

Direito à saúde e a assistência farmacêutica para populações vulneráveis: um olhar sobre a saúde indígena no Brasil

Right to health and pharmaceutical assistance for vulnerable populations: a look at indigenous health in Brazil

Renata Favoni Biudes¹

Henrique Brandão Accioly de Gusmão²

Amélia Cohn³

RESUMO: O presente texto tem como objetivo analisar a Assistência Farmacêutica (AF) no âmbito da população indígena, com ênfase no nível de acesso aos medicamentos elencados nos protocolos clínicos para as patologias mais comuns a essa população. A metodologia utilizada foi a bibliográfica, documental, descritiva e exploratória, através de revisões como: jurisprudências, doutrinas, protocolos de saúde, portarias, relatórios institucionais e materiais científicos. Os resultados demonstram que a AF indígena possui particularidades em relação ao elenco de medicamentos, bem como no atendimento a esses usuários. A aquisição dos medicamentos elencados na Portaria 1059/2015 é realizada pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Conforme relatório divulgado pela SESAI, foi constatado que a disposição dos medicamentos em relação à lista preconizada na mencionada portaria ficou em 79%. Conclui-se que a AF se comporta de maneira diferente quando se trata da saúde indígena. Existe legislação diferenciada para essa população em relação ao elenco de medicamentos utilizados, porém mesmo assim a AF encontra dificuldades em promover integralidade na assistência aos usuários. Essas dificuldades decorrem principalmente da alta rotatividade do quadro dos profissionais e sua precária qualificação. Cabe ressaltar que os recursos disponibilizados para a saúde indígena, conforme orçamento temático de 2020, teve uma perda no ano de 2019, significando uma redução expressiva das despesas com medicamentos, para menos da metade em relação ao ano de 2018, comprometendo ainda mais o atendimento à população indígena.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Farmacêutica. Vulnerabilidade Social. Saúde Indígena. Direito à Saúde.

ABSTRACT: *This text aims to analyze Pharmaceutical Assistance (PA) within the scope of the indigenous population, with an emphasis on the level of access to medicines listed in the clinical protocols for the pathologies most common to this population. The methodology used was bibliographic, documentary, descriptive and exploratory, through reviews such: as jurisprudence, doctrines, health protocols, Ordinances, institutional reports and scientific materials. The results demonstrate that indigenous PA has particularities in relation to the list of medications, as well as in serving these users. The purchase of medicines listed in Ordinance 1059/2015 is carried out by the Ministry of Health, through the Special Secretariat for Indigenous Health (SESAI). According to a report released by SESAI, it was found that the disposition of medicines in relation to the list recommended in the aforementioned ordinance was 79%. It is concluded that PA behaves differently when it comes to*

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília (UNISANTA). Farmacêutica Especialista em Preceptoría no SUS. Auditoria em Saúde. Especialista em Saúde da Família. Especialista em Farmácia Clínica direcionada à Prescrição Farmacêutica. Bacharel em Direito.

² Mestrando do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília (UNISANTA). Tabela de Notas e Registrador Civil do Estado de São Paulo. Especialista em Direção Notarial e de Registro da Faculdade de Damásio de Jesus e especialista em Propriedade Intelectual pela GVLAW.

³ Professora Permanente do Programa de Mestrado em Direito da Saúde/UNISANTA. Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1967), mestrado em Sociologia pela Universidade de São Paulo (1972) e doutorado em Sociologia pela Universidade de São Paulo (1980).

indigenous health. There is different legislation for this population in relation to the list of medications used, but even so, PA faces difficulties in promoting comprehensive care for users. These difficulties are mainly due to the high turnover of professionals and their precarious qualification. It is worth mentioning that the resources made available for indigenous health, according to the 2020 budget, had a loss in 2019, meaning a significant reduction in expenses with medicines, to less than half in relation to 2018, further compromising care to the indigenous population.

KEYWORDS: *Pharmaceutical care. Social vulnerability. Indigenous Health. Right to health.*

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas (Portaria nº 254/2002), regulamentada pelo Decreto nº 3156/99, integra a Política Nacional de Saúde. Essa Portaria expressa, no que se refere à Assistência Farmacêutica, a “Promoção do Uso Adequado e Racional de Medicamentos”, reforçando o direito à AF dos povos indígenas (BRASIL, 2002).

O objetivo do estudo em questão é apontar como a AF se comporta frente à população indígena, considerada em situação de vulnerabilidade social. A AF é um Direito amparado constitucionalmente junto à lei maior, bem como reafirmado em demais normas infraconstitucionais.

O tema em questão, por ser de grande relevância social, sobretudo no momento atual da pandemia da Covid 19, impacta diretamente a qualidade de vida dessa população, principalmente no que diz respeito ao acesso aos fármacos para fins de tratamento de saúde, bem como na promoção do uso racional de medicamentos.

O problema adiante enfrentado diz respeito à indagação de como se dá o grau de equidade da AF frente às desigualdades sociais, no que se refere ao acesso desse direito da população indígena.

A AF, sendo um misto de atividades e serviços relacionados com os fármacos, visa a disponibilização dos mesmos para pacientes tanto em nível hospitalar, como ambulatorial. Essas atividades evidentemente, devem seguir critérios de qualidade numa eventual farmacoterapia.

A Resolução 338 de 2004, que aprova a Política Nacional da Assistência Farmacêutica, reporta que a AF tem o objetivo de possibilitar a promoção, proteção e recuperação da saúde de forma individual e coletiva, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

É importante ressaltar, que a AF tem um significado amplo. E essa amplitude envolve quesitos como: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e uso racional de medicamentos (BRASIL, 2004). Não deixando de salientar a prática do cuidado ao paciente, através da Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica.

Desde os primórdios e considerando a historicidade do que vem a ser o conceito de saúde, é importante resgatar que em 7 de abril de 1948 a Organização Mundial de Saúde reportou a obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde considerando que a “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” o (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1948). O Conceito em questão, demonstrava um anseio social no pós-guerra, refletindo então que a saúde deveria ser respeitada em sua plenitude como um direito (SCLIAR, 2009, p.37).

Com a promulgação da Constituição Federal de 88, a Saúde foi elencada como um direito social em seu artigo 6º; cabendo aos entes federados, solidariamente, prover esse direito ao usuário do SUS, como preceitua o artigo 23 da mesma legislação (BRASIL, 1998). E com a ampliação de direitos, através do artigo 196 da mesma norma, a Saúde passou a ser “direito de todos e dever do Estado”; a partir daí, foram criadas e implementadas políticas públicas sociais e econômicas com o intuito de atingir a promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos brasileiros com acesso universal e igualitário a seus serviços de saúde, incluindo a AF (BRASIL, 1988).

E aqui faz-se necessário, para o entendimento do objetivo deste texto, apontar alguns traços da questão que a situação social de vulnerabilidade envolve, situação esta que abarca não somente o nível individual, mas também o coletivo. E lembrando ainda que o próprio sistema de saúde pode acentuar a situação de vulnerabilizados desses próprios segmentos sociais (MEDEIROS, ALMEIDA, 2012, p.301). E para tanto, é pertinente a perspectiva da desigualdade social como enfoque da situação de vulnerabilidade social.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo aqui exposto envolve a metodologia exploratória, descritiva, bibliográfica e documental, sendo utilizados materiais como: portarias, leis, jurisprudências, protocolos de saúde, doutrinas, relatórios institucionais e demais textos disponíveis digitalmente.

A pesquisa bibliográfica foi reportada através da seleção de textos na base de dados em fontes seguras das bibliotecas acadêmicas como: Google Acadêmico, SciELO, entre outros, relacionados ao tema aqui abordado com os descritores: “Assistência Farmacêutica; Direito da Saúde; saúde indígena; vulnerabilidades sociais”. Já a pesquisa documental foi baseada no levantamento de leis como a Constituição Federal, Portarias do Ministério da Saúde, levantamento de dados diretos, e demais legislações pertinentes ao tema relacionado à AF da Saúde indígena e vulnerabilidades sociais.

RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram descritos através da análise da bibliográfica, bem como, do estudo documental, que abaixo serão demonstrados:

1. O DIREITO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E AS DESIGUALDADES SOCIAIS.

Segundo pesquisa da Fundação Getúlio Vargas, em janeiro de 2021, 12,8% da população do Brasil (quase 27 milhões de pessoas) foram inseridas na linha de pobreza. No ano de 2011, essa porcentagem estava em 12,1% (FGV, 2021). No ano de 2019, o Brasil possuía aproximadamente 13.7 milhões em situação de extrema pobreza e 51,7 milhões vivendo abaixo da linha da pobreza (IBGE, 2020). A região norte teve um aumento na proporção de pessoas em situação de pobreza, sendo que essa região, juntamente com o Nordeste, computou mais de 40% da população em níveis abaixo da linha de pobreza (IBGE, 2020).

O IBGE reporta que consta no Brasil, até a data de 21 de abril de 2021, uma população 212.979.671 habitantes. O país ocupa a 8ª posição no que diz respeito aos piores níveis de desigualdade de renda, ficando atrás apenas, de alguns países africanos (PNUD, 2020). Conforme dados consolidados pelo Banco Mundial, o país apresenta um índice de Gini de 53,9 (WORLD BANK, 2020), um número preocupante no que diz respeito a desigualdade de distribuição de renda. Apesar de apresentar um IDH considerado alto (0,765), o país caiu cinco posições no *ranking* geral saindo da 79ª para a 84ª posição (PNUD, 2020).

O direito a saúde, deriva de um contexto de normas que abarca inclusive o preâmbulo da Constituição. Esse direito envolve, principalmente o princípio da dignidade da pessoa humana. É notório que cabe ao Estado a implantação e promoção de políticas públicas sociais e econômicas para que seja possibilitado o acesso igualitário e universal à saúde com a finalidade de promoção, proteção e recuperação da saúde de sua população (BARBOSA, NETO, 2020, p. 67).

Nesse contexto, a AF constitui-se num direito; porém frente à escassez dos recursos públicos, há de se esperar que a sua integralidade assistencial possua fragilidades. Considerando essa limitação de recursos agregada à impossibilidade de efetivar-se de forma absoluta os direitos fundamentais de segunda geração, surge a discussão a respeito dos limites que se deva apresentar a esses direitos. (BARBOSA, NETO, 2020, p.73).

Outrossim, surgem as argumentações sobre a teoria da reserva do possível, “referenciada pelo Tribunal Constitucional alemão “(BARBOSA, NETO, 2020, p.73). O Supremo Tribunal Federal, através da ADP Nº 45, assim deliberou o entendimento: (BRASIL,2004).

É que a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais - além de caracterizar-se pela gradualidade de seu processo de concretização – depende, em grande medida, de um inescapável vínculo financeiro subordinado às possibilidades orçamentárias do Estado, de modo que, comprovada, objetivamente, a incapacidade econômica-financeira da pessoa estatal, desta não se poderá razoavelmente exigir, considerada a limitação material referida, a imediata efetivação do comando fundado no texto da Carta Política(...). Cumpre advertir, desse modo, que a “cláusula da reserva do possível” - ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível – não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais de um sentido de essencial fundamentalidade (BRASIL, 2004).

A Teoria em questão, é difícil de ser considerada num país como o Brasil, pois o nosso arcabouço constitucional e nosso sistema de saúde diferem e muito das normas e estrutura de saúde alemã.

Cabe ressaltar, porém, que o direito subjetivo às prestações positivas do estado, no que diz respeito à saúde, não deve enquadrar de forma genérica e arbitrária os mais variados “anseios do cidadão”, devendo então, atingir principalmente aqueles “classificados como prioritários” (BARBOSA, NETO, 2020, p.73). Porém, no caso em questão, essa classificação não deve ser realizada apenas pelo administrador, que por vezes carece de conhecimento técnico de avaliação. É preciso que essa análise seja realizada por equipe técnica, conhecedora da saúde.

Atualmente a judicialização é uma opção que os usuários possuem visando garantir seus direitos ao acesso aos medicamentos, bem como à saúde como um todo, porém é um processo que reflete “assimetria” desses direitos, comparando por exemplo, os quesitos “raça/ cor e

renda” (INESC, 2020, p.15). Uma quantidade crescente de estudos reporta a desigualdade social nesse processo, principalmente porque a maioria que pleiteia o direito ser de pessoas com renda alta e municípios de locais com “alto índice de desenvolvimento” (INESC, 2020, p.15). “A distribuição de recursos de saúde” é imprescindível para a promoção da equidade nas políticas públicas, porém a “judicialização” acaba por interferir de forma negativa na distribuição equânime desses recursos (INESC, 2020, p.15).

Para fazer frente a essa questão, atualmente no país existem protocolos que enquadram o acesso aos medicamentos de acordo com as mais variadas patologias, através da Comissão Nacional de Incorporação e Tecnologias no Sus, que é um órgão permanente e colegiado que visa assessoramento nas análises, avaliações e incorporações, ampliações de uso, alterações e exclusões de tecnologias de saúde, referente aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2019, p.9).

Além do mais, a AF é organizada e possui um elenco de medicamentos selecionados que compõem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, classificando os medicamentos em componentes Básico, Estratégico e Especializado, além do programa Farmácia Popular (BRASIL, 2019, p.11), ressaltando que a saúde indígena, possui suas particularidades em relação ao elenco desses medicamentos para adequação ao seu perfil de vulnerabilidade social e de necessidades de saúde correspondentes.

A desigualdade social no Brasil envolve os mais variados segmentos e definem formas diferenciadas no nascimento, durante a vida, no adoecer, bem como, na morte da pessoa (BRASIL, 2019, p.19, b). Citam-se como exemplos o preconceito social, referente a orientação sexual LGBT, racismo, negros, indígenas, população carcerária, pacientes da saúde mental, entre outros (BRASIL, 2019, p.19, b). Nesses casos é possível analisar que a vulnerabilidade desses segmentos sociais se reflete de forma expressiva na saúde coletiva e na gestão dos recursos de saúde, mediante os “determinantes sociais de saúde”, resultado da ausência de condições importantes como saneamento básico, renda, dificuldade de acesso à água, qualidade nutricional, preconceito social, entre outros (BRASIL, 2019, p.19, b). Há de se considerar que essa população carece de uma atenção à saúde diferenciada, considerando as situações que enfrentam, bem como a forma em que vivem e organizam sua vida social (BRASIL, 2019, p.19, b).

Tendo como exemplo o saneamento básico e água potável, é evidente que sem esses recursos a saúde da população ficará comprometida, principalmente os grupos mais vulneráveis. No ano de 2020, o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) revelaram que apenas 54,1% da população brasileira conta com esgotamento sanitário e 16,3 % não possuem água potável (BRASIL, 2020). Em número de habitantes isso expressaria que aproximadamente 100 milhões de pessoas são privadas do esgotamento sanitário, bem como aproximadas 35 milhões não possuem tratamento de água (BRASIL, 2020).

É necessária uma adaptação dos “cuidados primários à saúde”, no que se refere às condições de natureza política, econômica e sociocultural em nível regional, devendo incluir no mínimo, saneamento básico, promoção em educação em saúde, adequada nutrição, medicamentos considerados básicos ou essenciais, entre outros (SCLAR, 2009, p.39).

2. O ACESSO AOS MEDICAMENTOS PELA POPULAÇÃO INDÍGENA

Conforme o IBGE, no último censo demográfico, existem 817.963 mil pessoas que se “autodeclararam” indígenas vivendo no território brasileiro. Esse número corresponde a 0,4%

da população brasileira (IBGE, 2010). É possível observar que houve durante o período histórico, a queda acentuada dessa população, restando menos de 30% da mesma, no período atual. Segundo o último censo, os indígenas representam apenas 0,4% da população brasileira, enquanto “47,7% se consideravam brancos; 7,6%, pretos; 1,1%, amarelos; 43,1%, pardos” (IBGE, 2010, p.6).

A Fundação Nacional do Índio aponta que no ano de 1500 o Brasil contava com uma população de 3 milhões de indígenas, que correspondiam à 100% da população (FUNAI, BRASIL, 2021). Infelizmente, a maior parte dessa população foi extinta por diversos fatores, como: Doenças trazidas pelos seus colonizadores, tratamento violento na colonização, lutas por terras, fragilidade nos acessos à saúde, entre outros.

Segundo Ailton Krenak (2020), os indígenas das diversas regiões estão passando por tensões nas relações políticas entre o Estado e suas sociedades. Cabe ressaltar que essa tensão não é de agora, porém houve um agravamento com as recentes mudanças políticas que estão influenciando a vida das comunidades. Essas por sua vez, estão nas últimas décadas, insistindo para que o “governo cumpra seu dever constitucional de assegurar esses grupos nos seus locais de origem, identificados no arranjo jurídico do país como terras indígenas” (KRENAK, 2020, p.21). Com essa dificuldade em relação ao respeito às terras indígenas, bem como, ações violentas por parte dos madeireiros, dos exploradores de minas, e do agronegócio, por exemplo, aliadas à dificuldade de acesso à saúde que essa população enfrenta, acaba por tornar ainda mais vulneráveis as sociedades indígenas aqui existentes.

As doenças mais prevalentes na população indígena são: Tuberculose, ISTs como hepatite e Sífilis, a Malária, Doenças Crônicas como Diabetes, Hipertensão, doenças por causas nutricionais, entre outras (BRASIL, 2018). Entre os anos de 2016 e 2018, foram contabilizados 1175 casos de tuberculose em indígenas, sendo 584 casos no ano de 2016, 488 casos no ano de 2017 e no ano primeiro semestre de 2018, 103 casos (BRASIL, 2018). Além desses agravos, os indígenas possuem uma taxa alta de suicídios, interpretados pelos preceitos de saúde científicos como condicionantes de doenças da saúde mental.

Atualmente, com a pandemia do Coronavírus, foi possível observar que os povos indígenas sofreram um alto índice de mortalidade em relação à população brasileira. Um estudo realizado por Felows, et al, (2021), apontou “subnotificações de casos de COVID -19, entre os povos indígenas do Brasil”, bem como diferenças significativas em relação aos óbitos da população brasileira, expressando as antigas desigualdades já sofridas por essa população no contexto histórico. O estudo foi realizado entre 23 de fevereiro e 3 de outubro de 2020, e demonstrou que houve divergências do que foi apontado pelo Ministério da Saúde em relação ao que a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) levantou em relação ao número de óbitos, sendo assim, o estudo reportou que: (FELOWS, et al, 2021).

O MS registrou 22.127 casos e 330 mortes, enquanto a pesquisa da COIAB registrou 25.356 casos confirmados e 670 mortes, indicando uma subnotificação de 14 e 103%, respectivamente. Da mesma forma, as taxas de incidência e mortalidade foram 136 e 110% maiores entre os indígenas quando comparadas com a média nacional. Em termos de mortalidade, os DSEIs mais críticos foram *Alto Rio Solimões*, *Cuiabá*, *Xavante*, *Vilhena* e *Kaiapó do Pará*. O modelo GLM revela uma correlação direta entre desmatamento, grilagem e mineração, e a incidência de casos entre os indígenas (FELOWS, et al, 2021).

Segundo o “Relatório das ações realizadas pela Sesai para enfrentamento da pandemia da Covid-19”, foram disponibilizados medicamentos, equipamentos de proteção individual, bem como, insumos e testes rápidos para o atendimento à saúde indígena. Entre os Fármacos

mais utilizados, estavam antitérmicos e analgésicos como: paracetamol e Dipirona (BRASIL, 2021, p.7).

A saúde indígena possui 34 distritos sanitários e é atendida através do “subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas “de forma articulada com o Sistema Único de Saúde, sendo assim, “descentralizada com autonomia financeira, administrativa e orçamentária” (INESC, 2020, p. 14). Segundo o Ministério da Saúde o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) conceitua-se como: (BRASIL, 2021).

a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Trata-se de um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado – que contempla um conjunto de atividades técnicas que se fundamentam em medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde. Além disso, promove a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias por meio de atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com base no Controle Social (BRASIL, 2021)

Além disso, essa estrutura de atendimento conta também com “unidades básicas de saúde indígenas, polos bases e as Casas de Apoio à Saúde Indígena” (CASAI) (BRASIL, 2021).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), por sua vez, é responsável pela execução e coordenação da Política Nacional dos Povos indígenas, bem como da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2021). Conforme o Plano Distrital de Saúde Indígena 2020-2023, no país há 311 etnias, 6238 aldeias. 67 Casas de Apoio à Saúde Indígena e 1199 Unidades Básicas de Saúde Indígena (BRASIL, 2021).

No ano de 2015, foi publicada a Portaria nº 1059, que aprovou o “elenco nacional da saúde indígena destinado aos atendimentos de saúde da Atenção Básica, voltados para a população indígena”. (BRASIL, 2015 a). Esse elenco levou em consideração a lista oficial do RENAME, bem como englobou os medicamentos padronizados na atenção primária à população indígena, abordando as práticas clínicas locais dessa população (artigo 2º, inciso I da Portaria 1059/2015). Outros critérios importantes foram considerados na aprovação desse elenco específico como: a) essa seleção deveria conter medicamentos com registros específicos no país; b) foi considerado o perfil especial relacionado à população indígena, como por exemplo a morbimortalidade e suas especificidades; c) apenas medicamentos com um princípio ativo foram priorizados; d) os medicamentos só poderiam ser identificados através do seu princípio ativo, por sua denominação comum brasileira ou na falta dessa, pela denominação comum internacional. (Artigo 2º, incisos, II, II, IV, V da portaria 1059/2015). (BRASIL, 2015, a).

Ficou definido que o Ministério da Saúde realizaria a ata de registro de preços para a aquisição dos fármacos, constantes no anexo da Portaria. Esses processos de aquisição ficaram sob a responsabilidade da Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI/MS), de forma a contemplar as realidades epidemiológicas e demais necessidades locais, através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) (BRASIL, 2015, a). Cabe ressaltar que essa Portaria reportou que a aquisição dos medicamentos pelo DSEI/SESAI/ MS, por meios licitatórios próprios, dependeria da prévia autorização da SESAI/MS, bem como da observância da legislação vigente (BRASIL, 2015, a).

Ainda no ano de 2015, no mês de novembro, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 1800/2015, porém agora sobre a aprovação das Diretrizes da Assistência Farmacêutica no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2015, b). Alguns princípios foram

contemplados, como por exemplo, a observância de critérios epidemiológicos locais, a valorização sobre as práticas indígenas tradicionais de saúde, entre outros (BRASIL, 2015, b).

Em relação aos eixos estratégicos a Portaria 1800/2015, através do seu artigo 3º, incisos I, II, III, IV e V, priorizou como eixos a promoção do uso racional de medicamentos, descentralização da gestão, recursos humanos, instalações físicas e sistemas de informação (BRASIL, 2015, b).

Sendo assim, os medicamentos mais utilizados pela saúde indígena são aqueles relacionados à atenção básica, bem como os de programas estratégicos, visto que os agravos prevalentes foram aqueles referidos às doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, bem como os de programas estratégicos como os das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Sífilis, Hepatites, HIV, e programas da Tuberculose, Hanseníase, entre outros.

Os medicamentos destinados à população indígena são considerados como de “interesse em saúde pública”, pois são aqueles que reportam vulnerabilidade, magnitude, transcendência, devendo ser utilizados como estratégia de combate às doenças em termos relevantes (BRASIL, 2001, p.36).

A Portaria nº 1059/2015, que elenca os medicamentos básicos da saúde indígena, baseada nos medicamentos essenciais, envolve vários itens que contemplam os agravos mais prevalentes nessa população, dentre eles, os medicamentos para tratamento de doenças crônicas como: Captopril 25 mg (Hipertensão), Metformina (Diabetes), Cloridrato de Fluoxetina (Depressão), Sulfato Ferroso (Repositor de Ferro), entre outros.

Segundo o Relatório de Gestão da SESAI de 2016, a AF contava com 127 itens dos medicamentos homologados nos processos licitatórios, alcançando um total de aproximadamente 79% do total dos 186 que preconizados na Portaria 1059/2015. Dos 186 itens, 23 são “demandas em comum” com demais secretarias do MS; sendo assim, a SESAI licita apenas 160 itens. As licitações realizadas naquele ano alcançaram a meta estipulada que era de 71-80% (BRASIL, 2017).

Os medicamentos adquiridos ficaram nos DSEI e Polos-Base com o intuito de evitar o desabastecimento dos equipamentos de ponta do SUS. O Relatório demonstrou que 22 DSEI possuíam atas registros de preços e no mesmo período, foi relatado que existiam 470 estabelecimentos com farmácia, sendo “34 DSEI, 360 polos e 66 CASAI”, tendo também 189 estabelecimentos que possuíam o sistema Hórus Indígena implantado” (34 DSEI, 48 CASAI e 107 Polos base)” (BRASIL, 2017, p.9).

O sistema “HORUS Indígena” tem como função a qualificação e monitoramento da gestão da AF no SASISUS, e dessa forma contribui para promoção de atenção qualificada à população indígena nos DSEI, Polos-Base, CASAI, bem como nas demais unidades que distribuem e dispensam medicamentos para a população indígena (BRASIL, 2017, p.34). O Relatório mencionado apontou a seguinte situação em relação à implantação do Sistema Hórus nas Unidades de Saúde Indígena: (BRASIL, 2017, p.34)

(...) O resultado denominado “100% dos DSEI contam com sistema HÓRUS implementado nas sedes, Polos base e CASAI” foi superestimado, já que nem todos os polos base e CASAI possuem farmácia e/ou internet e computadores. Sendo assim, foram criados outros resultados para acompanhamento da implantação do HÓRUS: “HÓRUS Indígena implantado em 60% das CASAI com farmácia” e HÓRUS Indígena implantado em 30% dos polos base com farmácia”. Todas as sedes de DSEI possuem o HÓRUS implantado. O resultado então, foi o seguinte: Total de Estabelecimentos com Farmácia: 470 (34 DSEI, 360 polos, 66 CASAI); Total de estabelecimentos com Hórus Indígena implantado: 189 (34 DSEI, 48 CASAI e 107 Polos base),

representando aproximadamente 41% de estabelecimentos de saúde. Quanto à implantação nas CASAI, alcançou-se um percentual de aproximadamente 73% de implantação e, nos polos base, 29,7% (...) (BRASIL, 2017, p.34)

A SESAI alegou que as dificuldades encontradas na implantação estavam relacionadas a sua infraestrutura, bem como à grande “rotatividade e baixa qualificação de sua força de trabalho” e problemas com a “conectividade nos DSEI” (BRASIL, 2017, p.66). Fator este reafirmado no Relatório Anual de Gestão sobre a aquisição de medicamentos (BRASIL, 2017)

No que diz respeito a dados colhidos no “orçamento temático de acesso a medicamentos” publicado pelo Inesc em dezembro de 2020, a Atenção à Saúde Indígena, levando-se em consideração o subsistema, recebe uma média de R\$ 1,4 bilhão, sendo que desse valor, pouco acima de 1% é gasto com medicamentos. (INESC, 2020, p.6), valor esse insuficiente para promover um atendimento adequado dos 34 distritos de saúde existentes no território brasileiro, lembrando que essa população possui características específicas e é considerada em situação de vulnerabilidade (INESC, 2020, p.6).

A saúde indígena, conforme orçamento temático de 2020 (INESC, 2020, p. 13), teve uma perda de quase 270 milhões no ano de 2019 (R\$1.452.6 milhões), sendo que no ano de 2018, esse valor chegou a (R\$ 1725.3 milhões) o que compromete ainda mais a integralidade da assistência à saúde a essa população, vivendo em situação de vulnerabilidade social. Desse percentual apenas R\$ 9.15 milhões foram investidos em medicamentos para a saúde indígena, um percentual de 0,6% dos gastos totais no ano de 2019, menos da metade dos gastos de 2018, que foram de 21,14 milhões, um percentual de 1,2% investidos em medicamentos. Ressalte-se que o INESC alerta que que essa redução pode ser devida a “mudanças na metodologia de extração dos dados para a resposta ao pedido de acesso à informação” (INESC, 2020, p. 13), já que a solicitação no ano de 2018 teria sido respondida pela Secretaria Especial de Saúde Indígena, sendo que em 2019 a solicitação teria sido atendida pela Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento (INESC, 2020, p. 13).

Os medicamentos de programas específicos que abrangem o Componente Estratégico, bem como, os de alta complexidade (Componente Especializado), também podem ser utilizados pela população indígena de forma complementar, independente do que já preconiza a Portaria 1059/2015.

Entre 2010 a 2017, foram registrados pelo SIASI 22.000 óbitos, sendo 725 casos por suicídio (3,3%). Desses casos, foram 712 (98,2%) por lesões autoprovocadas de forma intencional e 13 (1,8%) por intoxicação exógena de intenção indeterminada (BRASIL, 2018).

Um estudo realizado sobre o consumo de psicotrópicos na população indígena Xukuru de Cimbres, no município de Pesqueira- PE, entre fevereiro e junho de 2016 (BARBOSA, et al 2019) demonstrou que 8% da população estudada fazia uso de algum psicotrópico. Dentre os mais consumidos, 78,67% dos indígenas faziam uso dos Benzodiazepínicos. Já os antidepressivos 17,33% e por fim 4% consumiam outros como “Barbitúricos, antipsicóticos ou Composto de Lítio” (BARBOSA, et al, 2019). O Estudo acima mencionado apontou uma “tendência” de cronicidade no uso dos psicotrópicos em relação aos métodos de curas tradicionais (BARBOSA, et al, 2019). Tão importante quanto o acesso aos medicamentos é a promoção do uso racional desses, para que não ocorra a medicalização excessiva, ocasionando diversos problemas relacionados a medicamentos (PRM). Cabe ressaltar que os psicofármacos constantes na Portaria 344/98, usados nos tratamentos relacionados à saúde mental, devem ser rigorosamente acompanhados tanto pelos pacientes, como pela família e profissionais da saúde.

A “Política Nacional de Medicamentos” preconiza que a utilização de medicamentos de forma arbitrária e desnecessária estimulada pela automedicação, interrupção ou substituição da medicação prescrita, remetem à preocupação com o uso racional de medicamentos. É necessária a utilização de ações que devem ser realizadas com o intuito educativo de orientação aos pacientes (BRASIL, 2001, p. 11). E acrescenta-se, de respeito à cultura e modos de vida desses povos. Não se descarta que essa cronicidade e essa dependência de uso de medicamentos seja um produto do próprio tipo de oferta dos serviços de saúde destinados a esses povos indígenas, que tende a desrespeitar seus valores e costumes, bem como suas estratégias de sobrevivência.

Como a AF abrange um leque de atividades relacionadas a medicamentos, bem como ao cuidado do paciente, fica evidenciado que a atenção ao usuário indígena deve incluir o acompanhamento farmacoterapêutico a esses indivíduos, principalmente considerando-se que essa população é vulnerável socialmente. Para tanto a presença do profissional farmacêutico revela-se essencial. No entanto, o Conselho Federal de Farmácia informou em 2017, que apenas 142 farmacêuticos atuavam na saúde indígena, quantidade insuficiente para promover uma AF com qualidade ao usuário indígena (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2017).

Nesse mesmo ano o Conselho Federal de Farmácia regulamentou as atribuições dos Farmacêuticos que atuavam com essa população, já que a saúde indígena possui algumas particularidades que acabam dificultando o ciclo da AF no que diz respeito à formação de equipes (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2017b), publicando a Resolução nº 649/2017, que “dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no subsistema de atenção à saúde indígena” (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2017 b).

Dentre as principais atribuições desse profissional no âmbito da saúde indígena destaca-se o que preconiza o artigo 1º, inciso II e VII da Resolução 649/2017, que reporta o respeito aos costumes, línguas, tradições dessa população, bem como aos “recursos terapêuticos tradicionais”, e a participação do farmacêutico na logística de medicamentos e outros produtos através de assessoria à gestão e demais representantes do controle social em relação ao subsistema na saúde indígena. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2017 b). Algumas outras atribuições previstas nesta Resolução consistem na responsabilidade de realização de todo o ciclo da AF: “seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos” (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2017 b), respeitando-se o perfil de cada aldeia indígena em que esteja atuando, bem como, analisando critérios importantes como os “culturais, econômicos, técnicos, e as evidências clínicas” para que seja prestada uma assistência que vise a segurança e eficácia no acesso aos medicamentos, acrescentando inclusive sua participação nos Comitês de farmácia e terapêutica (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2017 b).

Essa resolução abarca também diversas atribuições do cuidado ao usuário indígena no que diz respeito ao atendimento clínico individual, familiar e comunitário, com o intuito de promover o uso racional de medicamentos pelo subsistema, conforme preceitua a Resolução 649/2017 em seus artigos XIV e XV. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2017 b).

DISCUSSÃO

É possível verificar, diante do que foi apresentado, que a AF assume perfil diferenciado segundo seu público-alvo, no caso específico as populações indígenas vivendo em situação de vulnerabilidade social. Atualmente, existem legislações específicas que estabelecem esse atendimento diferenciado por parte da AF voltada a essa população.

Dentre os pontos positivos evidencia-se que na AF Indígena, a Portaria 1059/2015, publicada pelo Ministério da Saúde, formalizou um elenco específico para o atendimento a essa população, e essa relação foi criada respeitando características epidemiológicas e culturais dos povos indígenas.

A Portaria que estipulou o elenco foi baseada nos medicamentos essenciais e envolve vários itens que comportam os agravos mais prevalentes nessa população, dentre eles, os medicamentos para tratamento de doenças crônicas: Captopril 25 mg (Hipertensão), Metformina (Diabetes), Cloridrato de Fluoxetina (Depressão), Sulfato Ferroso (Repositor de Ferro), entre outros. No mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 1800/2015 que priorizou os princípios da promoção, proteção e recuperação da saúde, visando principalmente o acesso e o uso racional dos medicamentos, reiterando ainda mais a importância da AF na saúde indígena. Essas deliberações foram uma conquista para a Atenção à Saúde dessa população.

Conforme demonstrado em relatório do Ministério da Saúde (SESAI), observa-se que a AF da saúde indígena abarcou 127 itens dos medicamentos homologados nos processos licitatórios, alcançando a meta estipulada que era de 71-80%. Porém o relatório mencionado, aponta que a AF possui fragilidades no que diz respeito à aquisição dos medicamentos, através de processos licitatórios, pois devido à rotatividade dos profissionais e à sua baixa qualificação, a integralidade da AF aos usuários indígenas fica comprometida. Esse relatório também enfatiza, que as principais dificuldades na aquisição dos medicamentos reportavam-se à elevada “rotatividade” e ao baixo nível de “qualificação de sua força de trabalho.”

Por outro lado, essa rotatividade e deficiência na qualificação, associando-se à dificuldade de conectividade da rede eletrônica também acentua as falhas na implantação do Sistema de Informação Hórus na totalidade dos equipamentos de saúde indígena. No presente estudo, ficou demonstrado também, uma preocupação em relação aos casos relacionados à saúde mental e uso de psicofármacos, apontando uma “tendência” de cronicidade no uso dos psicotrópicos em relação aos métodos de curas tradicionais, o que torna essa situação ainda mais preocupante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível concluir que, mesmo com uma legislação diferenciada da AF voltada à população indígena, é necessária uma avaliação em relação ao que preconiza a legislação e o que realmente vem sendo executado pela AF. No caso da saúde indígena, o que se pode vislumbrar é que com a carência de profissionais essenciais e qualificados para fazer a gestão, todo o ciclo da AF (seleção, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação), e sobretudo o cuidado do usuário ficará comprometido, gerando fragilidades na garantia da integralidade na atenção à saúde para essa população considerada em situação de vulnerabilidade social.

Cabe uma última reflexão, que diz respeito à atenção à saúde como um direito de todos, e que, portanto, respeite as diferenças entre seus cidadãos e busque instaurar a igualdade de direitos entre os desiguais. Os primeiros habitantes das terras brasileiras, foram alvo da conquista por parte dos “brancos”, e após mais de 500 anos continuam sendo qualificados por estes como inferiores, como “não iguais a nós”, quando na realidade são alvo de ações violentas por parte dos madeireiros, dos exploradores de minas, e do agronegócio. Confrontam-se, nesse embate, duas formas de conceber o universo e de explorar as riquezas da terra: uma, indígena, que associa suas atividades de sobrevivência com a preservação da natureza, e concebem de forma radicalmente distinta a relação homem/natureza; e outra que associa a exploração

econômica à ação predatória da natureza, o homem branco capitalista, em particular o brasileiro. Daí que a formulação de políticas de saúde indígena e a “qualificação da força de trabalho” têm que contemplar essa especificidade, sobretudo na área da saúde mental (aqui mencionada) mas também no combate à desigualdade no acesso à saúde, lembrando que a população indígena, segundo o último censo, representa apenas 0,4% da população brasileira, enquanto 47,7% se declararam brancos; 7,6%, pretos; 1,1%, amarelos; 43,1%, pardos. Um declínio de mais de 70% do que era no ano de 1500.

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 "This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001"

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Caroline Vargas; NETO, João Felipe da Silva. **A assistência farmacêutica e as políticas públicas versus o impacto orçamentário do estado em decorrência da judicialização do direito à saúde sob a ótica da biopolítica e o homo sacer**. Rev. de Direito Sociais e Políticas Públicas | e-ISSN: 2525-9881 | Evento Virtual | v. 6 | n. 1 | p. 66-86 | Jan/Jun. 2020. Acesso em: 11 de maio de 2021.

BARBOSA, V.F.B; CABRAL, L.B; ALEXANDRE, A.C.S. **Medicalização e Saúde Indígena: uma análise do consumo de psicotrópicos pelos índios Xukuru de Cimbres**. Ciênc. saúde coletiva. 24 (8) 05. 2019. Acesso em: 11 de maio de 2021

BRASIL. **Constituição (1988) Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: 11 de maio de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.059, de 23 de julho de 2015. **Aprova o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena, constante do anexo a esta Portaria, destinado aos atendimentos de saúde da atenção básica voltados para a população indígena**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1059_23_07_2015.html Acesso em: 11 de maio de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação no 6, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf Acesso em: 11 de maio de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena, de dezembro de 2018. **Perfil epidemiológico dos indígenas assistidos pelo SasiSUS e panorama dos serviços de**

atenção primária. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3649/13/Perfil%20epidemiologico.pdf> Acesso em: 11 de maio de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria Especial de Saúde Indígena. Relatório das ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia da COVID-19.** Disponível em: http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/pdf/Relatorio%20Resumido_SESAI_Coronavirus.pdf. Acesso em: 23 de maio de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria Especial de Saúde Indígena, de dezembro de 2018. Sobre a SESAI.** Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-sesai>.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria Especial de Saúde Indígena, de dezembro de 2018.DSEI.** Disponível em: <https://saudeindigena1.websiteseuro.com/coronavirus/dsei/>. Acesso em: 11 de maio de 2021.

_____. Ministério do Desenvolvimento Regional. **SNIS – Sistema Nacional de Informação sobre Saneamento, de 21 de dezembro de 2020. Cobertura de redes de esgoto e de água potável cresce no Brasil.** Disponível em: <http://www.snis.gov.br/ultimas-noticias/cobertura-de-redes-de-esgoto-e-de-agua-potavel-cresce-no-brasil> Acesso em: 11 de maio de 2021.

_____. Conselho Federal de Farmácia. **CFF regulamenta atribuições do farmacêutico na saúde indígena de 28 de setembro de 2017.** Disponível em: <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=4644&titulo=CFF+regulamenta+atribuicoes+do+farmacuetico+na+saude+indigena> Acesso em: 11 de maio de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 649, de 28 de setembro de 2017. **Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no subsistema de atenção à saúde indígena.** Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19349393/do1-2017-10-11-resolucao-n-649-de-28-de-setembro-de-2017-19349346 Acesso em: 11 de maio de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria Especial de Saúde Indígena. Relatório de gestão do exercício de 2016. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento Brasília – 2017.** Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/09/Relatorio-de-Gestao-da-SESAI-2016.pdf> Acesso em: 11 de maio de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto n. 3.156 de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3156.htm Acesso em: 11 de maio de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 254, de 31 de janeiro de 2002. **A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf Acesso em: 11 de maio de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.o 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.** Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/344.pdf> Acesso em: 11 de maio de 2021.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Fundação Nacional dos Índios (FUNAI). Quem são.** Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao> Acesso em: 11 de maio de 2021.

_____. Supremo Tribunal Federal. **ADPF 45 MC/DF. Rel. Min. Celso de Melo. Tribunal Pleno. Julgado em 29.04. 2004. Publicado em 04.05.2004.** Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14800508/medida-cautelar-em-arguicao-de-descumprimento-de-preceito-fundamental-adpf-45-df-stf>. Acesso em: 11 de maio de 2021.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Protocolos e Diretrizes do Ministério da Saúde.** Brasília: Conitec, 2019. Disponível em: <http://conitec.gov.br/pcdt-em-elaboracao>. Acesso em: 11 de maio de 2021.

FELOWNS, Martha; PAYE, Valéria; ALENCAR, Ane; NICÁCIO, Mário; CASTRO, Isabel; COELHO, Maria Emília; SILVA, Camila ; BANDEIRA, Matheus; LUORIVAL, Reinaldo; BASTA, Paulo Cesar. **Subnotificações de casos de Covid -19 entre os povos indígenas no Brasil: Uma nova expressão de antigas desigualdades .Frontiers em pesquisa.** Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.638359/full>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Pandemia acentua pobreza e é tema de debate na FGV. FGV, Fundação Getúlio Vargas de 24 de fevereiro de 2021.** Disponível em: <https://portal.fgv.br/noticias/pandemia-acentua-pobreza-e-e-tema-debate-fgv> Acesso em: 11 de maio de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, de 11 de maio de 2021.** Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box_popclock.php. Acesso em: 21 de abril de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais 2020.** Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>. Acessado em 11 de maio de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010. Primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.** Disponível em: https://indigenas.ibge.gov.br/images/indigenas/estudos/indigena_censo2010.pdf Acesso em: 11 de maio de 2021.

INESC - Instituto de Estudos Socioeconômicos. **Orçamento Temático de Acesso a Medicamentos – 2019, dezembro de 2020.** Disponível em: <https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2020/12/OTMED-2020.pdf> Acesso em: 11 de maio de 2021.

KRENAC, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo.** Editora Companhia das letras.Ebook. 2020. Acesso em: 11 de maio de 2021.

MEDEIROS, Ewerton Torreão de Freitas; ALMEIDA, Marcos de. Vulnerabilidade e iniquidade na incorporação pública de medicamentos. Revista BIO&THICOS, Centro Universitário São Camilo - 2012;6(3):300-306. Acesso em: 11 de maio de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição. Genebra: OMS, 1948** <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 11 de maio de 2021.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud.** Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1993. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=795-el-papel-farmaceutico-sistema-atencion-a-salud-informe-un-grupo-consulta-

5&category_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965#:~:text=Los%20farmac%C3%A9uticos%20del%20sector%20p%C3%ABlico,empleo%20de%20sistemas%20de%20informaci%C3%B3n.PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD).). **Relatório de Desenvolvimento Humano 2020**. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2020_overview_portuguese.pdf . Acesso em: 11 de maio de 2021.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. Physis [online]. 2007, vol.17, n.1, pp.29-41. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

WORD BANK. **International Comparison Program (ICP)**. Washington, DC, 2020. Disponível em:<http://wdi.worldbank.org/table/1.3>. Acesso em 11 de maio de 2021.