Revista Científica Brazilian Journal of
HEALTH AND PHARMACY

CRFMG

Das raízes à inovação: a atuação da Assistência Farmacêutica Básica no acesso a medicamentos

From roots to innovation: the role of the Basic Component of Pharmaceutical Services in access to drugs

Rafael Poloni

Ministério da Saúde (MS), Brasília, Distrito Federal, Brasil.

***Autor correspondente:** Rafael Poloni (ORCID: https://orcid.org/0009-0008-5397-1886)
E-mail: rafaelpolonifarma@gmail.com

Data de Submissão: 27/07/2026; Data do Aceite: 11/09/2026.

Citar: POLONI, R. Das raízes à inovação: a atuação da Assistência Farmacêutica Básica no acesso a medicamentos. **Brazilian Journal of Health and Pharmacy**, v. 8, edição especial, e375, p. 64 - 80, 2026.

RESUMO

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf) passou por mudanças recentes relacionadas ao financiamento, à organização federativa e à ampliação do acesso a medicamentos e insumos na Atenção Primária à Saúde (APS). A análise considera o financiamento tripartite, a cooperação entre os entes federativos, a inserção da assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde e a qualificação dos serviços farmacêuticos. São discutidos o aumento dos recursos federais destinados ao componente, a adoção de critérios de repasse baseados no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, a ampliação do elenco terapêutico e o apoio a municípios afetados por emergências e calamidades. Também são abordadas a oferta de insulinas humanas em canetas, a incorporação de análogos de insulina para o tratamento do diabetes *mellitus* tipo 2 e a inclusão de tecnologias relacionadas à contracepção e ao tratamento da endometriose. Na estruturação dos serviços, destaca-se o papel do Qualifar-SUS na melhoria das farmácias e centrais de abastecimento. Em relação às plantas medicinais e aos fitoterápicos, são examinadas a ampliação do financiamento, com valorização dos saberes tradicionais, a expansão do número de municípios contemplados, a qualificação dos registros e a retomada da governança da política. Essas iniciativas ampliam as possibilidades de atuação do Cbaf, mas sua consolidação depende da continuidade do financiamento, da organização logística, da qualificação profissional, da integração da assistência farmacêutica ao cuidado na APS e da conciliação entre acesso, equidade e sustentabilidade.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Atenção primária à saúde; Sistema Único de Saúde; Plantas medicinais; Insulina; Saúde da mulher.

ABSTRACT

The Basic Component of Pharmaceutical Services (Componente Básico da Assistência Farmacêutica - Cbaf) has recently undergone changes related to funding, the federal financing, and the expansion of access to drugs and healthcare supplies within Primary Health Care (PHC). The analysis considers tripartite financing, cooperation among the different levels of governments, the integration of pharmaceutical services into Health Care Networks, and the improvement of pharmaceutical services. The topics discussed include the increase in federal funding allocated to the component, the adoption of resource allocation criteria based on the Municipal Human Development Index, the expansion of the list of drugs and health supplies, and support for municipalities affected by emergencies and disasters. The provision of human insulin in pen devices, the incorporation of insulin analogues for the treatment of type 2 diabetes *mellitus*, and the inclusion of technologies related to contraception and endometriosis treatment are also addressed. Regarding service organization, particular emphasys is placed

on the role of Qualifar-SUS in improving public pharmacies and pharmaceutical supply centers. With respect to medicinal plants and herbal medicines, the analysis assess increased funding, the recognition of traditional knowledge, the expansion of the number of municipalities covered, improvements in data reporting, and the re-establishment of the policy's governance structure. These initiatives broaden the scope of Cbaf; however, their consolidation depends on sustained funding, logistics management, professional training, and the integration of pharmaceutical service into patient care delivery in PHC.

Keywords: Pharmaceutical services; Primary health care; Unified health system; herbal medicines; Insulin; Women's health.

INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica (AF) faz parte da construção da efetivação do direito à saúde no Brasil, uma vez que é uma das necessidades mais frequentes da população e representa uma parcela relevante das despesas de famílias e governo. A AF é definida pelas ações voltadas para sanar essas necessidades, tanto individuais quanto coletivas, com a utilização do medicamento como insumo essencial, com garantia de acesso e seu uso racional (Brasil, 2004; Bermudez et al., 2018; Vieira, 2024).

No cenário brasileiro, a organização federal para fornecimento de medicamentos se estabeleceu em 1971, com a criação da Central de Medicamentos (Ceme), em uma perspectiva centralizadora, destinada a organizar o fornecimento de medicamentos a preços acessíveis às pessoas que não puderam adquiri-los no mercado (Brasil, 1971; Bermudez et al., 2018).

Com o passar do tempo, a AF foi sendo reformulada à medida que a saúde pública no país foi sendo mais bem estruturada. A AF foi devidamente positivada na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e, em seguida, institucionalizada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). A partir desse momento, a AF passa a ser compreendida como elo essencial da assistência terapêutica integral, em um sistema de saúde descentralizado e com responsabilidades compartilhadas entre a União, Distrito Federal, Estados e Municípios, tornando o modelo organizacional da Ceme progressivamente incompatível, e, por isso, veio a ser desativada em 1997 (Brasil, 1997; Bermudez et al., 2018).

A consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) ampliou a capilaridade do SUS e aproximou a população da promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento da saúde, bem como melhorou o acesso a medicamentos.

A APS tem esse nome justamente por ser primária, antes de toda a formulação do cuidado e linhas terapêuticas complexas e que seja parte, integrada, inserida no cotidiano da comunidade, com adoção tácita dos princípios do SUS, principalmente a equidade, levando mais acesso e cuidado a quem mais precisa. A APS tem capacidade de resolver, tratar, cuidar, promover saúde de grande parte das condições clínicas da população brasileira, das doenças mais prevalentes, como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, asma, febre, dor, infecções, inflamação etc., assim como realização de procedimentos de pequeno porte (Mendes, 2011; Brasil, 2017).

Apesar do Brasil ter avançado muito no modelo de APS, ainda tem enraizado o modelo hospitalocêntrico, no qual as crises agudas de todas as condições supracitadas, dentre outras, são levadas ao pronto-socorro ou aos hospitais, ocupando os profissionais e leitos que deveriam estar disponíveis a pacientes não responsivos à APS (Mendes, 2011; Brasil, 2017).

A APS está diretamente relacionada com medicamentos básicos, aqueles que deveriam estar disponíveis a todo tempo, para a maior parte

das condições clínicas da população brasileira (metformina, ibuprofeno, paracetamol, dipirona, losartana, enalapril, insulina, anticoncepcionais, salbutamol, amoxicilina etc.). É nesse panorama que se insere o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf), o elo entre a promoção e cuidado à saúde, profissionais de saúde e usuário na APS.

Após a Ceme, a Política Nacional de Medicamentos avançou no acesso adequado a medicamentos no país, alinhada às diretrizes do SUS, com a consequente publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, orientada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1998; Brasil, 2004; Bermudez et al., 2018).

Para a população, o direito constitucional de acesso a medicamentos só é materializado quando se tem o medicamento certo, para sua necessidade, na dose correta, tempestivamente. Contudo, isso não depende apenas da existência de políticas públicas. Um estudo do componente Serviços da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM-serviços) mostrou que, embora dimensões como aceitabilidade, adequação e acessibilidade geográfica apresentem bons indicadores na APS, a disponibilidade ainda constitui importante barreira de acesso a medicamentos no SUS (Álvares et al., 2017). Essas dimensões se tornam mais relevantes quando se considera o envelhecimento populacional, aumento das condições crônicas e crescente demanda por tecnologias de saúde (Oliveira; Nascimento; Lima, 2019).

Por isso, a universalidade deve ser o guia da gestão pública, ao permitir que os brasileiros acessem cuidado, medicamentos e serviços de saúde perto de suas casas, independentemente de raça, cor, etnia, língua, cultura. Essa capilaridade é possível porque o SUS se organiza em sintonia com o federalismo cooperativo brasileiro, no qual União, estados, Distrito Federal e municípios compartilham responsabilidades.

Em uma comparação da AF de 25 países, o Brasil foi classificado no modelo de acesso universal a medicamentos, onde a administração pública participa da programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos, diferenciando-o de modelos baseados em reembolso a farmácias privadas e na participação financeira dos usuários (Vieira, 2022). No Brasil, há reembolso a farmácias privadas que dispensam medicamentos, de forma complementar às farmácias públicas, do rol de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil. E, recentemente, a parte desse Programa que dependia de copagamento do usuário virou 100% gratuito. O Programa chega à maioria das cidades brasileiras, aumentando a capilaridade do SUS e acesso a medicamentos (Brasil, 2026a).

Por outro lado, em diversos países, a via principal de acesso a medicamentos é por copagamento. É importante lembrar que, quando se fala em medicamentos, inclui-se vacinas, medicamentos para doenças raras e de alto custo associado (Oliveira; Nascimento; Lima, 2019).

Na prática, o acesso a medicamentos na APS depende de uma combinação complexa entre financiamento tripartite, pactuação interfederativa, descentralização, coordenação nacional e capacidade de resposta local. É justamente nesse emaranhado de responsabilidades e ações que o Cbaf é instrumento essencial na política pública de saúde (Souza et al., 2026; Vieira, 2024).

Nos últimos anos, o componente passou a incorporar, além do mecanismo de provisão de medicamentos, um espaço de possibilidade de inovação, qualificação e ampliação do acesso. Mais recentemente, foram realizadas mudanças no financiamento, na equidade, modernização terapêutica, fortalecimento logístico, resposta a emergências e valorização de agendas relevantes, como a fitoterapia e o financiamento federal do Cbaf (Souza et al., 2026).

O objetivo do presente trabalho é refletir sobre os

avanços do Cbaf como parte de políticas públicas de acesso, cuidado e equidade, especialmente o aumento do financiamento, a ampliação do elenco terapêutico, a incorporação dos análogos de insulina de ação rápida e prolongada para o tratamento do diabetes *mellitus* tipo 2 na APS, o fortalecimento da saúde da mulher, a resposta a calamidades na APS e a ampliação do investimento em plantas medicinais e fitoterápicos. Não se trata de enumerar entregas, mas de defender a ideia de que a Assistência Farmacêutica Básica é uma agenda estruturante no acesso universal à saúde no Brasil.

DISCUSSÃO

A Assistência Farmacêutica no SUS foi organizada a partir de marcos normativos e políticos que consolidaram o medicamento como insumo essencial do cuidado em saúde. A Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, outras políticas e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) estruturaram um campo que articula seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e uso racional de medicamentos (Bermudez et al., 2018; Brasil, 2024a).

A Assistência Farmacêutica vai além de uma etapa logística do SUS e constitui um componente nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), que inclui não somente suas características comuns, mas ações assistenciais da farmácia clínica, como o formulário terapêutico, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância (Mendes, 2011).

Nessa estrutura, a assistência farmacêutica compõe o sistema de apoio, com prestação de serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, incluindo a Atenção Primária, que é o nó intercambiador, de coordenação de fluxos e contrafluxos do sistema de saúde. Essa formulação é importante porque desloca o medicamento da ideia de simples produto entregue ao usuário e o destaca como parte essencial e decisiva do cuidado. Se não houver acesso adequado (lê-se com orientação e integração com a equipe multiprofissional), a linha de cuidado é insuficiente. Nesse sentido, fortalecer a Assistência Farmacêutica na APS é também fortalecer toda a RAS (Mendes, 2011).

O Componente Básico ocupa posição relevante por reunir o elenco de medicamentos e insumos voltados aos agravos mais prevalentes da população brasileira acompanhados na APS, porta preferencial de entrada do SUS (Álvares et al., 2017; Souza et al., 2026).

Esse componente da AF tem financiamento tripartite, com responsabilidade compartilhada entre União, estados, Distrito Federal e municípios. Em decorrência do federalismo sanitário brasileiro, ao mesmo tempo em que a execução do componente se territorializa, internaliza no sistema, com cooperação regional e arranjos locais, e individuais, necessários para responder às diferenças epidemiológicas, demográficas e estruturais do país, a sua coordenação é nacional (Brasil, 2018).

O financiamento precisa superar o desafio de garantir o acesso a medicamentos já inseridos no SUS e a oferta de novas tecnologias, sem comprometer a sustentabilidade do sistema (Oliveira; Nascimento; Lima, 2019). O bom funcionamento da AF básica depende tanto de repasses adequados e tempestivos, quanto de aquisições eficazes, logística, informação, programação eficiente (Brasil, 2018). Entre 2008 e 2025, os montantes disponibilizados pelo Governo Federal para o componente cresceram de aproximadamente R$ 934 milhões para R$ 2,9 bilhões anuais. A elevação dos recursos ampliou a participação do componente no financiamento federal da política de assistência farmacêutica do SUS (Souza et al., 2026).

Entre 2023 e 2024, ocorreu um incremento de aproximadamente 45%, o maior aumento percentual da série histórica. Isso demonstra atualização orçamentária e também uma inflexão política em favor da assistência farmacêutica básica, com repercussões

diretas sobre a capacidade de abastecimento, programação e ampliação de acesso na ponta (Souza et al., 2026).

Além disso, desde 2019, é considerado como fator de diferenciação de valores o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), proporcionando repasses mais altos aos municípios com menor índice e valores mais baixos, aos com maior índice. Sabe-se que há diferentes métodos e tecnologias que tentam amenizar a iniquidade, como o Índice de Vulnerabilidade Social, vazios assistenciais, regiões de difícil acesso, dentre outros. Por isso, o Governo Federal tem adotado diferentes estratégias para aplicação deles na orientação e distribuição de recursos, sejam financeiros ou humanos, de diversas políticas públicas, por exemplo no Programa Mais Médicos, que visa melhorar o acesso à saúde (e consequentemente a medicamentos) em áreas de vazios assistenciais e vulnerabilidade social (Brasil, 2017).

Em 2024, os repasses federais do Cbaf variaram de R$ 7,20 a R$ 8,05 por habitante/ano, de acordo com a faixa de IDHM. Em 2025, esses valores foram ampliados para uma faixa entre R$ 8,20 e R$ 9,05 por habitante/ano. Simultaneamente, a contrapartida mínima estadual e municipal, que se manteve por anos sem alterações significativas, foi elevada de R$ 2,36 para R$ 3,01 por habitante/ano (Souza et al., 2026). Apesar do aumento, os valores são limitados diante da dimensão populacional, iniquidades e das necessidades infinitas de saúde da população.

Também merece menção o fato de que o financiamento desse Componente contempla a rotina da assistência farmacêutica na APS, além de quadros específicos de proteção social e sanitária. Entre esses exemplos estão os recursos destinados à População Privada de Liberdade (PPL), no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp), com repasse anual em parcela única de R$ 17,73 por PPL. Ademais, em 2024 e 2025, houve incrementos financeiros federais para aquisição de medicamentos básicos em municípios em emergências sanitárias e calamidades. Esses reforços orçamentários ampliam o alcance do componente e reforça seu papel como instrumento de equidade para populações em situações de maior vulnerabilidade (Souza et al., 2026; Brasil, 2017).

Mas a Assistência Farmacêutica Básica não se constrói apenas com os recursos da União. Estados, Distrito Federal e Municípios têm investido grande parte de seu orçamento em saúde e, muitas vezes, a maior parte desse, em medicamentos, administrativa ou judicialmente.

Por sua dimensão continental, a implementação de políticas nacionais se torna uma tarefa complexa, quais sejam de diferenças de escala, estrutura, capacidade técnica e organização entre os municípios. Justamente por isso, o federalismo brasileiro precisou se amoldar para o balanceamento sustentável entre descentralização e centralização de ações, recursos, atividades, acesso (Souza et al., 2026).

O grau de centralização das atividades da AF não deve ser baseado apenas na questão logística, mas englobar a política de saúde, financiamento, estrutura dos serviços, normas e formação dos profissionais de saúde. Não há arranjo único para todos os contextos, é preciso agrupar a capacidade institucional dos entes, características territoriais e objetivos do acesso e uso racional de medicamentos (Vieira, 2022).

Ainda que a regra geral seja a execução descentralizada da assistência farmacêutica, determinados itens são adquiridos pela União para assegurar economicidade, escala e regularidade do abastecimento de itens considerados estratégicos. No âmbito do Cbaf, é o caso das insulinas humanas NPH e regular, medicamentos e insumos da saúde da mulher, e dos kits calamidade. Essa centralização estratégica não tem a intenção de tirar a autonomia dos entes,

sem quaisquer contradições à municipalização; ao contrário, ela a fortalece, ao retirar dos entes parte do ônus de compras mais complexas ou mais sensíveis do ponto de vista epidemiológico e logístico (Vieira, 2024; Souza et al., 2026).

Em que pese a centralização da aquisição de medicamentos pelo Governo Federal ser idealizada por muitos gestores municipais como modelo de sucesso e garantia de acesso, a estruturação do SUS tende a demonstrar eficiência na descentralização. Afinal, se um item tem alguma falha na licitação do Governo Federal, todos os municípios do país serão afetados.

Por outro lado, há experiências de centralização das aquisições na Secretaria Estadual de Saúde que demonstram soluções cooperativas regionais altamente bem-sucedidas, como ocorre nos estados do Ceará, Paraná e São Paulo. O Consórcio Paraná Saúde® foi criado em 1999, a partir da necessidade de apoiar os gestores municipais na operacionalização da assistência farmacêutica. Ele reúne todos os municípios do estado, com exceção da capital. O modelo associa compra em escala, autonomia municipal para programação, apoio estadual e racionalização logística, com a cooperação interfederativa como ferramenta diferencial no acesso a medicamentos. Devido à economia em escala, otimização dos recursos públicos e eficiência apresentada, o modelo também se expandiu para outras iniciativas de aquisição de produtos para a saúde (Souza et al., 2026).

O Cbaf amadureceu não apenas porque cresceu em orçamento, mas porque se tornou mais flexível, otimizado e eficiente em sua articulação federativa. Quando o financiamento se entrelaça com pactuação, cooperação regional e logística racional, o acesso transcende a capacidade do município (principalmente os menores) e passa a se apoiar em uma arquitetura mais participativa e mais eficiente.

Porém, a ampliação do financiamento não teria o mesmo impacto se não viesse acompanhada de avanços na amplitude terapêutica do componente. A Rename 2024 reúne mais de 400 apresentações farmacêuticas no Anexo I e mais de 20 insumos farmacêuticos no Anexo IV. Nos últimos 10 anos, cerca de 27 apresentações foram incorporadas, incluindo medicamentos e dispositivos que atualizaram a resposta terapêutica do SUS em áreas de alta relevância clínica e epidemiológica (Brasil, 2024a). A Rename atua como uma lista norteadora da seleção de medicamentos dos estados e municípios e, também, como orientação do financiamento público dessas tecnologias (Vieira, 2022).

As incorporações de medicamentos no SUS devem ser precedidas por Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), por intermédio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), em um sistema público universal com mais de 200 milhões de habitantes. A Comissão foi criada pela Lei nº 12.401/2011, que baseia suas recomendações em evidências de eficácia, segurança, efetividade, avaliação econômica e impacto para o SUS (Brasil, 2011a; Brasil, 2011b). Nos últimos tempos, a Conitec aprimorou a transparência de documentos e gravações, a previsibilidade regulatória e qualificação metodológica, estabeleceu fluxos de submissão, análise, recomendação, consulta pública e decisão de incorporação, ampla participação social, painéis, e outras informações sobre tecnologias demandadas (Alkhaldi et al., 2026). A Conitec integra o processo regulatório e democrático para o SUS, com alinhamento de rigor técnico, participação social, transparência pública e compromisso com a equidade e a sustentabilidade do sistema, e a incorporação responsável de tecnologias em saúde.

A atualização de elenco do Cbaf estimulada pela Conitec proporciona à APS tecnologias mais modernas e mais responsivas às necessidades dos usuários, com o compromisso de sustentabilidade da política pública. A incorporação de novos contraceptivos,

insulinas na apresentação caneta, insulinas modernas e tecnologias específicas para determinadas condições clínicas mostra um Cbaf acompanhando o aumento da complexidade do cuidado à saúde.

Sob essa ótica, o componente tem trilhado um caminho que se desconecta da antiga visão que a APS comporta apenas terapêuticas mínimas ou simples. A APS é o espaço da abertura do cuidado aos pacientes, a integração de equipe multiprofissional centrada no cuidado, que combinam consultas, tecnologias, atividades em grupo, práticas integrativas e complementares, exercícios físicos, educação alimentar, saúde bucal, promoção e cuidado à saúde, dentre outros (Mendes, 2011; Peixoto et al., 2026).

No campo da qualificação terapêutica, há necessidade de se entender que a inovação tecnológica precisa ganhar espaço para transformar o cuidado na Atenção Primária, para proporcionar dignidade ao paciente e sustentabilidade ao sistema. Isso é bem visualizado na modernização da insulinoterapia no SUS.

As insulinas humanas NPH e regular já integram o componente há décadas, em frascos, mas a incorporação das canetas para aplicação, formalizada em 2017, redefiniu o modo como o SUS passou a ofertar esse cuidado. A inserção da apresentação em canetas de insulina, mais moderna, foi muito importante, porque a insulinoterapia exige rotina, técnica, estabilidade e confiança por parte do usuário. A substituição progressiva por canetas aproxima a política pública das melhores práticas de cuidado, facilita o manejo no cotidiano e reduz obstáculos que antes dificultavam a adesão.

Mais recentemente, foram incorporadas análogas de insulina de ação prolongada (glargina, detemir e degludeca) e de ação rápida (asparte, lispro e glulisina) para o tratamento do diabetes *mellitus* tipo 2 (Brasil, 2024b; Brasil, 2024c; Brasil, 2024d; Brasil, 2024e). Essas incorporações visam a substituição das insulinas humanas NPH e regular, de forma programada, gradual, desde que seja assegurada a sustentabilidade do SUS, com suas Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDP) e preços competitivos. A ampliação desse acesso é reivindicada há mais de uma década pelas associações de pacientes e secretarias de saúde. Anteriormente, essas tecnologias estavam disponíveis apenas para DM1, no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf), que, apesar de ser uma via de acesso importante, a oferta pela APS pode ampliar a capilaridade e simplificar o acesso (Souza et al., 2026).

A insulina de ação prolongada atua para mimetizar a liberação basal contínua por até 24 horas, que pode reduzir o risco de hipoglicemia severa (Brasil, 2024b), enquanto as de ação rápida mimetizam a secreção fisiológica pós-prandial (Brasil, 2024c). Em conjunto, essas tecnologias podem facilitar o manejo do diabetes *mellitus* e podem gerar economia ao evitar efeitos indesejáveis.

Para sustentar essa inovação clínica e proteger o SUS do cenário global de escassez de insulinas, que preocupa os pacientes que dependem desse hormônio para sobreviver, o Ministério da Saúde utilizou as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) como estratégia de fortalecimento da produção nacional. A PDP vigente de insulinas humanas (NPH e regular, em frascos e canetas), até 2025 não havia fornecido ao SUS, sendo restabelecida e efetuado entregas desses itens a todo o país. Além dessa, foi estruturada uma outra PDP, de análogo de insulina de ação prolongada (glargina), do Ministério da Saúde com laboratório público e privados, com potencial para ampliar a capacidade de produção local de medicamentos biológicos. Com isso, há fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), desencadeando redução da dependência externa e fortalecimento da capacidade produtiva nacional (Rech et al., 2026; Brasil, 2026b).

No intuito de otimizar o acesso às insulinas à

população, houve a ampliação dos locais de entrega das insulinas humanas NPH e regular, autorizando o recebimento direto por capitais dos estados, nas Secretarias Municipais, que só era possível às Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Essa mudança melhorou a gestão de distribuição, racionalizou espaços de armazenamento na SES, reduziu envios fracionados e contribuiu para maior agilidade de acesso, haja vista que logística também desencadeia melhoria no acesso a medicamentos (Souza et al., 2026; Brasil, 2026b).

No escopo da saúde da mulher, o Governo Federal ampliou as opções de contraceptivos injetáveis de aplicação mensal com a incorporação do acetato de medroxiprogesterona associado ao cipionato de estradiol e da algestona acetofenida associada ao enantato de estradiol (Brasil, 2022). A inclusão dessas duas novas formulações na Rename foi estratégica, pois oferece alternativas seguras e eficazes para mulheres que apresentam eventos adversos ou não se adaptam à primeira escolha terapêutica, com a intenção de reduzir as altas taxas de descontinuação ou abandono do método e os riscos de desabastecimento causados pela dependência de um único produto ou fornecedor.

Além disso, as avaliações de impacto orçamentário da Conitec projetaram uma economia superior a R$ 33,9 milhões para os cofres públicos ao longo de cinco anos devido à competitividade e ao menor custo de aquisição dessas tecnologias. Ou seja, expandir as opções terapêuticas com base em evidências científicas pode elevar a qualidade de vida e a autonomia reprodutiva das mulheres, e fortalecer a sustentabilidade financeira do sistema (Brasil, 2022).

A inovação na saúde da mulher no SUS também esteve presente na incorporação do implante subdérmico de etonogestrel, que é um Método Anticoncepcional Reversível de Longa Duração (LARC, do inglês *Long-Acting Reversible Contraception*). A indicação aprovada foi para contracepção para mulheres adultas (Brasil, 2025a) e para adolescentes de 14 a 17 anos (Brasil, 2025b). Embora não haja previsão em bula de uso desse item em mulheres abaixo de 18 anos, o SUS tem a prerrogativa de solicitar a avaliação da incorporação do item, preenchidos os pressupostos contidos na legislação, bem como incorporar e disponibilizar a tecnologia à população brasileira (Brasil, 2011b). Essa autonomia fortalece a soberania e a sustentabilidade da saúde pública no país.

O dispositivo, com alta taxa de eficácia, intensifica o planejamento familiar ao proporcionar liberdade à mulher da dependência da lembrança diária de tomar o comprimido, conferindo proteção altamente eficaz por até três anos.

O arsenal terapêutico para o manejo da endometriose no SUS também passou por uma modernização. No Brasil, estima-se que 10% das mulheres tenham a condição e, dessas, 70% apresentam dor pélvica crônica. Para as pacientes que sofrem com as dores incapacitantes da doença e possuem contraindicação aos contraceptivos orais combinados, foram incorporados ao SUS o dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) e o progestágeno oral desogestrel. O DIU-LNG oferece um tratamento local contínuo com validade de até cinco anos, reduzindo os riscos de perda de massa óssea associados aos antigos injetáveis. Já o desogestrel é uma alternativa oral segura na redução da dor pélvica, com ganho no bem-estar físico e mental (Brasil, 2025c; Brasil, 2025d).

A avaliação econômica dessas incorporações converge para a inovação que pode gerar eficiência para o Estado. As avaliações de impacto orçamentário da Conitec demonstraram que tecnologias como o implante de etonogestrel podem reduzir os custos diretos e indiretos associados a gestações não planejadas e intervenções no serviço materno-infantil. O DIU-LNG e o desogestrel para endometriose

entregam benefícios clínicos superiores custando menos aos cofres públicos a longo prazo (Brasil, 2025a; Brasil, 2025c; Brasil, 2025d). Desse modo, a Assistência Farmacêutica pode atuar de forma muito mais inteligente quando utiliza a inovação não como um gasto estático, mas como um investimento estratégico.

Por outro lado, não se pode aferir avanço apenas com a incorporação de tecnologias inovadoras, mas também pela capacidade de responder a crises. Entre 2007 e outubro de 2024, o Ministério da Saúde enviou mais de 2.200 kits de medicamentos e insumos estratégicos para localidades atingidas por desastres ou emergências. Cada kit é estruturado para sustentar o cuidado em contextos de desastres, vulnerabilidade e interrupção parcial da rotina assistencial (Souza et al., 2026).

A relevância dessa política se torna ainda mais evidente diante do crescimento das ocorrências de desastres naturais no Brasil. Entre 2000 e 2023, foram registradas mais de 60 mil ocorrências de desastres no país, com destaque para estiagem/seca, enxurradas, chuvas intensas e inundações. Nesse cenário, a capacidade de manter kits estratégicos prontos para envio torna-se decisiva para proteger vidas e evitar desassistência (Souza et al., 2026). Porém, o kit calamidade pode não ser suficiente em alguns casos de emergências de grande extensão territorial ou comprometimento logístico, por exemplo, como secas e queimadas na Amazônia, que comprometeram o transporte fluvial e aéreo e enchentes de grande extensão, como as ocorridas no Rio Grande do Sul.

Então, em 2024, foi destinado repasse financeiro de mais de R$ 12 milhões para compra de medicamentos e insumos do Cbaf a municípios atingidos por secas e queimadas na Amazônia Legal e mais de R$ 25 milhões para municípios do Rio Grande do Sul afetados por chuvas intensas. O repasse financeiro transcende a lógica do kit calamidade, demonstra a versatilidade do componente e sua capacidade de se adaptar a situações de excepcionalidade (Souza et al., 2026). Em consequência, a possibilidade de repasse financeiro federal para assistência farmacêutica nos estados e municípios em situações de calamidade, emergência em saúde pública ou desassistência, tanto do componente básico quanto do especializado, bem como para manutenção dos serviços de farmácias e centrais de abastecimento foi devidamente positivada na legislação (Brasil, 2017).

Por outro lado, não basta apenas prover o acesso ao medicamento, é preciso que o serviço farmacêutico esteja estruturado e integrado ao cuidado. A intervenção farmacêutica é associada a uma redução no custo de tratamento, com redução do risco de efeitos negativos relacionados a medicamentos, atendimentos em emergências e internações (Bezerra et al., 2022; Vieira, 2022). Para isso, é necessário que haja adequada estruturação das farmácias públicas, que possibilite a assistência farmacêutica de forma integral, incluindo as intervenções farmacêuticas.

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015 (PNAUM – Serviços) identificou que apenas 21,3% dos farmacêuticos disseram realizar atividades clínicas, mas ainda que considerem muito importante, a maioria não dispõe de local adequado para tal atividade (Araujo et al., 2017).

Diante dessa necessidade, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS - Qualifar-SUS foi criado em 2012. Esse Programa visa fortalecer o cuidado farmacêutico, da Assistência Farmacêutica, com apoio na estruturação, educação, informação, e no próprio cuidado. Entre seus eixos, destaca-se o Estrutura, que oferece repasse federal de investimento e custeio, dedicados à melhoria na infraestrutura das farmácias e centros de abastecimento da APS, melhores condições para armazenamento, dispensação, organização do trabalho e desenvolvimento dos serviços

farmacêuticos (Peixoto et al., 2026; Souza et al., 2026).

Com o propósito de institucionalização do Programa, o Plano Plurianual (PPA) 2024–2027 prevê a universalização desse eixo até 2027. Se essa meta for alcançada, poderá representar uma melhoria significativa, com a universalidade, da assistência farmacêutica pública no país. Farmácias bem estruturadas e organizadas, equipes qualificadas, fluxos bem estruturados e ambientes adequados fazem diferença concreta no atendimento ao usuário, na segurança do processo de dispensação e na sustentabilidade do abastecimento (Souza et al., 2026).

Em outros termos, investir em estrutura é também investir em qualidade, em acesso. A farmácia pública é um lugar estratégico de cuidado, orientação, vínculo e promoção do uso racional de medicamentos. Esse fortalecimento também permite integrar e qualificar outras práticas terapêuticas na APS. Entre elas, as práticas integrativas e complementares em saúde, incluindo a fitoterapia.

A fitoterapia é uma das dimensões analisadas neste trabalho, por articular inovação, conhecimento tradicional, biodiversidade e acesso no âmbito do SUS. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos vivenciou, nos últimos anos, um ciclo de fortalecimento. Historicamente, desde a criação, em 2012, da ação orçamentária 20K5 - Apoio ao Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS, o orçamento federal destinado a essa temática girou em torno de R$ 7 milhões anuais, limitados, quase que exclusivamente, a editais de ampla concorrência, de estruturação de Farmácias vivas, de até, no máximo, 20 Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde, anualmente.

A seleção anual passou a contemplar 5 ou 6 projetos, para impulsionar o acompanhamento e eficiência do recurso público. Entretanto, em um país de dimensão continental, muitos municípios, com iniciativas em diferentes estágios de desenvolvimento no ramo da fitoterapia, não eram contemplados. Então, o PPA 2024-2027 passou a prever um novo recurso para a fitoterapia, destinado ao atendimento de inúmeras ações, além daquelas previstas em edital de Farmácias vivas.

Esse recurso federal é destinado à implementação de ações descentralizadas, transferido aos entes selecionados que comprovaram a movimentação de fitoterápicos por meio da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (Bnafar) nos últimos 24 meses. Essa estratégia reconheceu e formalizou as práticas já existentes nos territórios e destinou, em 2024, mais de R$ 30 milhões para 1.304 municípios habilitados pela Portaria GM/MS nº 6.327 (Brasil, 2024f; Brasil, 2024g). Com o estímulo ao uso da base de dados, o Governo Federal promove a rastreabilidade dos recursos e aprimoramento de suas políticas públicas, com maior eficiência do gasto público.

Ainda em 2024, houve a edição da Portaria GM/MS nº 5.713/2024 que atualizou os sistemas compositores da Bnafar/SUS ao instituir o Registro Eletrônico da Posição de Estoque (REPE) e o Registro Eletrônico de Saída por Movimentação ou Perda de Estoque (RESMPE), para garantir o controle e a transparência essenciais para a sustentabilidade dos repasses (Brasil, 2024h).

A iniciativa se expandiu para 2025, com a Portaria GM/MS nº 8.297, que habilitou mais 1.462 municípios e o Distrito Federal a receberem, no total, um aporte superior a R$ 30 milhões. Distribuído com base no IDHM, esse recurso conferiu maior autonomia aos gestores locais. Pela primeira vez, os municípios tiveram liberdade para aplicar a verba em sete categorias distintas relacionadas com plantas medicinais e fitoterápicos: aquisição, plantio e beneficiamento, compra direta de fitoterápicos industrializados, capacitação de profissionais, fomento a práticas tradicionais e o incentivo à pesquisa e inovação (Brasil, 2025e).

Além disso, em 2024, foi reativado o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, o qual fora extinto em 2019. Na nova conformação, conta com 32 representações, incluindo órgãos governamentais, sociedade civil, Conselho Nacional de Saúde, OPAS, todos os biomas do país, agricultura familiar, pesquisa e serviços de saúde. Essa nova configuração reforçou o intersetorialismo, a participação social e a integração de diversas áreas afins, convergindo para uma posição estratégica dentro do SUS (Brasil, 2024i; Brasil, 2026b).

Ademais, houve a produção de monografias relacionadas à ReniSUS, que resultou em 32 publicações, acompanhadas com iniciativas de formação profissional. O curso "Atualização em Fitoterapia – Harmonizando Conceitos" somou mais de 39 mil inscritos, em diferentes oportunidades; o curso "Atualização em Fitoterapia: Aspectos farmacêuticos e fitoquímicos" qualificou mais de 900 farmacêuticos; o curso "Atualização em Fitoterapia: Aspectos Clínicos" já capacitou mais de 400 profissionais e é multidisciplinar, englobando médicos, farmacêuticos, enfermeiros e, mais atualmente, nutricionistas. Além desses, desde 2024, também é ofertada pelo Ministério da Saúde aos profissionais das secretarias de saúde, estaduais e municipais, contempladas em editais de farmácia viva, a formação presencial em Farmácia Viva: Da semente ao Paciente, com módulos: Formação inicial em Farmácia Viva; Cultivo, colheita e processamento de plantas medicinais; Preparação de formulações e controle de qualidade de fitoterápicos e Cadeia técnico-assistencial no SUS. Nesse curso, já são mais de 50 trabalhadores de todas as regiões do país capacitados. Afinal, a disponibilização de plantas medicinais e fitoterápicos nas unidades de saúde exige segurança técnica dos profissionais envolvidos na prescrição, dispensação e orientação de uso. Essa expansão da capacitação humana está ligada ao cumprimento das diretrizes da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2008; Brasil, 2026b).

Em paralelo, o Ministério da Saúde mantém parceria com a Fiocruz por meio de termos de execução descentralizada, que prevê repasse de mais de R$ 26 milhões para diferentes ações de reforço da Política e Programa no âmbito do SUS. Dentre essas ações, estão sendo estruturados Centros de Referência em Farmácias Vivas, nos estados do Amazonas, Pernambuco e Rio Grande do Sul, para que sejam capazes de fornecer mudas certificadas, centralização de controle de qualidade, por exemplo, como pontos de apoio, de referência, aos municípios ao redor (Brasil, 2026b).

Ao investir em plantas medicinais e fitoterápicos, o sistema reconhece o valor da biodiversidade brasileira, dos saberes tradicionais, da agricultura familiar, da pesquisa e da produção nacional, estruturados em uma política pública de acesso seguro, uso racional e desenvolvimento local (Rech et al., 2026). Ou seja, ela mostra que, no SUS, inovação e conhecimento tradicional não são opostos e devem caminhar juntos, com objetivo comum de melhorar a qualidade de vida e leque terapêutico dos usuários do SUS.

O conjunto de iniciativas recentes relacionadas ao Cbaf apresenta atualização estrutural, mas a interpretação deve ser muito mais ampla, que supere portarias, reajustes e incorporações. Ocorreu, de fato, um reposicionamento do Componente como eixo estratégico na APS (Peixoto et al., 2026), como elemento fundamental para a saúde da população. O Cbaf está sustentado com mais financiamento, mais equidade, mais incorporação tecnológica, mais capacidade protetiva e maior valorização de agendas estruturantes (Souza et al., 2026).

Nesse sentido, o período recente pode ser lido como um momento de reencontro entre duas dimensões que, por vezes, parecem tratadas separadamente na saúde pública: a inovação e a valorização de saberes tradicionais da fitoterapia. De um lado, houve modernização terapêutica, ampliação do acesso a

tecnologias de impacto clínico, reorganização logística e respostas modernas e estruturantes às condições crônicas e às emergências. De outro, houve a retomada de uma agenda conectada à biodiversidade, ao conhecimento tradicional, à agricultura familiar, à pesquisa e à identidade sanitária do SUS. Trata-se, no fundo, de uma leitura sobre a capacidade do SUS de produzir políticas públicas complexas sem perder sua vocação democrática e social. A trajetória recente do Cbaf demonstra que financiamento, logística, incorporação tecnológica, qualificação da rede e cuidado podem ser articulados em uma mesma política pública.

CONCLUSÃO

As mudanças recentes no Cbaf ampliaram o financiamento, introduziram critérios de maior equidade e atualizaram as opções terapêuticas disponíveis na APS. A oferta de canetas de insulina, a incorporação de análogos de insulina para o diabetes *mellitus* tipo 2, as tecnologias voltadas à saúde da mulher e os mecanismos de apoio em situações de calamidade mostram diferentes formas de atuação do componente.

O Cbaf também aprimorou medidas de qualificação das farmácias públicas e de ações de plantas medicinais e fitoterápicos. Esses resultados, contudo, não eliminam dificuldades relacionadas à disponibilidade de medicamentos, à capacidade de gestão dos entes, à organização logística, aos sistemas de informação e à sustentabilidade das incorporações.

O fortalecimento do Cbaf depende de sua implementação nos territórios. Financiamento adequado, continuidade administrativa, monitoramento e integração da Assistência Farmacêutica ao cuidado na APS são condições para que as mudanças analisadas resultem em acesso efetivo para a população.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

INSTITUCIONAL

Agradeço a toda equipe envolvida nesse processo.

CONFLITO DE INTERESSE

O autor declara que não existe conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

ALKHALDI, M. et al. A deep dive into Brazilian health technology assessment: structure, policies, and processes. **PLOS Global Public Health**, v. 6, n. 2, e0005914, 2026. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0005914.

ÁLVARES, J. et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, p. 20s, 2017. DOI: https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007139.

ARAÚJO, P.S. et al. Pharmaceutical care in Brazil's primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, p. 6s, 2017. DOI: https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007109.

BERMUDEZ, J.A.Z. et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1937-1949, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018.

BEZERRA, H.S. et al. Economic impact of pharmaceutical services on polymedicated patients: a systematic review. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 18, n. 9, p. 3492-3500, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2022.03.005.

BRASIL. **Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971.** Institui a Central de Medicamentos (CEME). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 4839, 25 jun. 1971. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d68806.htm. Acesso em: 02 jun. 2026.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 02 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 02 jun. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 2.283, de 24 de julho de 1997.** Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e a desativação da Central de Medicamentos (CEME), e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 16019, 25 jul. 1997. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/d2283.htm. Acesso em: 02 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.** Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 02 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004.** Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 52-53, 20 maio 2004. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2004/resolucao-no-338.pdf/view. Acesso em: 02 jun. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006.** Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 jun. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5813.htm. Acesso em: 07 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008.** Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri2960_09_12_2008.html. Acesso em: 02 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 abr. 2011a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em: 02 jun. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011.** Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2011b. em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm. Acesso em: 02 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 15 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf. Acesso em: 15 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Relatório de Recomendação nº 724: contraceptivos injetáveis acetato de medroxiprogesterona + cipionato de estradiol (25 mg + 5 mg) e algestona acetofenida + enantato de estradiol (150 mg + 10 mg) para mulheres em idade fértil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/28042022_relatorio_724_contraceptivosinjetaveis.pdf. Acesso em: 14 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2024.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename. Acesso em: 14 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Relatório de Recomendação nº 948: insulinas análogas de ação prolongada para tratamento do diabetes *mellitus* tipo 2.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/relatorio-de-recomendacao-948-insulinas-acao-prolongada. Acesso em: 14 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Relatório de Recomendação nº 949: insulinas análogas de ação rápida para tratamento do diabetes *mellitus* tipo 2.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/relatorio-de-recomendacao-949-insulinas-acao-rapida. Acesso em: 14 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Portaria SECTICS/MS nº 58, de 28 de novembro de 2024.** Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, insulinas análogas de ação prolongada para tratamento do diabetes *mellitus* tipo 2. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2024d. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-sectics/ms-n-58-de-28-de-novembro-de-2024-598815854. Acesso em: 14 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Portaria SECTICS/MS nº 59, de 28 de novembro de 2024.** Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, insulinas análogas de ação rápida para tratamento do diabetes mellitus tipo 2. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2024e. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-sectics/ms-n-59-de-28-de-novembro-de-2024-598825640. Acesso em: 14 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.619, de 25 de outubro de 2024.** Institui incremento

financeiro federal destinado ao desenvolvimento de ações descentralizadas no âmbito da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o ano de 2024. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2024f. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.619-de-25-de-outubro-de-2024-592813606. Acesso em: 14 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 6.327, de 27 de dezembro de 2024.** Habilita 1.304 municípios a receber recursos financeiros destinados ao desenvolvimento de ações descentralizadas no âmbito da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, nos termos da Portaria GM/MS nº 5.619, de 25 de outubro de 2024. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 dez. 2024g. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6.327-de-27-de-dezembro-de-2024-604379968. Acesso em: 13 mai. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.713, de 9 dezembro de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os sistemas componentes da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2024h. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.713-de-9-de-dezembro-de-2024-602266142. Acesso em: 13 mai. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 12.026, de 21 de maio de 2024.** Institui o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 maio 2024i. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d12026.htm. Acesso em: 20 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Relatório de Recomendação nº 1019: implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas entre 18 e 49 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2025/relatorio-de-recomendacao-no-1019-implante-contraceptivo-subdermico-de-etonogestrel-para-mulheres-adultas-entre-18-e-49-anos. Acesso em: 07 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Relatório de Recomendação nº 1020: implante subdérmico de etonogestrel para contracepção em adolescentes de 14 a 17 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2025/relatorio-de-recomendacao-no-1020-implante-contraceptivo-subdermico-de-etonogestrel-para-adolescentes-de-14-a-17-anos. Acesso em: 07 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Relatório de Recomendação nº 1002: dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel para pacientes com endometriose com contraindicação ou não adesão aos contraceptivos orais combinados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025c. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2025/relatorio-de-recomendacao-no-1002-dispositivo-intrauterino-liberador-de-levonorgestrel/view. Acesso em: 11 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo Econômico-

Industrial da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Relatório de Recomendação nº 1003: progestágenos orais para o tratamento de endometriose.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025d. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2025/relatorio-de-recomensacao-no-1003-progestageno-oral-endometriose. Acesso em: 11 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 8.297, de 8 de outubro de 2025.** Habilita 1.462 municípios e o Distrito Federal a receber recursos financeiros destinados ao desenvolvimento de ações descentralizadas no âmbito da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, nos termos da Portaria GM/MS nº 6.837, de 30 de abril de 2025. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2025e. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-8.297-de-8-de-outubro-de-2025-661598199. Acesso em: 28 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Farmácia Popular.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/farmacia-popular. Acesso em: 13 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Componente Básico da Assistência Farmacêutica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/farmacia-popular. Acesso em: 13 jul. 2026.

OLIVEIRA, L.C.F.; NASCIMENTO, M.A.A.; LIMA, I.M.S.O. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde: perspectivas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 43, n. esp. 5, p. 286-298, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S523.

PEIXOTO, R.T. et al. Vinte anos de pesquisa em assistência farmacêutica no contexto da atenção primária à saúde: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. 1-11, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232026311.14252025.

RECH, N. et al. Política Nacional de Assistência Farmacêutica e o Complexo Econômico-Industrial da Saúde: permeações e invisibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, e14362025, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232026311.14362025.

SOUZA, B.N. et al. Federalismo e o acesso a medicamentos na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, e14142025, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232026311.14142025.

VIEIRA, F.S. **Modelos de organização da assistência farmacêutica na atenção ambulatorial: uma análise comparada.** Rio de Janeiro: Ipea, 2022. Texto para Discussão, n. 2734. DOI: https://doi.org/10.38116/td2734.

VIEIRA, F.S. **Gasto público em medicamentos no Brasil: análise da completude dos registros de despesa dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no SIOPS.** Brasília: Ipea, 2024. Nota Técnica DISOC, n. 115. DOI: https://doi.org/10.38116/ntdisoc115-port.

VIEIRA, F.S. et al. **Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS: gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023).** Brasília: Ipea, 2025. Texto para Discussão, n. 3119. DOI: https://doi.org/10.38116/td3119-port.