das diretrizes internacionais. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(1):58-63. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892006000100014>
14. McIsaac W, Naylor CD, Anderson GM, O'Brien BJ. Reflections on a month in the life of the Ontario Drug Benefit Plan [editorial]. *CMAJ*. 1994 [citado 25 fev 2017]; 150(4):473-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1486283/pdf/cmaj00284-0027.pdf>
15. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas PS, Costa KS, et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saude Debate*. 2014;38 N° Espec:109-23. <https://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S009>
16. Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL, et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2016;50 Supl 2:8s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006154>
17. Meyer JW, Rowan B. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *Am J Sociol*. 1977;83(2):340-63. <https://doi.org/10.1086/226550>
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001; [citado 24 fev 2017]. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 25). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf

19. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial Uniao*. 20 maio 2004 [citado 24 fev 2017]; Seção 1:52. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
20. Monteiro CN, Gianini RJ, Barros MBA, Cesar CLG, Goldbaum M. Access to medication in the Public Health System and equity: populational health surveys in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2016; 19(1):26-37. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010003>
21. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15 Supl 3:3561-7. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900031>
22. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR, et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. *Rev Saude Publica*. 2016;50 Supl 2:6s. <https://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2016050006161>
23. Organização Panamericana da Saúde; Ministério da Saúde (BR). Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília (DF): OPAS, Ministério da Saúde; 2005 [citado 25 fev 2017]. (Série Técnica Medicamentos e Outros Insumos Essenciais para a Saúde, 3). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_assistencia_farmacutica_estrutura_resultados.pdf
24. Organización Mundial de la Salud. Cobertura sanitaria universal: ¿que es la cobertura sanitaria universal?. Ginebra: OMS; 2012 [citado 19 ago 2016]. Disponível em: http://www.who.int/universal_health_coverage/es/
25. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-40. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
26. Reis AMM, Perini E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13 Supl:603-10. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700009>
27. Souza GS, Costa EA, Barros RD, Pereira MT, Barreto JL, Guerra Junior AA, et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017; 51 Supl 2:7s. <https://doi.org/10.11606/S01518-8787.2017051007135>
28. Serapioni M, Romaní O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(11):2411-21. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100015>
29. Souza LS, Porto JG, Lyra Júnior DP. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. *Rev Cienc Farm Basica Apl*. 2012 [citado 25 fev 2017]; 32(3):403-10. Disponível em: http://serv-bib.fcfa.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/1493/1185
30. 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>
31. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 27(2):149-56. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892010000200010>
32. Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(6):1239-50. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600005>

Financiamento: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS – Processo 25000.111834/2, Descentralização de Recursos do FNS).

Contribuição dos Autores: Concepção, análise e interpretação dos resultados e revisão crítica do conteúdo: RDB, EAC, DBS, GSS, JA, AAG Jr., FAA, IAG, KSC, MGOK, OMS, SNL. Todos os autores declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Conflito de Interesses: KSC declara conflito de interesses por ser ex-dirigente no Ministério da Saúde, órgão financiador da pesquisa. Os demais autores declaram não haver conflito de interesses.