

O Programa Aqui tem Farmácia Popular e o direito fundamental à saúde

Marcelo Dantas Rocha

Assessor jurídico do Ministério Público Federal, lotado na Procuradoria da República no Município de Colatina-ES. Mestre em Gestão Pública pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Especialista em Direito Público pela Universidade Anhanguera (Uniderp). Pós-Graduando em *Compliance* e Integridade Corporativa pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Bacharel em Direito pelo Centro Universitário do Espírito Santo (Unesc).

Resumo: O presente artigo estuda o Programa Aqui tem Farmácia Popular, uma vez que lhe é destinada parcela significativa dos recursos públicos de assistência farmacêutica. Para tanto, por meio de metodologia qualitativa, mediante pesquisa bibliográfica e documental, analisa a evolução legislativa da assistência farmacêutica no Brasil. A experiência dessa política pública é observada criticamente. Objetiva demonstrar que o programa é uma das principais estratégias para a efetivação do direito fundamental à saúde. Conclui que o programa é fundamental e que essa vertente da política de assistência farmacêutica tem apresentado uma excelente relação custo-efetividade, com impacto positivo na qualidade de vida da população e redução de gastos na rede pública de saúde. Atualmente, o programa atende cerca de 10 milhões de usuários e tem mais de 32 mil estabelecimentos conveniados.

Palavras-chave: Programa Aqui tem Farmácia Popular. Direito fundamental à saúde. Assistência farmacêutica.

Abstract: This paper investigates the Brazilian Popular Pharmacy Program (Programa Aqui tem Farmácia Popular, in Portuguese), as an expressive amount of public resources are dedicated to pharmaceutical assistance. Through qualitative methodology, as well as bibliographical and documental research, it critically analyses the Brazilian legislative evolution on pharmaceutical assistance, thus

concluding the program's importance on guaranteeing rights to healthcare. It also remarks its positive cost-effectiveness, such as in quality of life and health public expenses reduction. It currently attends around 10 million people and has partnership with more than 32 thousand drugstores.

Keywords: Brazilian Popular Pharmacy Program. Rights to health and healthcare. Pharmaceutical assistance.

Sumário: 1 Introdução. 2 O direito à saúde como direito fundamental. 3 Assistência farmacêutica como componente do direito à saúde. 4 A experiência do Programa Aqui tem Farmácia Popular como estratégia de efetivação do direito à saúde. 5 Conclusão.

1 Introdução

Este artigo abordará a experiência do Programa Aqui tem Farmácia Popular como estratégia de efetivação do direito à saúde, uma vez que parcela significativa dos recursos federais da área é destinada à assistência farmacêutica, e o quinhão do programa é significativo, comparado às outras modalidades coexistentes.

A simultaneidade com outras políticas públicas de acesso a medicamentos traz sobre o programa uma série de indagações, notadamente, voltadas a uma possível competição com as outras modalidades, seja em nível assistencial, gerencial/financeiro e até mesmo de cunho ideológico.

A atualidade e a importância do tema discutido vêm em sintonia com a crise econômica e política que o País atravessa, exigindo do gestor público a máxima eficiência na aplicação dos recursos públicos, em favor de uma sociedade que demanda cada vez mais serviços do Estado, ao tempo que clama pela redução da carga tributária e pelo enxugamento da máquina pública – atenderia o programa a esses aspectos?

O estudo servirá de contribuição aos acadêmicos, por provocar reflexões e críticas, bem como aos profissionais de gestão pública e aos operadores de Direito, que, de alguma forma, estão em contato com o tema debatido.

Para o artigo, por meio de metodologia qualitativa, foi realizada pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos.

A compreensão do Programa Aqui tem Farmácia Popular como estratégia de efetivação do direito à saúde deve primeiramente passar por uma análise da mudança promovida pela Constituição Federal de 1988, que compreendeu o direito à saúde como um direito fundamental do ser humano.

Pela amplitude horizontal e vertical desse direito fundamental, a assistência farmacêutica – por ser parte fundamental, na maioria dos casos, do processo de cura, reabilitação e prevenção de doenças – se torna um componente básico necessário sem o que não é possível o seu pleno atendimento, motivo pelo qual se dedicou um tópico do presente artigo à compreensão da assistência farmacêutica como intrínseca ao direito à saúde.

As principais políticas públicas de assistência farmacêutica foram discriminadas, observando-se que se voltam especialmente ao tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, a maior causa de mortalidade no Brasil, sem se descurar que ainda há um longo caminho a ser percorrido, no sentido do pleno atendimento das necessidades da população.

Na parte dedicada à experimentação do Programa Aqui tem Farmácia Popular, foi verificada a hipótese de sobreposição com as demais vertentes de assistência medicamentosa, impacto nos orçamentos familiares, efetividade no tratamento das doenças crônicas não transmissíveis, relação custo-efetividade, em cotejo com os objetivos da sua inauguração.

Ao longo da exposição, foram anotados os principais diplomas e dispositivos legais que regem a matéria, conferindo um norte para uma compreensão mais ampla para aqueles que desejarem posteriormente um aprofundamento no conhecimento do regramento.

Por fim, conclui-se, ao lado de algumas sugestões para aperfeiçoamento, que a experiência do Programa Aqui tem Farmácia Popular é fundamental para a efetivação do direito à saúde, e que essa vertente da política de assistência farmacêutica tem apresentado uma excelente

relação custo-efetividade, com impacto positivo na qualidade de vida da população e evidente redução dos gastos com medicamentos no orçamento familiar. E também tem se mostrado viável do ponto de vista orçamentário, uma vez que tem alcançado números favoráveis na redução de gastos na rede pública de saúde, além de poupar vidas.

2 O direito à saúde como direito fundamental

O direito à saúde está previsto na Constituição da República Federativa do Brasil entre os direitos sociais (CF/1988, art. 6º, *caput*), tidos como direitos fundamentais de segunda geração/dimensão. Ser direito fundamental significa que a saúde é reconhecida em nosso ordenamento pátrio como direito básico de qualquer ser humano, independentemente de condições específicas – é um direito que possui um núcleo inatingível resguardado pela ordem jurídica (CAVALCANTE FILHO, 2018, p. 6).

Nesse sentido, relativo ao alcance vertical e horizontal, a Carta Magna assim determina: “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Para cumprimento das obrigações impostas, atribuiu o cuidado com a saúde como competência comum a todos os entes federados (CF/1988, art. 23, II), bem como o poder-dever de legislar sobre a questão (CF/1988, art. 24, XII).

Visando concretizar o direito previsto, o poder constituinte organizou a saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único (CF/1988, art. 198, *caput*), com o objetivo de obter a universalidade da cobertura e do atendimento (CF/1988, art. 194, I), que, além do Poder Público, conta com a participação da população (CF/1988, art. 198, II) e da iniciativa privada (CF/1988, art. 199).

Neste ponto, cabe uma digressão. Antes da Constituição de 1988, a assistência à saúde não era tratada de maneira universal e

estava adstrita a trabalhadores contribuintes para a previdência, restando aos demais o socorro de entidades filantrópicas (BRASIL, 2011).

A nova concepção da saúde teve como fundamento o resultado da 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, que, sob o comando de Sérgio Arouca, reuniu milhares de profissionais para discutir, em 98 grupos de trabalho, três grandes temas: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018a).

Retornando, os dispositivos constitucionais atinentes à saúde são regulados pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – Losus) – que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências –, diploma que reafirma o caráter de direito fundamental do ser humano (art. 2º), a universalidade de acesso e a integralidade de assistência (art. 7º, I e II, respectivamente).

Denota-se que o direito da saúde foi reconhecido como uma necessidade básica do ser humano, direito fundamental, que passa a exigir do Estado prestações positivas para o seu pleno atendimento, e que, se sonegadas, configuram verdadeira agressão aos direitos humanos (CARRARO, 2014, p. 32).

Resta evidente que o arcabouço jurídico do direito à saúde no Brasil é formalmente muito bem definido, sendo outra a dificuldade relativa à sua concretização material, que depende da sua integração nas políticas fundamentais dos governos (SOUZA, 2013, p. 148-163).

A questão se mostrou especialmente dificultosa nos primórdios da vigência da Constituição Federal de 1988, ante um “histórico de distanciamento da realidade social e de desrespeito relativo a normas constitucionais” (ROCHA, 2008, p. 12).

Entretanto, o fato de a nova Constituição ser verdadeira coroa de um processo de redemocratização (SARMENTO, 2007, p. 123) criou nela mesma e na sociedade uma vontade de efetivação.

Nessa senda, o texto constitucional, para a garantia do direito à saúde, notadamente após a Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000, resguardou o financiamento, com previsão, caso haja descumprimento da aplicação da receita mínima, de intervenção federal nos estados (CF/1988, art. 34, VII, *e*) e destes ou da União nos municípios (CF/1988, art. 35, *caput*, e inciso III).

A assistência à saúde também foi prevista na política de educação, pois deve ser garantida ao educando (CF/1988, art. 208, VII), bem como se consubstancia em um dos pilares das relações de trabalho (CF/1988, art. 7º, IV), sendo estas um dos fundamentos da ordem econômica brasileira (CF/1988, art. 170, *caput*).

Por fim, essa assistência também se verifica insculpida na função social da propriedade rural (CF/1988, art. 186), encerrada no respeito às relações de trabalho (CF/1988, art. 186, III) e no bem-estar dos trabalhadores (CF/1988, art. 186, IV).

Em que pese a inclusão de tantas salvaguardas no texto constitucional, não foram poucas as dificuldades de efetivação dos direitos relacionados à saúde – ainda não plenamente resolvidas –, mas os obstáculos/argumentos para não efetivação foram/estão sendo paulatinamente removidos pela doutrina e jurisprudência, com notável protagonismo das Cortes Superiores brasileiras (SOUZA, 2013, p. 23-31).

Anota-se que o ativismo judicial decorre do embate da tríade: eficácia dos direitos fundamentais sociais; reserva do possível; e mínimo existencial.

Como direito fundamental, a saúde deve ser perseguida pelo Estado; mas como promover ações universais e integrais ante a notória limitação de recursos orçamentários? Esse é o fundamento da teoria denominada *reserva do possível*.

A solução apontada pela doutrina e jurisprudência foi a teoria do *mínimo existencial*, garantia que

representaria um conteúdo mínimo dos direitos sociais que não poderia sofrer restrições por parte do Estado, nem sob o argumento da indisponibilidade financeira. (MATSUDA; PEREIRA; SOUZA, 2018, p. 2-3).

Entretanto, ainda existe um longo caminho a ser percorrido, a julgar pelo fato de a maior parcela do Produto Interno Bruto (PIB) do País atinente à saúde, apesar da universalidade do sistema, ser particular, e não pública. A constatação denota que existem problemas nos serviços prestados pelo Estado – Mattos (2015, p. 28), com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística do ano de 2009, informa que, dos 8,8% da parcela da saúde no PIB, 3,9% são gastos públicos (44%) e 4,9% privados (56%).

Os dados, em que pesem demonstrar um passado recente, são atualizados e projetados na pesquisa desenvolvida pela *Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network* (DIELMAN, *et al.*, 2017), que levantou dados do PIB e das despesas com saúde das últimas duas décadas de 184 países, com a finalidade de projetar esses investimentos/despesas até o ano de 2040.

No que tange ao Brasil, o levantamento indicou que a saúde, no ano de 2014, registrou uma parcela de 8,3% no PIB, com investimentos públicos da ordem de 45,9%, com projeção de 11,3% do PIB, sendo 56,1% de gastos públicos para o ano de 2040 (DIELMAN *et al.*, 2017, p. 2010 e 2015).

A indicação do baixo investimento no setor é corroborada pelo fenômeno denominado *judicialização da saúde*, caracterizado pelo conjunto de ações judiciais que buscam obter do Estado prestações de atenção à saúde, notadamente, o fornecimento de tratamentos e medicamentos, aspecto que já representa aos cofres públicos das três esferas federativas cerca de 8 bilhões de reais (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018b) – os pedidos de acesso a medicamentos são responsáveis por 65% das demandas (OLIVEIRA-COSTA, 2018).

Principal objeto das ações judiciais – não é possível conceber a plena garantia ao direito fundamental à saúde sem o adequado acesso aos medicamentos (ALMEIDA, 2016, p. 5) –, a assistência farmacêutica é “parte integrante do processo de cura, reabilitação e prevenção de doenças” (OLIVEIRA; ASSIS; BARDONI, 2010, p. 3562), tema que será tratado no próximo tópico.

3 Assistência farmacêutica como componente do direito à saúde

Apesar de todos os avanços promovidos após a implantação do Sistema Único de Saúde, ainda são as doenças crônicas não transmissíveis (as doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o *diabetes mellitus*) a maior causa de mortalidade adulta no Brasil (BRASIL, 2018a).

Remondi, Cabrera e Souza (2014, p. 127) destacam que

[...] o tratamento medicamentoso representa uma das principais estratégias para o controle em nível individual das [doenças crônicas não transmissíveis], sendo empregado em até 87% dos adultos e idosos.

De fato, “os medicamentos constituem, na grande maioria dos casos, a intervenção terapêutica com maior relação custo-efetividade, desde que prescritos e utilizados de forma racional” (BRUM, 2008, p. 1458).

Antes da Constituição Federal de 1988, a assistência farmacêutica não fazia parte do rol de responsabilidades do Estado (ALMEIDA, 2016, p. 60), apesar de iniciativas importantes. As iniciativas se confundiam basicamente com a atuação da Central de Medicamentos (CEME), criada em 1971 e extinta em 1997, após atritos com laboratórios e escândalos de corrupção (OLIVEIRA; ASSIS; BARDONI, 2010, p. 3563).

A CEME “tinha como objetivo a fiscalização da produção de medicamentos e a distribuição destes para a população de baixo poder aquisitivo” (PASQUETTI; JUNGES, 2012, p. 4), mas sua gestão centralizada e o pouco conhecimento do perfil epidemiológico das populações foram responsáveis pela dissonância entre as necessidades dos usuários e a oferta de medicamentos (OLIVEIRA; ASSIS; BARDONI, 2010, p. 3563), que acabou por gerar perdas estimadas em até 40% do orçamento – reflexos da deficiência na rede de distribuição e má gestão administrativa (ALMEIDA, 2016, p. 60).

Com o advento da universalidade e da integralidade da assistência à saúde, inauguradas a partir da Constituição Federal de 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde, organizado em uma rede

regionalizada e hierarquizada, a assistência farmacêutica precisava ser repensada segundo os princípios e as diretrizes do novo sistema.

Nesse sentido, anotam Oliveira, Assis e Bardoni (2010, p. 3564), foi editada a Política Nacional de Medicamentos – Portaria GM/MS n. 3.916, de 30 de outubro de 1998.

Posteriormente, por intermédio da Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que tem por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária (Lei n. 9.782/1999, art. 6º).

Logo depois, foi editada a regulamentação dos medicamentos genéricos – a Lei n. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, importante passo no acesso a medicamentos com menor custo pela população em geral.

No mesmo ano, a Portaria GM/MS n. 176, de 8 de março de 1999, estabeleceu incentivo à assistência farmacêutica básica (atualmente regulada pela Portaria GM/MS n. 1.555, de 30 de julho de 2013), garantindo transferência de recursos federais com base na contrapartida financeira dos estados e municípios.

Apesar das medidas adotadas, Carraro (2014, p. 44-45), com fulcro em dados de 2003, da Organização Mundial da Saúde, indica que os brasileiros ainda gastavam em média 19% do orçamento familiar com saúde, sendo que, entre as pessoas de baixa renda, os medicamentos respondiam por 61% dessa fatia.

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica – Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004 –, indicando ser esta

[...] parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. (Resolução CNS n. 338/2004, art. 1º, I).

Também em 2004, foi criado o Programa Farmácia Popular do Brasil, por meio da Lei n. 10.858, de 13 de abril de 2004, que auto-

rizou a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento (copagamento), regulado pelo Decreto n. 5.090, de 20 de maio de 2004, que instituiu o programa.

O Programa Farmácia Popular do Brasil adotou o sistema de copagamento, em que o Estado subsidia até 90% do valor de referência do medicamento, cabendo ao usuário arcar com o restante – apesar de a metodologia não ser isenta de críticas, a medida foi capaz de reduzir o gasto financeiro das famílias com remédios (CARRARO, 2014, p. 71).

O programa que, em um primeiro momento era adstrito à própria FIOCRUZ, foi expandido para uma rede de convênios com estados e municípios (desdobramento natural previsto no parágrafo único do artigo segundo do decreto) e, posteriormente, passou a agregar estabelecimentos particulares, sob o manto da vertente Aqui tem Farmácia Popular (ATFP) – Portaria GM/MS n. 491, de 9 de março de 2006 (atualmente, vige a Portaria GM/MS n. 111, de 28 de janeiro de 2016).

O Programa ATFP passou por diversas ampliações do rol de medicamentos disponibilizados, com destaque para a campanha denominada “Saúde não tem preço” (Portaria GM/MS n. 184, de 3 de fevereiro de 2011), que deferiu gratuidade aos fármacos para tratamento de hipertensão e do diabetes.

Denota-se que, ao longo dos anos, foi estabelecida uma gama de serviços voltados à assistência farmacêutica, sendo que, atualmente,

A oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada em três componentes que compõem o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica – Básico, Estratégico e Especializado, além do Programa Farmácia Popular. Com exceção do Farmácia Popular, em todos os outros componentes o financiamento e a escolha de qual componente o medicamento fará parte é tripartite, ou seja, a responsabilidade é da União, dos estados e os municípios (BRASIL, 2017).

Os medicamentos do componente básico são destinados à atenção básica à saúde, sendo de responsabilidade estratégica e operacional dos estados e municípios, por intermédio das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

Os medicamentos do componente estratégico são os que têm por objetivo o tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica e impacto socioeconômico como a tuberculose, hanseníase, entre outras; e ainda o combate ao tabagismo, auxílio à alimentação e nutrição, enfrentamento às endemias e DST/SIDA. Os medicamentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados e (ou) municípios de acordo com programação informada por estes (BRASIL, 2017).

O componente especializado

[...] refere-se a todas as ações de saúde necessárias para o cuidado dos pacientes, visto que esse paciente, majoritariamente, necessitará de tecnologias mais especializadas (médicos especialistas, exames mais complexos, medicamentos mais caros, tratamento mais complexo) do que os agravos cobertos integralmente no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), por exemplo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 27).

Esse último componente é dividido em três grupos, o primeiro, financiado exclusivamente pela União (medicamentos de elevado impacto financeiro – doenças mais complexas –, com não aceitação de outras linhas de tratamento), o segundo, pelos estados e municípios (tratamento ambulatorial menos complexo – quando não há aceitação de tratamento básico), e o terceiro, de maneira tripartite (componente básico) (BRASIL, 2017).

Considerando o objeto deste estudo, o Programa Farmácia Popular será trabalhado no tópico seguinte, tema também que receberá tratamento mais amplo relativo às demais vertentes.

4 A experiência do Programa Aqui tem Farmácia Popular como estratégia de efetivação do direito à saúde

O Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado a partir do Decreto n. 5.090/2004, que regulamentou a Lei n. 10.858/2004, com a finalidade de disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento (copagamento).

Ainda na fase embrionária, o programa foi desenvolvido exclusivamente no âmbito da FIOCRUZ, mas depois foi expandido para uma rede estruturada por meio de convênios com estados e municípios, que passou a ser conhecida por rede pública ou rede própria de farmácias populares.

Em sua última fase, a atual, passou a agregar estabelecimentos particulares, sob a vertente denominada Aqui tem Farmácia Popular (ATFP), regida pela Portaria GM/MS n. 111, de 28 de janeiro de 2016.

Como visto, o Programa Farmácia Popular do Brasil opera conjuntamente com outras políticas públicas, o que, segundo Mattos (2015, p. 15) poderia causar, em vários níveis, competição entre os programas, podendo ser destacados o nível assistencial (deixaria a cargo do usuário optar com critérios subjetivos), o gerencial/financeiro (lógicas diferentes e não colaborativas e competição por recursos) e o ideológico (orientado por princípios organizacionais, gerenciais e assistenciais diferentes).

Entretanto, os programas não competem entre si, mas são complementares, sendo essa a conclusão da pesquisa feita por Carraro (2014) com base nas informações levantadas com 1.073 usuários do Programa ATFP de 27 estabelecimentos, dispersos em catorze estados da Federação (CARRARO, 2014, p. 66-70).

A pesquisa aponta que cerca de 52% dos usuários advieram da rede privada de suprimento farmacêutico – considerando alguns medicamentos, o número chega a 90%, a exemplo dos contraceptivos –, 28% mesclavam serviços públicos e privados e apenas 16% migraram de outros programas públicos para o ATFP. Uma pequena parcela, aproximadamente 2%, não adquiria os medicamentos necessários.

Com fulcro no mesmo levantamento, se o Programa ATFP deixasse de existir, apenas 58% se voltariam à rede pública para obter os medicamentos, considerando o valor a ser pago como única justificativa (86%). Por sua vez, outra parcela (36%) voltaria a adquirir na rede privada, assinalando a falta frequente de medicamentos (62%) e a burocracia e demora na rede pública (20%).

Profundos problemas de planejamento, como perdas de medicamentos pelo prazo de validade, insuficiências de recursos financeiros, baixa disponibilidade e descontinuidade de fornecimento, além dos escândalos de corrupção que marcaram o passado recente da assistência farmacêutica brasileira (OLIVEIRA; ASSIS; BARDONI, 2010), são imagens ainda presentes na memória popular (CARRARO, 2014), que impedem e desmotivam parcela da população a procurar os serviços públicos de saúde.

À burocracia, à demora, ao desabastecimento e ao preço pode ser reunida a dificuldade de deslocamento para a busca do medicamento, sendo essa questão considerada “como uma das mais críticas no acesso aos medicamentos através do SUS” (ALMEIDA, 2016, p. 76), incluindo grandes cidades que exigem longos e demorados deslocamentos pela região metropolitana.

A capilaridade foi um importante motivo para a assistência farmacêutica ter evoluído para convênio com particulares, uma vez que os elevados custos de implantação e operação das redes próprias não permitiram o almejado crescimento do Programa Farmácia Popular do Brasil (ALMEIDA, 2016, p. 76-77).

Denota-se que a ampliação para o ATFP é uma tentativa de suplantiar as dificuldades encontradas na assistência básica e na rede própria da Farmácia Popular:

A ampliação do Programa de distribuição de medicamentos através das unidades privadas (ATFP) tem como principal objetivo aproveitar melhor a distribuição geográfica dessas unidades e a dinâmica da cadeia farmacêutica: produção, distribuição e varejo; estendendo, desta forma, o acesso aos medicamentos essenciais ao maior número de usuários, gratuitamente ou com baixo custo, por meio da parceria do governo federal com o setor privado varejista farmacêutico (CARRARO, 2014, p. 21).

Hoje o Programa ATFP “atende cerca de 10 milhões de usuários por mês, através de 31.081 estabelecimentos credenciados, com conexão de vendas ativa, em 4.381 municípios brasileiros” (BRASIL, 2018b, p. 1).

Carraro (2014, p. 53) conclui que o Programa ATFP apresenta maior proximidade às dimensões do modelo proposto pela Organização Mundial de Saúde (disponibilidade, aceitabilidade, acessibilidade geográfica e poder de compra), se comparado com as demais linhas governamentais de assistência farmacêutica básica, assinalando, porém, que as políticas ainda podem ser aprimoradas.

Há, ainda, outras justificativas para a adoção do programa: cobrir doenças de maior incidência no País; reduzir o impacto da aquisição de medicamento no orçamento familiar; manter aderência ao tratamento; “reduzir os gastos do SUS com as internações que são provocadas pelo abandono e/ou falta do tratamento” (CARRARO, 2014, p. 46).

Denota-se coerência nas justificativas para a adoção do programa, pois, considerando serem as doenças crônicas não transmissíveis (as doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o *diabetes mellitus*) a maior causa de mortalidade adulta no Brasil, o tratamento medicamentoso representa uma das principais estratégias para o controle em nível individual dessas doenças – sendo este, na grande maioria dos casos, a intervenção terapêutica com maior relação custo-efetividade – faz sentido investir nesse tipo de assistência.

Entretanto, as predições se concretizaram?

No que tange à concentração/foco do programa, denota-se que o governo tem disponibilizado

[...] medicamentos para o tratamento de doenças prevalentes no Brasil, como diabetes, hipertensão, asma, doenças cardiovasculares e relacionadas ao sistema nervoso central e outras. (ALMEIDA, 2016, p. 45).

Assim, é possível afirmar que o programa “tem conseguido atender, de forma articulada com outras ações do Ministério da Saúde, às patologias que representam 72% das mortes no Brasil” (PEREIRA, 2013, p. 59).

Mesmo com adoção do sistema de copagamento para a maioria dos medicamentos, o estudo realizado por Carraro (2014, p. 71) com 1.073 usuários do ATFP identificou que 71% dos entrevista-

dos reconhecem algum ganho financeiro com a utilização do programa, ou seja, a vertente da redução do impacto da aquisição de medicamento no orçamento familiar pode ser confirmada; sendo, no mesmo sentido, o trabalho de Pinto *et al.* (2010).

Neste ponto, cabe uma digressão para observar a reflexão proposta por Silva e Caetano (2015, p. 2951) acerca da diferença da experiência internacional e nacional sobre o sistema de copagamento: em países estrangeiros, o sistema é utilizado principalmente para conter gastos governamentais na área da saúde e, por aqui, o objetivo é a ampliação do acesso a medicamentos.

Daí a sugestão de Almeida (2016, p. 138) no sentido de o programa tratar o subsídio ofertado para os medicamentos conforme a origem da receita (particular ou SUS), privilegiando as classes mais populares que sofrem um impacto proporcional maior dos preços dos medicamentos em seus orçamentos familiares, justificando, assim, a diferenciação (MATTOS, 2015, p. 29).

Retornando, com relação à redução de gastos do SUS com as internações que são provocadas pelo abandono e (ou) falta do tratamento, cumpre, a princípio, destacar o embate atinente ao valor de referência utilizado pelo Ministério da Saúde como base para pagamento dos subsídios.

Anota-se, para fins de esclarecimento, que o valor de referência, em tempo recente, era obtido por meio da comparação média ponderada do quintil inferior do preço de fábrica aprovado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) e da média ponderada do preço de mercado (apurados com base nos descontos médios praticados pela indústria), adotando-se o menor valor (BRASIL, 2018c).

O Tribunal de Contas da União (TCU), com resultado de uma auditoria operacional realizada no Programa Farmácia Popular do Brasil, levantou questionamento acerca da diferença entre os preços obtidos nas farmácias da rede própria e do valor de referência utilizado para pagamentos dos estabelecimentos particulares, abrindo discussão sobre o custo-efetividade do ATFP (BRASIL, 2011).

A título de ilustração, para o medicamento Captopril 25 mg, os auditores indicaram haver uma diferença de 2.507%, a maior no ATFP – e quatro foram os medicamentos que apresentaram preço mediano superior a 1.000% (BRASIL, 2011, p. 21).

Não passou ao largo a compreensão de que deveriam ser analisados outros custos embutidos, além do mero preço de aquisição, a exemplo de logística, transporte e armazenamento (BRASIL, 2011, p. 22), mas que não foram enfrentados naquele relatório.

Posta a questão pela Corte de Contas, diversos pesquisadores se debruçaram sobre o assunto, podendo-se acrescentar, desde já, que, aos aludidos custos adicionais de logística, transporte e armazenamento, devem ser considerados os custos fixos operacionais e de implantação (operação e instalação de unidades).

Em sua pesquisa, Carraro (2014, p. 90-95) comparou o gasto total por unidade farmacotécnica das farmácias próprias com o valor de referência dos medicamentos da lista do ATFP.

Visando obter um valor mais preciso para a rede própria, acrescentou-se aos valores das unidades farmacotécnicas a média dos custos operacionais apurados (foram analisados dezessete estabelecimentos).

Também visando valores mais acertados para o Programa ATFP, descontaram-se os tributos que incidem nas operações – já que estes retornam para o Estado (utilizou-se o valor estimado de 4,27% sobre a receita bruta).

O resultado demonstrou que o Governo Federal, em média, gasta 150% a mais com o Programa ATFP com os mesmos medicamentos distribuídos na rede própria, diferença que reputou razoável, uma vez que o estabelecimento particular ainda tem que cobrir os seus gastos operacionais, bem como auferir uma certa margem de lucro – não se pode descurar que o comerciante assume responsabilidades dentro do programa e que também há certo atraso no repasse das verbas.

Entretanto, identificou também que o valor de aquisição da farmácia privada é superior ao da rede pública, chegando a ser 8,8 vezes superior (foram analisadas 3.300 notas fiscais de 150 farmácias), concluindo-se que a grande diferença se dá basicamente pelo

volume de compras e pela forma de apresentação do medicamento (tipo de embalagem e bula – prescindidas nas dispensações públicas) (CARRARO, 2014, p. 96-97).

O volume de compras das farmácias particulares é muito inferior às grandes aquisições governamentais, o que influencia fortemente no preço; ademais, como foi destacado, as apresentações (embalagens e bulas) são diferentes em cada espécie de fornecimento, aspecto que também compõe o custo final.

Há de se destacar, porém, que já foram registrados casos de complôs e boicotes às licitações públicas para deixar de fornecer medicamentos com descontos, buscando, assim, forçar compras diretas com preços mais elevados (ALMEIDA, 2016, p. 55-56).

Retomando à análise do trabalho de Carraro (2014), considerando os métodos aplicados, verificou-se que, para alguns medicamentos, o valor de referência era inferior ao preço médio de aquisição, motivo pelo qual a análise se voltou para a análise custo-volume (total financiado pelo Ministério da Saúde e total de compra no estabelecimento).

A evidência parece corroborar o outro lado da questão: os clamores das associações de fabricantes, distribuidores e revendedores de fármacos indicam ser o valor estabelecido insuficiente para ser um atrativo para o setor.

Isso porque, à míngua do incentivo fiscal para fabricantes e revendedores (ALMEIDA, 2016, p. 81), a manutenção do programa sobrecarrega a cadeia produtiva, impelida a realizar descontos, sacrificando a margem de lucro. O problema se agrava ante a não correção da tabela, que fica defasada com relação à prática do setor (ALMEIDA, 2016, p. 143).

De fato, a carga tributária sobre os fármacos no Brasil é elevada (média de 33,9%), enquanto no México, nos Estados Unidos, na Suécia, no Canadá e no Reino Unido são isentos de tributo. Os vizinhos Chile (18%) e Argentina (21%) possuem cargas menores. Considerando a incidência na margem da fabricação e na margem da farmácia, restam cerca de 30% para o sustento da cadeia pro-

dutiva e para a margem de lucro (ALMEIDA, 2016, p. 138-139). Anota-se que a carga sobre produtos veterinários gira em torno de 26% (ALMEIDA, 2016, p. 142).

O programa também exige um certo aumento de capital de giro do estabelecimento comercial, uma vez que o pagamento por parte do Ministério da Saúde ocorre entre dois e três meses depois da operação de dispensação (ALMEIDA, 2016, p. 144).

Entretanto, nem tudo são agruras, pois o programa é um bom marketing para as marcas e para o estabelecimento comercial, gerando oportunidades de vendas não associadas ao programa (ALMEIDA, 2016, p. 84). Ademais, cria benefícios para a “indústria farmacêutica, gerando emprego, renda e inovação” (CARRARO, 2014, p. 22). O crescimento exponencial de credenciamentos é um reforço à tese – a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), do SUS, registrou o aumento de 1.168% no número de estabelecimentos credenciados entre 2006-2017¹.

De volta ao trabalho de Carraro (2014, p. 99), o resultado da análise custo-volume apurou uma margem positiva ao estabelecimento de 34,2%, donde,

A partir do conjunto de análises, pode-se concluir que o valor de referência pago pelo governo federal parece atender às necessidades da farmácia privada para que ela faça a compra dos medicamentos, compense seus gastos extras, pague os tributos e obtenha margem de lucro. O que favorece sua participação e permanência no PAFP [Programa Aqui tem Farmácia Popular].

A constatação diminui muito a força dos argumentos, tanto da exorbitância do valor de referência quanto da insuficiência.

Com a compreensão dos questionamentos que gravitam em torno do valor de referência, passa-se à análise da eventual redução de gastos do SUS potencialmente promovida pelo programa em estudo.

Ferreira (2015, p. 12-13) avaliou o impacto da política brasileira de copagamento de medicamentos sobre indicadores de

1 Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>. Acesso em: mar. 2020.

saúde, como mortalidade e internações hospitalares, levando em consideração os microdados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) em nível de município/ano entre 2000 e 2012, demonstrando que

[...] a inserção do programa impactou na queda das taxas de mortalidade e probabilidade de morte dos internados para doenças agudas que são agravadas na presença de diabetes e hipertensão, como isquemias do coração e doenças cerebrovasculares. [...] A instalação de uma farmácia popular por 100 mil habitantes diminuiu a taxa de mortalidade por doenças circulatórias em 1,3 mortes também por 100 mil habitantes, assim como reduziu a probabilidade de óbito do internado em 0,07%.

Os impactos sobre internações foram mais abrangentes, a instalação de uma nova farmácia popular por 100 mil habitantes é capaz de reduzir as taxas de internação também para cada 100 mil habitantes em -3,5 para diabetes, -4,5 para hipertensão, -0,06 por doença de Parkinson, -0,04 por glaucoma e -0,006 por rinite. Os efeitos indicam que a política conseguiu reduzir as internações das doenças crônicas focadas pelo programa. Verificou-se, ainda, que a queda das taxas de internação diminuiu os gastos de internação, repercutindo numa diminuição dos custos de operação do sistema de saúde. A análise de custo-benefício sugere, ainda, que o programa é extremamente efetivo, a queda da mortalidade e das internações quando trazidas a valores monetários suplantam, e muito, os custos da política. (FERREIRA, 2015, p. 73, grifos nossos).

O estudo demonstrou que o programa, no período de investigação, foi instrumento que promoveu a salvação de mais de 113 mil vidas e promoveu uma redução de quase 150 milhões de reais nos gastos com internações, indicando que os valores investidos – 3,5 bilhões de reais de subsídios no período – foram superados pelas vantagens (FERREIRA, 2015, p. 15) – a cada R\$ 1 investido no programa, economizaram-se R\$ 16 em internações (BRASIL, 2018d).

Então restou demonstrada, por mais essa faceta, a relação custo-efetividade do programa.

Entretanto, cumpre consignar que o governo, recentemente, promoveu reajustamento dos valores de referência dos medicamen-

tos ofertados no Programa ATFP, por intermédio da Portaria GM/MS n. 739, de 27 de março de 2018.

A nova tabela promoveu, na verdade, profunda mudança na fórmula de cálculo do valor de referência, que agora leva em consideração o valor informado no Sistema de Acompanhamento de Mercado de Medicamentos (SAMMED) – referente à revenda das indústrias farmacêuticas para as farmácias e distribuidoras –, acrescentando-se 40% de margem para as conveniadas, além da alíquota de ICMS (BRASIL, 2018e).

O ajuste veio em resposta às dúvidas levantadas sobre a adequação do valor de referência e tem a pretensão de gerar economia aos cofres públicos (BRASIL, 2018e).

A alteração alardeou o setor, que chegou a afirmar sobre a possibilidade do descredenciamento de 31 mil estabelecimentos e do risco do fim do programa (ENTIDADES..., 2018).

Assim, resta evidenciada a efetividade do programa, uma vez que produz efeitos positivos na saúde geral da população, com uma excelente relação custo-benefício, além dos reflexos positivos nos orçamentos familiares.

5 Conclusão

A Constituição Federal de 1988 reconheceu o direito à saúde como um direito fundamental do ser humano, ante o qual o Estado não pode ficar inerte, ao revés, deve envidar esforços, em conjunto com a sociedade e a iniciativa privada, para sua efetivação; para tanto, garantiu, em seu texto, tanto o financiamento quanto as medidas necessárias para sua concretização.

Entretanto, não foram e ainda não são poucas as dificuldades, havendo ainda, nos dias atuais, um longo caminho a ser percorrido para atendimento pleno das necessidades da população.

A constatação é corroborada pela observação do fenômeno denominado *judicialização da saúde* e pela análise dos números orçamentários, que verificam e projetam um baixo investimento na área pelo Estado.

A *judicialização da saúde* é caracterizada pelo conjunto de ações judiciais que buscam obter do Estado prestações de atenção à saúde, notadamente o fornecimento de tratamentos e medicamentos.

A assistência farmacêutica – por ser parte fundamental, na maioria dos casos, do processo de cura, reabilitação e prevenção de doenças – é caracterizada como um componente básico necessário do direito fundamental à saúde.

Com o advento da universalidade e da integralidade da assistência à saúde, inauguradas a partir da Constituição Federal de 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde, organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada, a assistência farmacêutica no Brasil passou por diversas etapas em busca do atendimento pleno aos princípios e às diretrizes do novo sistema – ainda há muito o que se fazer.

Verificou-se que as principais políticas públicas de assistência farmacêutica estão voltadas especialmente ao tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, a maior causa de mortalidade no Brasil, denotando o acertado foco das decisões governamentais na área.

As políticas também visam especialmente ampliar o acesso aos medicamentos e reduzir o impacto financeiro da aquisição de medicamentos no orçamento familiar.

Atualmente, a oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada em três componentes que compõem o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica – Básico, Estratégico e Especializado, além do Programa Farmácia Popular.

A vertente da Farmácia Popular, que, em um primeiro momento, era manejada exclusivamente por farmácias governamentais, passou por uma grande expansão quando se voltou às parcerias com a iniciativa privada.

A coexistência com outras políticas públicas de acesso a medicamentos trouxe sobre o programa uma série de indagações, notadamente, voltadas a uma possível competição com as outras modalidades, seja em nível assistencial, gerencial/financeiro e até mesmo de cunho ideológico.

Visando contribuir com o debate, foi verificada a hipótese de sobreposição com as demais vertentes de assistência medicamentosa, impacto nos orçamentos familiares, efetividade no tratamento das doenças crônicas não transmissíveis, relação custo-efetividade, em cotejo com os objetivos da sua inauguração.

Concluiu-se que a experiência do Programa Aqui tem Farmácia Popular é fundamental para a efetivação do direito à saúde e que essa vertente da política de assistência farmacêutica tem apresentado uma excelente relação custo-efetividade, com impacto positivo na qualidade de vida da população e evidente redução dos gastos com medicamentos no orçamento familiar. E tem se mostrado também viável do ponto de vista orçamentário, uma vez que tem alcançado números favoráveis na redução de gastos na rede pública de saúde, além de poupar vidas.

O sistema pode ser aperfeiçoado por intermédio de incentivos fiscais – notadamente, redução ou isenção de tributos sobre os medicamentos ofertados no programa – e ponderação do sistema de copagamento visando distribuir melhor os recursos destinados ao ATFP.

Referências

ALMEIDA, Sílvia Rebouças Pereira de. *Políticas públicas para o acesso aos medicamentos no Brasil: o caso da Farmácia Popular*. 2016. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/18792>. Acesso em: 13 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Componente especializado da assistência farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/06/Livro-2-completo-para-site-com-ISBN.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Comunicado em relação aos 1.729 estabelecimentos descredenciados do Programa Farmácia Popular do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 18 maio 2018b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/18/Nota-de-descredenciamento-18052018.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 13 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Farmácia Popular. Valores de referência. *Portal da Saúde*, Brasília, 27 abr. 2018c. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular/adesao-e-credenciamento/valores-de-referencia-para-medicamentos>. Acesso em: 8 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Farmácia Popular garante mais acesso e não muda para usuário. *Agência Saúde*, Brasília, 23 mar. 2018e. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42878-farmacia-popular-garante-mais-acesso-e-nao-muda-para-usuario>. Acesso em: 9 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Sistema Único de Saúde: estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 8 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). [Online]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sobre assistência farmacêutica. *Portal da Saúde*, Brasília, 22 ago. 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/assistencia-farmacautica/sobre-a-assistencia-farmacautica>. Acesso em: 8 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). *Portal da Saúde*, Brasília, 19 abr. 2018a. Disponível em: www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis. Acesso em: 13 jan. 2020.

BRASIL. Senado Federal. Lei poderá dar segurança ao Farmácia Popular. *Senado Notícias*, Brasília, 20 mar. 2018d. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/lei-podera-dar-seguranca-ao-farmacia-popular>. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Relatório de auditoria operacional: Farmácia Popular*. Brasília: TCU – Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327A82819E4>. Acesso em: 13 jan. 2020.

BRUM, Lucimar Filot da Silva. Resenha de livro: assistência farmacêutica e acesso a medicamentos, de Maria Auxiliadora Oliveira, Jorge Antonio Zepeda Bermudez e Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1457-1458, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600028&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2018.

CARRARO, Wendy Beatriz Witt Haddad. *Desenvolvimento econômico do Brasil e o Programa Aqui tem Farmácia Popular: limitantes e potencialidades*. 2014. Tese (Doutorado em Economia do Desenvolvimento) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/103962>. Acesso em: 13 jan. 2020.

CAVALCANTE FILHO, João Trindade. Teoria geral dos direitos fundamentais. TV Justiça – Saber Direito. [Online]. Disponível

em: http://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portaltvjustica/portal_tvjusticanoticia/anexo/joao_trindade__teoria_geral_dos_direitos_fundamentais.pdf. Acesso em: 16 jun. 2018.

DIELMAN, Jeanne *et al.* Future and potential spending on health 2015–40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *The Lancet*, [online], v. 389, p. 2005–2030, 20 maio 2017. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2930873-5>. Acesso em: 13 jan. 2020.

ENTIDADES da indústria farmacêutica alertam para fim do programa Farmácia Popular. *Sul21*, Porto Alegre, 26 mar. 2018. Disponível em: <https://www.sul21.com.br/ultimas-noticias/geral/2018/03/entidades-da-industria-farmacautica-alertam-para-fim-do-programa-farmacia-popular/>. Acesso em: 14 jun. 2018

FERREIRA, Pedro Américo de Almeida. *Efeitos do copagamento de medicamentos sobre saúde no Brasil: evidências do Programa Aqui tem Farmácia Popular*. 2015. Dissertação (Mestrado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: www.ie.ufrj.br/images/pos-graduacao/ppge/Pedro_Americo.pdf. Acesso em: 14 jun. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Biblioteca Virtual. Sanitarista. Oitava Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <https://bvsarouca.iciet.fiocruz.br/sanitarista06.html>. Acesso em: 9 jun. 2018a.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Saúde nos municípios brasileiros: um retrato nacional. *Fiocruz Brasília*, Brasília, 25 jan. 2018b. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/saude-nos-municipios-brasileiros-um-retrato-nacional/>. Acesso em: 22 jan. 2020.

GARCIA, Marina Morgado; GUERRA JÚNIOR, Augusto Afonso; ACÚRCIO, Francisco de Assis. Avaliação econômica dos Programas

Rede Farmácia de Minas do SUS *versus* Farmácia Popular do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 221-233, jan. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100221. Acesso em: 17 maio 2018.

MATSUDA, Juliana Tiemi Maruyama; PEREIRA, Helida Maria; SOUZA, Luciana Camila de. O mínimo existencial como limite à aplicação da reserva do possível aos direitos fundamentais sociais. [Online]. Disponível em: www.agu.gov.br/page/download/index/id/%207306306. Acesso em: 16 jun. 2018.

MATTOS, Leonardo Vidal. *Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise crítica das políticas públicas de provisão de medicamentos no Brasil*. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARDONI, André René. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [online], v. 15, n. 3, p. 3561-3567, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a31.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2020.

OLIVEIRA-COSTA, Mariella de. Estudo traça panorama da judicialização da saúde no Brasil. *Agência Fiocruz de Notícias*, Rio de Janeiro, 25 jan. 2018. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/estudo-traca-panorama-da-judicializacao-da-saude-no-brasil>. Acesso em: 10 jun. 2018.

PASQUETTI, Carolina Vedana; JUNGES, Fernanda. O desenvolvimento da assistência farmacêutica no Brasil: evolução da legislação e o seu contexto histórico. *In: MOSTRA DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA*

DA PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU DA PUC GOIÁS, 7., 2012, Goiânia. *Cadernos [...]*. Goiânia: PUC, 2012. p. 1-20. Disponível em: [www. http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/7mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/O%20Desenvolvimento%20da%20Assist%C3%Aancia%20Farmac%C3%AAutica%20no%20Brasil.pdf](http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/7mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/O%20Desenvolvimento%20da%20Assist%C3%Aancia%20Farmac%C3%AAutica%20no%20Brasil.pdf). Acesso em: 11 jun. 2018.

PEREIRA, Marco Aurélio. *Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

PINTO, Cláudia Du Bocage Santos *et al.* Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1-9, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400004. Acesso em: 8 jun. 2018.

REMONDI, Felipe Assan; CABRERA, Marcos Aparecido Sarria; SOUZA, Regina Kazue Tanno de. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 126-136, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00126.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2020.

ROCHA, Marcelo Dantas. *A supressão como condição paralisante do direito*. 2008. Monografia (Bacharel em Direito) – Centro Universitário do Estado do Espírito Santo, Colatina, 2008.

SARMENTO, Daniel. Ubiquidade constitucional: os dois lados da moeda. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (coord.). *A constitucionalização do direito: fundamentos teóricos e aplicações específicas*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007. p. 113-148.

SILVA, Rondineli Mendes da; CAETANO, Rosangela. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. *Ciência & Saúde Coletiva*, [online], v. 20, n. 10, p. 2943-2956, 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-2943.pdf. Acesso em: 31 maio 2018.

SOUZA, Jorge Munhós de. *Diálogo institucional e direito à saúde*. Salvador: JusPodivm, 2013.