Revista Científica Brazilian Journal of
HEALTH AND PHARMACY

CRFMG

Aqui Tem Farmácia Popular: 20 anos de ampliação do acesso e novas perspectivas para o cuidado no SUS

Aqui Tem Farmácia Popular: 20 years of expanding access and new perspectives for care within Brazil's Unified Health System (SUS)

Antonio Joaquim Bonfim
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

***Autor correspondente:** Antonio Joaquim Bonfim (ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1433-2287)
E-mail: antoniojbonfim@gmail.com.

Data de Submissão: 15/09/2026; Data do Aceite: 13/10/2026.

Citar: BONFIM, A.J. Aqui Tem Farmácia Popular: 20 anos de ampliação do acesso e novas perspectivas para o cuidado no SUS. **Brazilian Journal of Health and Pharmacy**, v. 8, edição especial, e391, p. 80-88, 2026.

RESUMO

O Programa Farmácia Popular do Brasil consolidou-se como estratégia complementar do Sistema Único de Saúde para ampliar o acesso a medicamentos e insumos e reduzir barreiras financeiras e geográficas de acesso. Em 2026, a modalidade Aqui Tem Farmácia Popular completa 20 anos de implantação. A gratuidade integral do elenco, alcançada em 2025, e os resultados associados à expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil justificam a reflexão sobre novas possibilidades para o cuidado em saúde. Este artigo objetiva discutir as contribuições do Programa para atingir os objetivos da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e analisar perspectivas de ampliação de seu escopo. As evidências examinadas associam a expansão do Programa à ampliação do acesso, à redução do desembolso direto das famílias e à melhoria de indicadores relacionados às internações e aos óbitos por determinadas doenças crônicas. Também foram identificados desafios relacionados à equidade territorial, à articulação com a assistência farmacêutica dos entes federados e a promoção do uso seguro e racional de medicamentos. Experiências internacionais demonstram o potencial das farmácias comunitárias para ofertar serviços clínicos, ações preventivas e monitoramento de condições de saúde. Conclui-se que a capilaridade do Programa pode ser convertida em capacidade assistencial complementar, desde que sua expansão ocorra sob governança pública, integrada à Atenção Primária à Saúde e acompanhada por protocolos, qualificação profissional, interoperabilidade das informações, remuneração transparente e avaliação contínua dos resultados.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Serviços comunitários de farmácia; Atenção primária à saúde; Uso de medicamentos; Política de saúde; Acesso a medicamentos essenciais e tecnologias em saúde.

ABSTRACT

The Brazilian Popular Pharmacy Program (Programa Farmácia Popular do Brasil, PFPB) has become established as a complementary strategy within the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS) to expand access to medicines and health supplies and reduce financial and geographical barriers. In 2026, the "Aqui Tem

Farmácia Popular" initiative marks 20 years since its implementation. The provision of all items covered by the Program free of charge, achieved in 2025, together with the outcomes associated with its expansion, provides a basis for considering new possibilities for health care delivery. This article aims to discuss the Program's contributions to achieving the objectives of the National Medicines Policy and the National Pharmaceutical Services Policy and to examine prospects for expanding its scope. The evidence reviewed associates the Program's expansion with increased access, reduced household out-of-pocket expenditure, and improvements in indicators related to hospitalizations and deaths from certain chronic diseases. Challenges were also identified regarding territorial equity, coordination with pharmaceutical services managed by states and municipalities, and the promotion of the safe and rational use of medicines. International experiences demonstrate the potential of community pharmacies to provide clinical services, preventive interventions, and health condition monitoring. The article concludes that the Program's extensive network can be converted into complementary health care capacity, provided that its expansion takes place under public governance, is integrated with Primary Health Care, and is supported by clinical protocols, professional training, information system interoperability, transparent remuneration, and continuous evaluation of outcomes.

Keywords: Pharmaceutical services; Community pharmacy services; Primary health care; Drug utilization; Health policy; Access to Essential Medicines and Health Technologies

INTRODUÇÃO

Em 2026, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) completa 20 anos da implantação de sua modalidade de expansão chamada "Aqui tem Farmácia Popular". Instituída em 2006, essa modalidade ampliou os pontos de oferta de medicamentos e insumos mediante a participação da rede privada de farmácias. Ao longo dessas duas décadas, o modelo consolidou-se como estratégia de ampliação de acesso e tem demonstrado que seus efeitos podem ultrapassar a provisão de medicamentos e alcançar resultados clínicos de grande impacto clínico e econômico (Almeida et al., 2019; Almeida; Vieira, 2020; Ferreira, 2017).

O PFPB foi instituído pela Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e regulamentado pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio do mesmo ano. No seu modelo inicial, a Fundação Oswaldo Cruz foi autorizada a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento dos custos, dando origem à modalidade conhecida como "Rede Própria". O propósito era oferecer uma alternativa de acesso para pessoas que necessitavam de medicamentos essenciais, mas enfrentavam dificuldades para adquiri-los no mercado privado e nos serviços públicos (Alencar et al., 2018; Santos-Pinto; Costa; Osorio-de-Castro, 2011; Silva; Caetano, 2014).

A implantação inicial da Rede Própria orientou-se por critérios territoriais e populacionais definidos no Manual Básico do Programa, com prioridade para regiões metropolitanas, municípios-polo e localidades de maior porte populacional, consideradas estratégicas para a ampliação do acesso aos medicamentos. Sua expansão dependia, contudo, da celebração de parceria e da instalação e manutenção de unidades físicas, o que limitava a velocidade e o alcance territorial dessa modalidade (Brasil, 2005).

Em 2006, a Portaria GM/MS nº 491, de 9 de março de 2006, criou a modalidade de expansão do Programa por meio da rede privada de farmácias chamada "Aqui Tem Farmácia Popular" (Brasil, 2006).

Ao longo dos anos, esse arranjo ampliou a capilaridade do acesso a estratégias do Ministério da Saúde ao

combinar financiamento e regulação públicos com a capacidade logística da rede privada. A participação de farmácias no Programa, contudo, não decorre apenas da existência física do estabelecimento, mas está condicionada ao cumprimento de requisitos fiscais, sanitários e profissionais, com a regularidade da inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), a autorização de funcionamento válida e a presença de farmacêutico responsável técnico durante todo o horário de funcionamento, devidamente inscrito no respectivo Conselho Regional de Farmácia e com Certificado de Regularidade vigente (Brasil, 2026).

DISCUSSÃO

Ferreira (2017) identificou que a disponibilidade prévia de farmacêuticos nos municípios contribuiu para a expansão territorial do Programa. Para enfrentar a possível endogeneidade entre a adesão das farmácias e a demanda local por medicamentos, o autor utilizou o número de farmacêuticos por habitante no período inicial do Programa como parte de sua estratégia de identificação. Municípios com maior número de profissionais farmacêuticos por habitante puderam incluir farmácias muito mais rapidamente. Isso demonstra que a presença do profissional farmacêutico não é apenas uma exigência formal, mas uma condição estrutural para a expansão e o funcionamento sanitariamente regular do Programa (Ferreira, 2017).

O PFPB funcionou durante grande parte de sua trajetória com a lógica do copagamento, modalidade de participação financeira também denominada *cost-sharing*. Nesse desenho, o Ministério da Saúde estabelecia valores de referência e percentual de subsídio, enquanto o usuário arcava, conforme as regras vigentes, com eventual diferença em relação ao preço cobrado pelo estabelecimento (Luiza et al., 2015; Santos-Pinto; Costa; Osorio-de-Castro, 2011).

O copagamento de medicamentos tem sido discutido na literatura como um fator que pode afetar o início, a continuidade e a persistência dos tratamentos. Em revisão sistemática que incluiu 79 estudos publicados entre 2010 e 2020, Fusco et al. (2023) identificaram associações consistentes entre aumento do *cost-sharing* e piora da adesão, menor persistência ou maior descontinuação do tratamento. Embora o copagamento possa reduzir despesas imediatas do beneficiário, ele também pode criar barreiras ao uso de tratamentos necessários, especialmente entre pessoas com menor capacidade de pagamento (Fusco et al., 2023; Sinnott et al., 2013).

No Brasil, o desembolso direto com medicamentos representa um desafio, especialmente para as famílias de menor renda e pessoas que necessitam de tratamentos contínuos. A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), realizada entre 2013 e 2014, identificou elevada prevalência de acesso aos medicamentos para doenças crônicas, no entanto apontou que persistem barreiras relacionadas à capacidade aquisitiva. Entre adultos e idosos com acesso integral ao tratamento de doenças crônicas, 47,5% obtiveram gratuitamente todos os medicamentos necessários. Esses resultados indicam o desembolso direto ainda como fonte relevante de financiamento (Oliveira et al., 2016; Tavares et al., 2016).

A análise dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2017-2018 mostrou que as aquisições de medicamentos sem desembolso direto representaram apenas 20,5% do consumo total em valor. Já entre os medicamentos vinculados a políticas públicas, com garantias específicas de acesso, essa proporção foi de 33,6%, com diferenças importantes segundo a condição tratada. A obtenção sem pagamento beneficiou principalmente os grupos de menor renda e os idosos. Os resultados evidenciam a permanência do financiamento direto pelas famílias e reforçam a necessidade de fortalecimento das políticas de assistência farmacêutica (Moraes et al., 2022).

A gratuidade no acesso ao PFPB foi instituída progressivamente ao longo da sua trajetória. Em 2011, a estratégia "Saúde Não Tem Preço" tornou gratuito o acesso para medicamentos de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Em 2012, a gratuidade foi ampliada para os medicamentos destinados para o tratamento da asma. Em 2023 foi instituída a gratuidade total para os beneficiários do Bolsa Família e em 14 de fevereiro de 2025, o programa passou a disponibilizar de forma gratuita todos os medicamentos e insumos do seu elenco (Brasil, 2026).

O debate acadêmico e sanitário sobre o PFPB apresenta evidências de sua efetividade sobre o sistema de saúde, com impacto direto em indicadores de saúde. Almeida et al. (2019), ao analisarem dados de 5.566 municípios entre 2003 e 2016, encontraram associação estatisticamente significativa entre a expansão do Programa e a redução média anual de 27,6% nas internações e de 8,0% nos óbitos por hipertensão arterial e diabetes mellitus. Os efeitos foram relacionados principalmente à rede participante, à densidade de estabelecimentos e ao tempo de exposição dos municípios ao Programa. Esses resultados sustentam a hipótese de que o acesso regular ao tratamento medicamentoso pode prevenir complicações e reduzir a utilização de serviços de maior complexidade (Almeida et al., 2019).

Ferreira (2017) em sua análise estimou que o PFPB gerou uma economia direta ao Sistema Único de Saúde (SUS) de R$ 149,4 milhões em gastos com internação de 2006 a 2012, equivalente a uma redução de 7,3% em relação ao cenário sem programa. Em análises de custo-benefício que monetizam as vidas salvas através do Valor Estatístico da Vida (VEV), estima-se que o benefício social total gerado pelo programa (pelo menos R$ 49 bilhões) superou vastamente os R$ 3,5 bilhões investidos pelo Ministério da Saúde em subsídios no período (Ferreira, 2017).

Ao longo da trajetória do Programa, surgiram controvérsias sobre a possibilidade de concorrência com o fornecimento de medicamentos no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a possível migração de usuários entre os pontos públicos de dispensação e as farmácias privadas, bem como do risco de enfraquecimento do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Contudo, as evidências também reconhecem o PFPB como uma alternativa importante de acesso, de forma complementar à disponibilidade na rede pública, indicando que a relação entre as estratégias não pode ser caracterizada exclusivamente como concorrencial, devendo ser examinada sob a perspectiva da complementaridade, da coordenação interfederativa e da integralidade das ações de assistência farmacêutica no SUS (Mattos et al., 2019; Mattos, 2015).

Análise sobre a equidade na distribuição de recursos apontou que as desigualdades regionais estavam mais relacionadas a problemas de alocação e gestão do componente básico do que ao próprio PFPB. O estudo estimou que a correção das desigualdades exigiria incremento proporcionalmente maior dos recursos do componente básico do que dos recursos do Programa Farmácia Popular (Silva; Almeida; Júnior, 2019). Portanto, o desafio consiste menos em optar entre uma estratégia e outra e mais em organizar sua complementaridade, com coordenação interfederativa, planejamento territorial e definição transparente de responsabilidades.

Ainda, embora o PFPB não se caracterize formalmente como uma política de transferência de renda, a sua disponibilidade gratuita pode produzir efeito indireto de proteção de renda familiar ao reduzir e até mesmo eliminar o desembolso com medicamentos e insumos para saúde. Estudo realizado com beneficiários do Programa, Carraro (2014) identificou que a grande maioria dos entrevistados já adquiria seus tratamentos com recurso próprio antes de acessá-los pelo Programa. Estudos posteriores reforçam essa interpretação ao demonstrarem que a obtenção

de medicamentos de forma gratuita se concentra principalmente entre pessoas de menor renda e idosos, embora o pagamento do próprio bolso ainda representa parcela relevante do consumo de medicamentos no País (Carraro, 2014; Emmerick et al., 2015; Moraes et al., 2022).

A capilaridade da rede de farmácias ampliou a acessibilidade geográfica e a conveniência na obtenção de medicamentos. No entanto, ainda persistem desigualdades territoriais na distribuição de farmácias participantes do Programa. A redução da barreira financeira relacionada ao acesso permite também observar efeitos favoráveis sobre a utilização e adesão ao tratamento, com impacto direto na redução de complicações e mortalidade relacionada a doenças crônicas não transmissíveis (Almeida et al., 2019; Almeida; Vieira, 2020; Emmerick et al., 2015).

Nessa perspectiva, considerando os resultados alcançados com a capilaridade do Programa e a sua contribuição para a ampliação do acesso, vislumbra-se a possibilidade de expandir o Programa para além de um modelo predominantemente centrado na dispensação de medicamentos. A rede pertencente ao PFPB pode evoluir para constituir uma plataforma complementar para a oferta regulada de serviços clínicos farmacêuticos, ações preventivas e monitoramento de condições crônicas. Esse cenário acompanha a evolução internacional da farmácia comunitária, que vem incorporando atividades relacionadas à revisão da farmacoterapia, educação em saúde, acompanhamento da adesão, rastreamento, monitoramento clínico e encaminhamento aos demais pontos da rede.

Revisões sistemáticas indicam que intervenções conduzidas por farmacêuticos comunitários podem melhorar determinados desfechos clínicos, como pressão arterial e hemoglobina glicada, embora os resultados dependam do escopo da intervenção, da qualificação profissional e de sua integração com o cuidado habitual (Al-babtain; Cheema; Hadi, 2022; Yuan et al., 2019).

Experiências internacionais demonstram diferentes possibilidades de incorporação das farmácias comunitárias à atenção primária. Na Inglaterra, o *Pharmacy First*, implantado nacionalmente em janeiro de 2024, autorizou farmácias participantes a realizar consultas e fornecer determinados medicamentos para sete condições comuns, com o objetivo de ampliar o acesso oportuno e reduzir a pressão sobre os serviços médicos. O programa está sendo submetido a avaliação independente quanto ao acesso, à equidade, à segurança, ao uso de antimicrobianos e à custo-efetividade (Glover et al., 2025).

Na Austrália, os acordos plurianuais entre o governo e o setor de farmácias comunitárias articulam a dispensação de medicamentos subsidiados a programas de gerenciamento da farmacoterapia e outros serviços relacionados ao uso seguro de medicamentos. O Oitavo Acordo de Farmácia Comunitária, vigente de julho de 2024 a junho de 2029, prevê remuneração para a dispensação e para programas como revisão de medicamentos, acompanhamento de pessoas com diabetes, organização de doses e manutenção de farmácias em áreas remotas (Austrália, 2024).

No Canadá, as províncias adotaram diferentes modelos de prescrição farmacêutica para problemas de menor complexidade, acompanhados por requisitos de capacitação, protocolos e critérios de encaminhamento (Nakhla; Leung; Schwartz, 2024).

Essas experiências demonstram o potencial das farmácias comunitárias para ampliar o acesso e reduzir a pressão sobre outros pontos da rede, desde que sua atuação esteja submetida a protocolos, capacitação, integração informacional, remuneração adequada e monitoramento dos resultados. Essa mudança de paradigma não deve ser confundida com transferência de procedimentos da rede pública para

o setor privado. A governança das ações deve ser da administração pública, com habilitação prévia dos estabelecimentos, delimitação do escopo profissional, instrumentos de remuneração, cruzamento de informações e avaliação dos resultados. A Organização Mundial da Saúde destacou que a incorporação de farmácias comunitárias privadas à atenção primária pode ampliar o acesso, mas requer regulação, integração aos modelos coordenados de cuidado e alinhamento dos incentivos financeiros aos objetivos de qualidade e equidade (OMS, 2025)

No contexto brasileiro, essa possibilidade de ampliação do papel do PFPB deve ocorrer de forma coordenada com a APS e com as estruturas municipais e estaduais de assistência farmacêutica, preservando o caráter complementar do Programa. As farmácias podem atuar como pontos adicionais da rede de atenção à saúde, com atribuições delimitadas, compartilhamento seguro de informações, mecanismos de referência e contrarreferência e remuneração vinculada aos serviços prestados, com avaliação contínua dos seus resultados. Assim, a capilaridade existente do Programa poderá ser convertida em capacidade assistencial, contribuindo não apenas para a disponibilidade, mas também para promover o uso seguro e racional, favorecer a adesão ao tratamento e para a identificação precoce de riscos à saúde, de forma a potencializar os resultados alcançados sobre indicadores em saúde, orientada pelas necessidades dos territórios e acompanhada por indicadores transparentes de acesso, equidade, segurança, efetividade e custo-efetividade (OMS, 2025; Yuan et al., 2019).

Essa perspectiva já integra o debate institucional brasileiro atualmente. Em agosto de 2026, o Ministério da Saúde atualizou a normativa que regulamenta o Programa e sinalizou a necessidade de modernização e inovação do PFPB com a estruturação de grupo de trabalho e estudos sobre a possível oferta de exames diagnóstico, procedimentos, testes rápidos, teleatendimento e monitoramento terapêutico, condicionados a avaliações técnicas, sanitárias e assistenciais e às necessidades dos estados e municípios. A iniciativa sinaliza que eventual ampliação de escopo do Programa deve ser progressiva, avaliada e territorialmente orientada (Brasil, 2026).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao completar 20 anos de seu modelo de expansão por meio da rede privada em 2006, o PFPB reafirma sua relevância como estratégia do SUS para ampliar o acesso a medicamentos e reduzir barreiras econômicas e geográficas, integrando o conjunto de ações orientadas pela Política Nacional de Medicamentos e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Brasil, 2004, 1998).

Ao longo de sua trajetória, provou por meio de rigorosa fundamentação científica e evidências causais que o preço dos medicamentos é um determinante de saúde essencial. Reduzir ou zerar esse custo, como o programa consolidou integralmente em 2025, não é um gasto fiscal sem retorno, mas sim um investimento preventivo economicamente eficiente que salva dezenas de milhares de vidas anualmente e reduz a sobrecarga e os custos do SUS.

A trajetória futura do Programa exige superar a falsa dicotomia entre provisão pública e participação privada e reconhecer a rede parceira como um patrimônio logístico e assistencial do SUS, sem substituir as farmácias públicas, as equipes da APS ou as responsabilidades dos entes federados. O fortalecimento do PFPB deve ocorrer simultaneamente à qualificação das estruturas públicas e do CBAF, com articulação entre os gestores, integração aos fluxos assistenciais e prioridade para territórios com maiores barreiras de acesso. Essa orientação é coerente com a PNAF, que prevê a manutenção e a qualificação dos serviços farmacêuticos, a descentralização pactuada e a superação da fragmentação decorrente de programas desarticulados (Brasil, 2004).

A incorporação de inovações e serviços clínicos à rede participante constitui possibilidade promissora, desde que não resulte apenas na multiplicação de procedimentos. Seu propósito deve ser produzir cuidado integrado, promover o uso racional dos medicamentos e aumentar a segurança e a efetividade da farmacoterapia. Para isso, eventual ampliação do escopo deverá contemplar protocolos assistenciais, qualificação dos profissionais, interoperabilidade das informações, proteção dos dados pessoais, referência e contrarreferência, remuneração transparente e avaliação contínua dos resultados.

Sob governança pública e em articulação com as estruturas de assistência farmacêutica do SUS, a capilaridade do PFPB poderá ser convertida em capacidade assistencial complementar. O desafio para os próximos 20 anos do Programa deverá consistir em avançar na ampliação da disponibilidade para a garantia do acesso equitativo, seguro e qualificado, aprofundando a contribuição do Programa para os objetivos da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e para a consolidação de um SUS mais integrado, resolutivo e orientado às necessidades da população.

CONFLITO DE INTERESSE

O autor atua profissionalmente em atividades relacionadas à gestão do Programa Farmácia Popular do Brasil no âmbito do Ministério da Saúde. Esse vínculo institucional é declarado em razão de sua relação direta com o objeto do artigo. As análises e opiniões apresentadas são de responsabilidade do autor e não representam necessariamente a posição oficial do Ministério da Saúde. Não houve financiamento externo para a elaboração do manuscrito, e o autor declara não possuir conflitos de interesses financeiros.

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

O autor declara que utilizou a ferramenta Microsoft 365 Copilot, baseada em inteligência artificial generativa, para apoio à revisão linguística e ao levantamento preliminar de referências. Após o uso da ferramenta, todo o conteúdo, foi revisado, conferido e validado pelo autor, que assume integral responsabilidade pela versão final submetida à BJHP.

REFERÊNCIAS

AL-BABTAIN, Basmah; CHEEMA, Ejaz; HADI, Muhammad Abdul. Impact of community-pharmacist-led medication review programmes on patient outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 18, n. 4, p. 2559–2568, 1 abr. 2022.

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva *et al.* Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 159–172, out. 2018.

ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti de *et al.* Impacts of a Brazilian pharmaceutical program on the health of chronic patients. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 20–20, 30 jan. 2019.

ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti de; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Copagamento dos usuários no Programa Farmácia Popular do Brasil : um estudo exploratório da rede conveniada**: Texto para Discussão. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada;, ago. 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10218>. Acesso em: 31 ago. 2026.

AUSTRÁLIA, Department of Health and Aged Care. **Eighth Community Pharmacy Agreement (8CPA)**.

Portal. Disponível em: <https://www.health.gov.au/topics/primary-care/what-we-do/8cpa>. Acesso em: 5 set. 2026.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004.** Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Tipo: Resolução; Número: 338; Órgão emissor: Conselho Nacional de Saúde; Data do ato: 6 de maio de 2004; Publicação: Diário Oficial da União, seção 1, 20 maio 2004. 20 maio 2004, Sec. 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Política Nacional de Medicamentos. Tipo: Portaria Número: 3.916Órgão emissor: Ministério da SaúdeData do ato: 30 de outubro de 1998Publicação: Diário Oficial da União, seção 1, n. 215-E, p. 18-22, 10 nov. 1998. 30 out. 1998, Sec. 1, p. 18–22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Básico Programa Farmacia Popular**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 491, de 9 de março de 2006.** Tipo do ato: Portaria; Número do ato: 491; Órgão emissor: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro; Ementa: Dispõe sobre a expansão do Programa "Farmácia Popular do Brasil".; Revogada pela Portaria GM/MS nº 3.089, de 16 de dezembro de 2009. 9 mar. 2006, Sec. 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Farmácia Popular**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/farmacia-popular/farmacia-popular>. Acesso em: 3 set. 2026.

CARRARO, Wendy Beatriz Witt Haddad. **Desenvolvimento econômico do Brasil e o Programa Aqui Tem Farmácia Popular : limitantes e potencialidades**. Tese de doutorado—Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

EMMERICK, Isabel Cristina Martins *et al.* Farmácia Popular Program: changes in geographic accessibility of medicines during ten years of a medicine subsidy policy in Brazil. **Journal of Pharmaceutical Policy and Practice**, v. 8, n. 1, p. 10, 9 mar. 2015.

FERREIRA, Pedro Américo de Almeida. Efeitos do copagamento de medicamentos sobre a saúde no Brasil: evidências do programa Aqui Tem Farmácia Popular. **Revista do BNDES**, v. 47, jun. 2017.

FUSCO, Nicole *et al.* Cost-sharing and adherence, clinical outcomes, health care utilization, and costs: A systematic literature review. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 29, n. 1, p. 4–16, jan. 2023.

GLOVER, Rebecca E. *et al.* A mixed methods protocol for an impact and implementation evaluation of the Pharmacy First Services for management of common conditions in England. **International Journal of Pharmacy Practice**, v. 33, n. 2, p. 152–161, 1 abr. 2025.

LUIZA, Vera Lucia *et al.* Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational use of medicines. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, 8 maio 2015.

MATTOS, Leonardo *et al.* Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais do Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc**, p. 287–298, 2019.

MATTOS, Leonardo Vidal. **Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise crítica das políticas públicas de provisão de medicamentos no Brasil**. Dissertação de mestrado—Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

MORAES, Ricardo Montes de *et al.* Cobertura de políticas públicas e acesso a medicamentos no Brasil.

Revista de Saúde Pública, v. 56, p. 58–58, 24 jun. 2022.

NAKHLA, Nardine; LEUNG, Valerie; SCHWARTZ, Kevin L. Expansion of pharmacist prescribing could help improve health care access and quality. **Canadian Family Physician**, v. 70, n. 7–8, p. 441–443, 1 jul. 2024.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora *et al.* Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, n. suppl 2, 12 dez. 2016.

OMS. **Inclusion of community pharmacies in private practice within primary care**. Disponível em: <https://iris.who.int/items/437b65a2-1407-4881-8978-ae9029c47fc8>. Acesso em: 3 set. 2026.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage; COSTA, Nilson do Rosário; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2963–2973, 2011.

SILVA, Maria Eduarda de Lima e; ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti de; JÚNIOR, Ignácio Tavares de Araújo. Equity analysis of resource distribution for the Popular Pharmacy Program. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 50–50, 21 maio 2019.

SILVA, Rondineli Mendes; CAETANO, Rosângela. **Programa "Aqui Tem Farmácia Popular": expansão entre 2006-2012 e comparação com os custos da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**. Tese de doutorado—Instituto de Medicina Social. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro (RJ).: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2014.

SINNOTT, Sarah-Jo *et al.* The Effect of Copayments for Prescriptions on Adherence to Prescription Medicines in Publicly Insured Populations; A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS ONE**, v. 8, n. 5, p. e64914, 28 maio 2013.

TAVARES, Noemia Urruth Leão *et al.* Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, n. suppl 2, 12 dez. 2016.

YUAN, Cancan *et al.* Clinical outcomes of community pharmacy services: A systematic review and meta-analysis. **Health & Social Care in the Community**, v. 27, n. 5, p. e567–e587, 2019.