Revista Científica

Brazilian Journal of
HEALTH AND
PHARMACY

VOLUME 8 | EDIÇÃO ESPECIAL | 2026



ESPECIAL

ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL: onde estamos e para onde precisamos ir?

CRFMG | Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais

CARTA EDITORIAL

Acesso a medicamentos no Brasil: onde estamos e para onde precisamos ir?

Revista Científica
Brazilian Journal of HEALTH AND PHARMACY

DOI: https://doi.org/10.68548/bjhp.v8iespecial.410

Nesta **EDIÇÃO ESPECIAL**, a ***Brazilian Journal of Health ad Pharmacy*** lembra dois importantes marcos para a ampliação do acesso a medicamentos no Brasil: **duas décadas do programa "Aqui Tem Farmácia Popular" e 15 anos da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec.**

Neste contexto, a revista trouxe a proposta de reflexão sobre onde estamos e para onde precisamos ir. Neste editorial entendemos importante acrescentar a reflexão sobre os avanços conquistados, que precisam ser garantidos, além de alguns aspectos que necessitam entrar na pauta de discussões sobre o futuro da assistência farmacêutica.

O artigo de **Silvana Nair Leite e colaboradores** discute o acesso a medicamentos como direito à saúde e a contribuição da participação social para o desenvolvimento e o fortalecimento da assistência farmacêutica no SUS. Os autores apontam marcos históricos importantes na construção desta concepção, culminando com a realização da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF) em 2003, sob o tema "Efetivando o Acesso, a Qualidade e a Humanização da Assistência Farmacêutica, com Controle Social". A CNMAF foi a base para aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), primeira política pública instituída pelo controle social do SUS (Resolução CNS nº 338/2004). O artigo apresenta evidências da participação social para melhorias na gestão da assistência farmacêutica e para a ampliação do acesso aos medicamentos e enfatiza a necessidade de qualificação da participação social, especialmente por meio de propostas de educação e capacitação para conselheiros de saúde, lideranças sociais e outros atores envolvidos. Tais iniciativas adquirem maior relevância, considerando as significativas mudanças no setor farmacêutico nas últimas décadas.

O artigo de **Marina Rover e Débora Werner** apresenta um estudo observacional, descritivo e analítico, que explorou aspectos relacionados ao seguimento dos tratamentos por usuários do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), a partir de condições selecionadas: asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e artrite reumatóide. As autoras destacam que o acesso aos medicamentos envolve a adequada prescrição, dispensação e a disponibilização de informação suficiente para o seu uso seguro e efetivo, ou seja, a disponibilidade do produto não é suficiente para a garantia do acesso aos resultados em saúde. Neste sentido, foram analisados dados sobre o uso dos medicamentos e o acesso aos exames de monitoramento recomendados nos respectivos PCDT. O estudo mostrou lacunas importantes para o uso adequado e seguro dos medicamentos, bem como o acesso oportuno aos serviços e exames necessários ao acompanhamento dos tratamentos.

Reile Firmato e colaboradoras apresentam um artigo de opinião, baseado na análise das políticas públicas de saúde e assistência farmacêutica no contexto do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Além disso, as autoras trazem para a reflexão contribuições da experiência profissional de atuação junto aos serviços de saúde destinados às populações indígenas dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo, Brasil. Assim como o artigo de Rover e Werner, o texto reforça a

CARTA EDITORIAL

necessidade de superar a compreensão de acesso a medicamentos como mera disponibilidade do produto. A visão sobre os medicamentos como componentes essenciais do cuidado em saúde, envolve ações de planejamento, abastecimento, orientação terapêutica, cuidado integral e, no caso particular do SasiSUS, o respeito às especificidades socioculturais dos povos indígenas. As autoras apontam avanços normativos, como a publicação das Diretrizes da Assistência Farmacêutica no SasiSUS, contudo, discutem que a prática cotidiana ainda é muito distante das diretrizes estabelecidas nas políticas públicas, afetando a garantia do acesso contínuo, oportuno e culturalmente adequado aos medicamentos. O artigo aponta importantes barreiras para a efetivação das políticas para a população indígena, que, muitas vezes, não estão nas especificidades socioculturais dos povos indígenas, mas sim nas questões organizacionais, assistenciais, territoriais, de limitação de pessoal, entre outras. As autoras finalizam apontando que para a superação desses desafios, além do aprimoramento dos processos logísticos farmacêuticos, de forma territorializada, são necessárias ações para promover seu uso racional. Tais ações necessitam de contratação e qualificação de profissionais farmacêuticos e a consolidação de práticas de cuidado que dialoguem com a diversidade sociocultural dos povos indígenas.

As reflexões trazidas por **Bonfim** no seu artigo de opinião sobre o Programa Aqui Tem Farmácia Popular, implantado no Brasil há 20 anos, apontam sua característica de estratégia complementar do Sistema Único de Saúde para a redução de barreiras financeiras e geográficas e ampliação do acesso a medicamentos e insumos, bem como suas contribuições para atingir os objetivos da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. O artigo também analisa as evidências que 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, ao mesmo tempo em que identifica desafios relacionados à equidade territorial, à articulação com a assistência farmacêutica dos entes federados e a promoção do uso seguro e racional de medicamentos, discutindo novas possibilidades para o cuidado em saúde. Nesse contexto, o artigo aponta 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.

No artigo de **Poloni,** também de opinião, são apresentadas considerações sobre 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. Segundo o entendimento do autor, as iniciativas adotadas nesse campo 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. Nesse sentido, o autor aponta que o fortalecimento do Cbaf depende de sua implementação nos territórios, sendo que o financiamento adequado, a continuidade administrativa, o monitoramento e a integração da Assistência Farmacêutica ao cuidado na APS são condições para que as mudanças identificadas resultem em acesso efetivo para a população.

Acesso a medicamentos no Brasil: onde estamos e para onde precisamos ir?

Revista Científica
Brazilian Journal of HEALTH AND PHARMACY

Em seu artigo de opinião, **Oliveira** defende que o principal desafio da próxima década não é consolidar a excelência técnica das decisões da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), tendo em vista os impactos no acesso da população a medicamentos, nos protocolos clínicos e no cuidado e na prática farmacêutica cotidiana no SUS. São discutidos três eixos críticos, a saber: a governança; o debate sobre a adoção de um limiar único de custo-efetividade; a necessidade de modernização metodológica da avaliação de tecnologias em saúde brasileira, incorporando análise de decisão multicritério, dados do mundo real e métodos causais. No que se refere à adoção de um limiar único de custo-efetividade, o autor diverge por razões algébricas e pela dificuldade de padronizar a efetividade para doenças raras e populações pediátricas. O artigo defende a transformação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats) em infraestrutura científica permanente, e não apenas rede de colaboração pontual.

Em seu ensaio teórico fundamentado em revisão narrativa da literatura científica e de atos normativos sobre políticas farmacêuticas, equidade e judicialização, **Primo** analisa criticamente o cenário atual do acesso a medicamentos no Brasil e discute caminhos para sua qualificação. Embora o Brasil tenha avançado expressivamente na institucionalização da Assistência Farmacêutica, o autor aponta que falhas de abastecimento, desigualdades regionais e pressões orçamentárias ameaçam a sustentabilidade do SUS. Para superação de lacunas, o autor destaca a necessidade de fortalecimento dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NatJus), a maior integração do Programa Farmácia Popular à gestão farmacêutica local e às rotinas de cuidado do SUS, bem como o fortalecimento da governança interfederativa e da saúde digital, sempre na perspectiva da efetivação da integralidade e da equidade.

Por fim, o artigo de **Emery, Koester e Bresolin** apresenta a importância dos Programas de Pós-Graduação da área da Farmácia, em especial aqueles com direcionamento para a Assistência Farmacêutica. A investigação na área apresenta crescimento significativo, com reflexo na formação de recursos humanos tanto para atuar em pesquisas, quanto na formulação e implementação de políticas públicas baseadas em evidências. Apesar dos avanços, os autores apontam que a oferta de doutores ainda é limitada. Outro aspecto destacado pelos autores diz respeito à produção científica na área, com impacto sobre o SUS. O artigo aponta um amadurecimento da pós-graduação na área e discute os desafios para a área de avaliação dos programas, considerando o impacto social da pesquisa e a produção científica.

O conjunto dos artigos apresentados nesta edição especial mostra avanços significativos no contexto da garantia do acesso a medicamentos como direito universal à saúde. A criação do Departamento de Assistência Farmacêutica no Ministério da Saúde no primeiro governo do presidente Luís Inácio da Silva em 2003, rompeu com uma lógica fragmentada, com sobreposição de medicamentos em diferentes programas. Ao longo dos anos foram construídos mecanismos de financiamento para a aquisição dos produtos, garantindo mecanismos de disponibilidade dos medicamentos nos diferentes componentes. O aprimoramento destes mecanismos é fundamental, todavia é preciso avançar para além do acesso ao produto. A disponibilidade do produto envolve uma série de serviços farmacêuticos que também necessitam de investimento em profissionais qualificados, espaço físico adequado e procedimentos técnicos. Tais serviços integram o espectro próprio da

CARTA EDITORIAL

assistência farmacêutica, cujas práticas devem estar voltadas ao cuidado e à segurança de usuários, no contexto do processo de atenção à saúde. É preciso avançar para além da visão dicotômica entre serviços logísticos e serviços clínicos, construindo uma perspectiva mais holística para serviços farmacêuticos voltados para o paciente, que envolvem ter o produto, as orientações adequadas de uso e o acompanhamento dos resultados em saúde.

Os estudos mostram que a lógica do financiamento modulou a lógica da organização dos serviços. Precisamos avançar para a estruturação de farmácias como estabelecimentos de saúde, integradas aos demais serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção e na saúde indígena, incluindo as interfaces com o Programa Farmácia Popular. Tal perspectiva está coerente com a consolidação do SUS como sistema universal e com o fortalecimento da Assistência Farmacêutica como componente essencial da integralidade do cuidado.

Apartir dos relatos apresentados, fica evidente que o cenário atual e que a garantia deste direito, para além de decisões técnicas ou administrativas, foi viabilizado e legitimado a partir da participação social. A qualificação desta participação, por meio da formação dos atores sociais para as questões relacionadas com a assistência farmacêutica, bem como a pesquisa realizada nos programas de pós-graduação da área, contribui com evidências que fortalecem esta participação e, consequentemente, a garantia de direitos.

Como suporte a esta discussão, os programas de pós-graduação são aliados importantes para subsidiar a construção de novos modelos. O reconhecimento, por parte da área de avaliação da Farmácia na CAPES, da relevante contribuição destes programas para o SUS é um avanço importante. Contudo, o reconhecimento da produção científica ainda permanece um desafio. O amadurecimento dos programas, a possibilidade de surgimento de novos programas ou linhas de pesquisa que contemplem a área do conhecimento projetam um aumento no número de doutores formados na área, com consequente fortalecimento da pesquisa na área e maior robustez nas contribuições para o sistema de saúde.

Por fim, é essencial a reflexão coletiva sobre as contribuições da academia, a ampliação da capilarização da presença de profissionais farmacêuticos nos serviços de saúde e a consolidação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) enquanto política estratégica e intersetorial no contexto da Política Nacional de Saúde. O histórico dos 22 anos de vigência da PNAF, as evidências de suas permeações com outras políticas setoriais, a sua transversalidade em relação às diferentes áreas da gestão federal do SUS e seus impactos concretos no campo da saúde exigem a redefinição da sua estrutura de gestão e decisão no âmbito do Ministério da Saúde, na perspectiva da evolução do seu papel estratégico para a garantia do acesso aos medicamentos e às ações de atenção à saúde no SUS.

NORBERTO RECH BONETTI; MARENI ROCHA FARIAS

Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica
Universidade Federal de Santa Catarina

Revista Científica Brazilian Journal of
HEALTH AND PHARMACY

EQUIPE EDITORIAL

EDITOR-CHEFE
Tiago Marques dos Reis
Universidade Federal de Alfenas

EDITORES ASSOCIADOS
Farah Maria Drumond Chequer Baldoni
Universidade Federal de São João del-Rei
Sandra Bertelli Ribeiro de Castro
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Wander de Jesus Jeremia
Universidade Federal de Ouro Preto
Luanna Gabriella Resende da Silva
Universidade Federal de São João del-Rei
William Neves Oliveira
Universidade Federal de Alfenas

CONSELHO CONSULTIVO EDITORIAL
Lucas Borges Pereira
Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos
Isarita Martins Sakakibara,
Farmacêutica inscrita no CRF-SP
Leonardo Régis Leira Pereira
Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo
Flávio da Silva Emery
Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo
Maysa do Vale Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo
Marcela Jirón
Universidad de Chile, Santiago

REVISORES
Ana Julia Pereira Santinho Gomes
Universidade Federal de São João del-Rei
Juliana Mendes Amorim
Universidade de São Paulo
Elza Conceição de Oliveira Sebastião
Universidade Federal de Ouro Preto
Juliana de Oliveira Gomes Ramos
Universidade Federal de Minas Gerais
Veronica Cristina Gomes Soares
Universidade Paulista
Rodrigo Mendonça Cardoso Pestana
Universidade Federal do Maranhão

EDITORES CONVIDADOS
Genival Araújo dos Santos Júnior
Universidade Federal do Espírito Santo campus Alegre
Carina Carvalho Silvestre
Universidade Federal de Juiz de Fora campus Governador Valadares

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DIRETORIA CRF/MG | GESTÃO 2026/2028
Fabiana Cristina da Silveira
Presidente

Rondinelle Gomes Pereira
Vice-presidente

Stael Maria Costa
Secretária-Geral

Jeice de Souza Ignácio
Diretora-Tesoureira

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
Maria Cláudia Moreira de Faria
Waltovânio Cordeiro de Vasconcelos

COMUNICAÇÃO
Cláudia Machado
Viviane Tavares

DESIGN
Luana Ramos

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO
Rafael Fontes

CAPA
Luana Ramos

VOLUME 8, ANO: 2026
EDIÇÃO ESPECIAL
ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL: onde estamos e para onde precisamos ir?

CRFMG
Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais

Revista Científica Brazilian Journal of
HEALTH AND PHARMACY

SUMÁRIO

5.
CONTRIBUIÇÕES DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS
Contributions of scientific research on access to medicines in Brazil to public policy
Flavio da Silva Emery; Letícia Scherer Koester; Tania Mari Bellé Bresolin

14.
ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL: PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE
Access to Medicines in Brazil: Social Participation and the Development of the Right to Health
Silvana Nair Leite; Vinícius André Boff; Débora Raymundo Melecchi, Fernanda Manzini

25.
MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO NO BRASIL: DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO ACESSO
High-Cost Medicines in Brazil: Challenges to Ensuring Access
Marina Raijche Mattozo Rover; Débora Trevisan Vendruscolo Werner

37.
BETWEEN LAW AND MANAGEMENT: PATHS TO SUSTAINABLE ACCESS TO MEDICINES IN BRAZIL
Entre o Direito e a Gestão: Caminhos para a Sustentabilidade do Acesso a Medicamentos no Brasil
Fabian Teixeira Primo

51.
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CONTEXTO DA SAÚDE INDÍGENA: BARREIRAS PARA O ACESSO A MEDICAMENTOS EM DOIS ESTADOS DO SUDESTE BRASILEIRO
Pharmaceutical services in the context of Indigenous health: barriers to access to medicines in two states in southeastern Brazil
Reile Moreira de Amorim Firmato; Tatiane da Silva Matos; Larissa Torres Fernandes; Sabrina Cerqueira Santos; Carina Carvalho Silvestre

59.
FIFTEEN YEARS OF CONITEC: STRENGTHENING SCIENCE TO SAFEGUARD THE SUS
Quinze anos da Conitec: consolidar a ciência para proteger o SUS
Gustavo Laine Araújo de Oliveira

64.
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

80.
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

Revista Científica Brazilian Journal of
HEALTH AND PHARMACY

Contribuições da produção científica sobre o acesso a medicamentos no Brasil para as políticas públicas

Contributions of scientific research on access to medicines in Brazil to public policy

Flavio da Silva Emery[1]; Letícia Scherer Koester[2]; Tania Mari Bellé Bresolin[*3]

[1] *Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (FCFRP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil*

[2] *Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Faculdade de Farmácia, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil*

[3] *Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Escola de Ciências da Saúde, Itajaí, Santa Catarina, Brasil*

***Autora correspondente**:* Tania Mari Bellé Bresolin (ORCID: 0000-0002-4200-9201)
E-mail: tbresolin@univali.br

Data de Submissão: 01/06/2026; Data do Aceite: 30/09/2026.

EMERY, F.S.; KOESTER, L.S.; BRESSOLIN, T.M.B. Contribuições da produção científica sobre o acesso a medicamentos no Brasil para as políticas públicas. **Brazilian Journal of Health and Pharmacy**, v. 8, edição especial, e354, p. 5 - 13, 2026.

RESUMO

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) completou 20 anos em 2025 e foi construída com participação expressiva da comunidade acadêmica, incluindo docentes e estudantes de graduação e pós-graduação em Farmácia. Esse período coincide com a criação e a consolidação da Associação Brasileira de Ciências Farmacêuticas (ABCF), sociedade científica relativamente recente quando comparada às de áreas como Química e Medicina. Este artigo de opinião examina a evolução da pós-graduação em Assistência Farmacêutica no Brasil, tanto pela criação de Programas de Pós-Graduação (PPG) dedicados ao campo quanto pela incorporação de linhas de pesquisa em outros PPG. Discute, ainda, os desafios para o reconhecimento da contribuição dessa área à formulação de políticas de acesso a medicamentos e destaca o papel da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), cujo processo avaliativo tem ampliado a ênfase no impacto social da pesquisa, sem desconsiderar a produção científica.

Palavras-chave: Educação de pós-graduação em Farmácia. Saúde pública. Assistência farmacêutica. Acesso a medicamentos. Políticas públicas.

ABSTRACT

The Brazilian National Pharmaceutical Assistance Policy (PNAF) marked its 20th anniversary in 2025 and was developed with substantial participation from the academic community, including faculty members and undergraduate and graduate students in Pharmacy. This period also coincides with the creation and consolidation of the Brazilian Association of Pharmaceutical Sciences (ABCF), a relatively recent scientific society compared with those in fields such as Chemistry and Medicine. This opinion article examines the development of graduate education in Pharmaceutical Assistance in Brazil, both through dedicated graduate programs and through research lines established within other programs. It also discusses the challenges involved in gaining recognition for the field's contribution to policies designed to expand access to medicines and highlights the role of the Brazilian Federal Agency for Support and Evaluation of Graduate Education (CAPES), whose evaluation process has increasingly emphasized the social impact of research without disregarding scientific output.

Keywords: Graduate education in Pharmacy. Public health. Pharmaceutical assistance. Access to medicines. Public policy.

INTRODUÇÃO

Uma mãe atravessa de barco o rio Paraná Arara com a filha, Letícia, diagnosticada com mucopolissacaridose tipo IVa, doença genética rara que compromete, entre outras funções, os sistemas cardíaco e respiratório. O destino é a unidade de saúde do município de Anamã, no Amazonas, onde, semanalmente, a criança recebe gratuitamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), terapia de reposição enzimática (TRE) com alfaelosulfase. Disponibilizada pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), a tecnologia foi incorporada após recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), em outubro de 2019, precedida de consulta pública e análise das evidências científicas. Embora a doença não tenha cura, a TRE, associada ao acompanhamento por equipe multiprofissional, pode reduzir manifestações clínicas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Esse percurso da família de Letícia exemplifica um entre milhões de casos de acesso a medicamentos, uma conquista de todos os brasileiros por meio da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que completou 20 anos em 2025, celebrada em vídeo comemorativo elaborado pelo Instituto Escola Nacional dos Farmacêuticos (Enfar) em parceria com o Ministério da Saúde. No entanto, essa realidade não é comum em outros países, que ainda não superaram a dicotomia entre acesso a medicamentos e comércio de medicamentos, como ressalta Bermudez (2017) no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU).

Embora, aparentemente, seja um problema observado em países de menor renda, também em países mais desenvolvidos o acesso a novas tecnologias não atinge as classes com menor nível socioeconômico. Esse panorama coloca o Brasil como um exemplo mundial bem-sucedido, ancorado na Constituição Federal de 1988, que estabeleceu políticas sociais de acesso universal, não obstante o subfinanciamento do SUS, desde a sua implantação. Como consequência da falta de investimento no SUS, um estudo demonstra que, embora 71,5% da população brasileira dependa do SUS, em 2019 o acesso aos medicamentos prescritos atingia somente 30,5% (6,2 milhões de pessoas), os quais obtiveram pelo menos um dos medicamentos prescritos (Ruas et al., 2025). Segundo esses autores, de acordo com dados do IBGE, em 2020, as regiões com menores taxas de acesso foram o Centro-Oeste (24,9%), e Nordeste (28,9%), mas também há fatores socioeconômicos que impactam o acesso.

Não obstante o SUS no Brasil já tenha demonstrado a capacidade de lidar com os impactos de surtos de doenças, como ocorreu nos surtos de dengue, zika e febre amarela, por meio da colaboração entre os três níveis de governo (Federal, estadual e municipal), vigilância epidemiológica, atenção primária à saúde e forças-tarefa de vacinação, Bigoni et al. (2022) ressaltam os efeitos do desfinanciamento contínuo e a quebra da gestão colaborativa do SUS no último governo. Tais eventos prejudicaram sobremaneira a funcionalidade do SUS, enfraquecendo a resiliência histórica do país para lidar com novas pandemias.

No âmbito do SUS, a assistência farmacêutica está organizada em componentes definidos segundo o nível de atenção, a complexidade das condições de saúde e os mecanismos de financiamento. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) abrange medicamentos utilizados principalmente na atenção primária, inclusive para hipertensão e diabetes; o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) contempla agravos de relevância para a saúde pública, como tuberculose, HIV e hanseníase; e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) reúne medicamentos destinados, em geral, a condições crônicas, raras ou autoimunes, frequentemente associados à atenção secundária ou terciária (Ruas et al., 2025). Mais recentemente, a Portaria GM/MS nº 8.477, de 20 de outubro de 2025, instituiu o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-Onco).

Essa política pública foi construída por meio do controle social e com o apoio da comunidade acadêmica, representada por docentes e discentes de graduação e de pós-graduação da área da Farmácia, uma das 50 áreas de conhecimento no âmbito do Sistema Nacional de Pós-Graduação (SNPG) estruturado e regulado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A área da Farmácia está classificada como Área 19 na CAPES, dentro do Colégio de Ciências da Vida, na grande área de Ciências da Saúde.

A área da Farmácia é composta atualmente por 66 Programas de Pós-Graduação (PPG) credenciados, sendo 6 na região Norte, 15 na região Nordeste, 5 na região Centro-Oeste, 26 na região Sudeste e 14 na região Sul (Capes, 2025). Desses, 60 são acadêmicos e 6 profissionais. A Área apresentou um crescimento importante, desde o surgimento do primeiro Programa na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 1970, década na qual surgiram os Programas da Universidade de São Paulo, Universidade Federal da Paraíba e Universidade Federal de Pernambuco. Somente em 1993 a área conquistou um comitê de avaliação próprio na CAPES, pois estava atrelada à área da Medicina no CNPq e à Química na CAPES (Schenkel et al., 2006). A representação da Área de Ciências Farmacêuticas junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) foi estabelecida apenas em 1995, inicialmente por intermédio da participação de um membro da comunidade junto ao

Comitê de Medicina, que passou a ser denominado Comitê Assessor de Medicina e Farmácia (CA-MD). Finalmente, em 2004, foi estabelecido o Comitê Assessor de Farmácia, quando contava com 85 bolsistas de produtividade (Schenkel et al., 2006). O número de bolsistas PQ da Área da Farmácia, embora tenha crescido de 72 em 2004 para 164 em 2013, manteve-se praticamente estável, com 166 em 2023, e 202 em 2026, representando menos de ¼ do número de bolsistas de áreas mais consolidadas, como a Física e a Química. Essas áreas estabeleceram suas sociedades científicas nas décadas de 1960 e 1970, já a Sociedade Brasileira de Ciências Farmacêuticas foi criada apenas em 2003, dando origem, em 2005, à Associação Brasileira de Ciências Farmacêuticas (ABCF) (CAPES, 2024). Cabe ressaltar, no entanto, que a maioria dos docentes permanentes dos Programas da área da Farmácia com bolsa de produtividade está vinculada a outras áreas do conhecimento.

Dentre as subáreas da Farmácia, no CNPq, ressalta-se a subárea de Farmácia clínica, assistência e atenção farmacêuticas, a qual vem demonstrando importante crescimento, tanto em número de pesquisadores, nos PPG da área da Farmácia, quanto na formação de Pós-Graduandos, em nível de Mestrado e Doutorado. Atualmente a Área 19 conta com 5 Programas com área de concentração voltada à Assistência Farmacêutica, sendo 3 na modalidade Acadêmica e 2 na modalidade Profissional, com notas variando de 3-4, sendo 3 Programas com nota 4 e ofertando doutorado (Quadro 1).

Quadro 1. Dados do quadriênio 2021-2024 dos Programas de Pós-Graduação da Área da Farmácia voltados à área de concentração em Assistência Farmacêutica

Sigla da IES	Nome Programa	Região	Modalidade	Nota	N° DP[a]	N° egressos mestrado	N° egressos doutorado
UFSC*	Assistência Farmacêutica	Sul	Acadêmico	4	38	81	15
UFF**	Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica	Sudeste	Profissional	4	18	42	-
UFMG	Medicamentos e Assistência Farmacêutica	Sudeste	Acadêmico	4	16	69	27
UFG	Assistência e Avaliação em Saúde	Centro-Oeste	Acadêmico	3	18	37	-
UFPA	Assistência Farmacêutica	Norte	Profissional	3	15	42	-

* IES principal, Programa em Rede (UVV; UNIFAL-MG; UNB; UFRN; UFRGS; UFPR; UFES; UFBA).
** Aprovado o Doutorado em 2024; [a] DP em 2024.
Fonte: CAPES, 2026.

Além dos programas dedicados à Assistência Farmacêutica, outros PPG da Área de Farmácia mantêm linhas de pesquisa, projetos e disciplinas relacionados ao tema (Quadro 2). Assim, todas as regiões do País contam com formação de pós-graduandos nesse campo. A demanda crescente tem levado diferentes programas a incorporar projetos de pesquisa e atividades formativas em suas linhas de atuação, o que amplia a capilaridade da área e seu potencial de resposta às necessidades do SUS.

Quadro 2. Dados do quadriênio 2021-2024 dos Programas de Pós-Graduação da Área da Farmácia com Linhas de Pesquisa voltadas à Assistência Farmacêutica

Sigla da IES	Nome Programa	Linha de Pesquisa	Região	Modalidade	Nota
UFS	Ciências Farmacêuticas	Desenvolvimento, Controle e Uso de Fármacos e Medicamentos)	Nordeste	Acadêmico	4
UFRJ	Ciência e Tecnologia Farmacêutica	Assistência Farmacêutica e Farmacoepidemiologia	Sudeste	Profissional	3
UFC	Ciências Farmacêuticas	Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária	Nordeste	Acadêmico	4
UFOP	Ciências Farmacêuticas	Terapêutica, Vacina, Diagnóstico, Prognóstico e Epidemiologia das Doenças	Sudeste	Acadêmico	5
UFPI	Ciências Farmacêuticas	Produção Controle de Qualidade e Uso de Fármacos e Medicamentos	Nordeste	Acadêmico	4
UFRN	Ciências Farmacêuticas	Fármacos-Medicamentos e Produtos Naturais	Nordeste	Acadêmico	5
UNISO	Ciências Farmacêuticas	Uso Racional de Medicamentos	Sudeste	Acadêmico	4
UFSC	Farmácia	Garantia da qualidade de insumos, produtos e serviços farmacêuticos	Sul	Acadêmico	5
UFOB	Biociências e Saúde	Diagnóstico, assistência e avaliação em saúde	Nordeste	Acadêmico	A

Desde o lançamento do Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT-DAF – n° 54/2005 oriundo do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, onde foram aprovados 74 projetos nas diferentes regiões do País (Lyra Jr., 2007), a área da Farmácia, por meio dos Programas de Pós-Graduação, vem contribuindo sobremaneira com diferentes aspectos que subsidiam e apoiam a Política Nacional de Medicamentos (PNM).

Ao analisar os projetos submetidos a esse edital, Lyra Jr. (2007) identificou problemas que permaneceram relevantes para a qualificação de profissionais capazes de contribuir efetivamente para a PNM: compreensão insuficiente da realidade do SUS; elevada proporção de propostas de pesquisa básica; dificuldades conceituais e metodológicas, inclusive na distinção entre Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica; predomínio de propostas de capacitação para serviços farmacêuticos; escassez de estudos em áreas prioritárias, como hipertensão, diabetes, infecções sexualmente transmissíveis/AIDS, saúde mental, tuberculose, hanseníase, planejamento familiar e saúde da criança; pouca atenção ao uso de medicamentos por pessoas idosas e aos medicamentos de alto custo; e número reduzido de estudos multicêntricos e de avaliações do impacto clínico da Atenção Farmacêutica. Essas questões, ainda pertinentes, constituem um referencial para avaliar a maturidade alcançada pelos pesquisadores após a expansão e a qualificação dos programas voltados à Assistência Farmacêutica no Brasil.

Embora sejam reconhecidos avanços importantes na garantia do direito à Assistência Farmacêutica, impulsionados pelas mudanças demográficas e epidemiológicas e pela própria organização do SUS, ainda é necessário aprimorar ações e serviços. Essa necessidade fundamenta o Termo de Cooperação 132 para o Fortalecimento da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2026). Proposto pela SECTICS/DAF para o período de 2021 a 2026, o documento estabelece o fortalecimento de ações estratégicas nas três esferas de gestão do SUS: União, estados, Distrito Federal e municípios.

Os projetos de pesquisa desenvolvidos nos Programas voltados à Assistência Farmacêutica apresentam uma contribuição importante, na medida em que contribuem para o estabelecimento de indicadores de gestão, mensurando e propondo práticas que contribuem para a plena implantação da PNM, avaliando inclusive a sua implantação junto aos serviços públicos de saúde. A institucionalização da assistência farmacêutica, por exemplo, está fortemente relacionada ao acesso a medicamentos, como ressaltam Barros et al. (2017).

As pesquisas nessa área contribuem com as demandas nacionais por informações relacionadas à saúde da população brasileira e às suas necessidades associadas ao uso de medicamentos. Em 2019, o CNPq, em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil, lançou um edital de pesquisa para obter informações epidemiológicas sobre doenças raras no Brasil. Um estudo descritivo e exploratório das recomendações do Conitec para medicamentos e diretrizes clínicas para o tratamento de doenças raras foi realizado entre 2014 e 2020, e as doenças raras se embasaram na relação estabelecida por Cunico e Leite (2022). Cunico, Vicente e Leite (2023) analisaram também as iniciativas de promoção de acesso a medicamentos para o tratamento de doenças raras no SUS após a publicação e implementação da Política Brasileira de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (Portaria MS nº 199/2014), em 2014. Esses autores sugerem que a integração das etapas do ciclo de vida e do ciclo de uso dos medicamentos pode melhorar a qualidade e a velocidade dos processos, contribuindo para a qualidade de vida dos pacientes que seriam alvo de um cuidado integral, prevenindo, inclusive, o aumento da judicialização relacionada ao acesso a medicamentos.

Carvalho et al. (2026) analisaram a força de trabalho farmacêutica total nos serviços atendidos pelo SUS, concluindo que houve um crescimento de 36% de 2014 a 2023, e 47% nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), demonstrando a expansão do acesso aos serviços farmacêuticos, o reconhecimento da necessidade de ações para promover o acesso e o uso apropriado de medicamentos, sugerindo ser esse um reflexo do processo de consolidação da PNAF. Tais achados são exemplos de resultados de pesquisas desenvolvidas na Pós-Graduação, e sua consequente produção científica. A complexidade envolvida no acesso a medicamentos, num cenário de mudanças climáticas severas e frequentes, bem como diante da probabilidade de novas pandemias, desafia os pesquisadores em Assistência Farmacêutica a propor estratégias de acesso a medicamentos, baseadas em protocolos apropriados às diferentes regiões do País, formando uma força de trabalho preparada para essa realidade.

Cabe ainda mencionar a importância das linhas de pesquisa voltadas à Tecnologia Farmacêutica e as linhas correlatas, presentes na maioria dos Programas da Área da Farmácia, que contribuem para a soberania nacional no desenvolvimento de medicamentos.

DISCUSSÃO

Os Programas de Pós-Graduação na Área de Farmácia, focados em Assistência Farmacêutica, começaram entre 2011 e 2018, mais de uma década após a implementação da PNAF. A oferta de doutorado ainda é limitada a poucos Programas, o que torna a expansão das pesquisas na área e a formação de recursos humanos mais lenta do que em outras áreas de concentração. No entanto, esses esforços vêm demonstrando maturidade e uma identidade crescente.

Ressalta-se a importância da formação de recursos humanos para atuar em pesquisas que contribuam para aprimorar o acesso a medicamentos, bem como subsidiando as demais políticas de saúde. Essa formação tem o potencial de gerar novos conhecimentos com impacto político, social, econômico, na saúde e no bem-estar, pois, no processo de qualificação de mestres e doutores, os Programas de Pós-Graduação têm a oportunidade de gerar produtos com tais impactos. A relevância dessa produção científica orientada ao SUS fica ainda mais evidente quando se considera que lacunas no conhecimento produzido domesticamente alimentam, de forma direta, a judicialização do acesso a medicamentos.

Como exemplo, a judicialização do acesso a medicamentos constitui um dos indicadores mais sensíveis das lacunas entre o ciclo de produção científica e os processos de incorporação de tecnologias no SUS. Quando a pesquisa nacional não gera, em tempo hábil, revisões sistemáticas e estudos de custo-efetividade orientados às necessidades do sistema, a Conitec carece de subsídios técnicos para recomendar a incorporação de novas tecnologias e o paciente, sem acesso pelo SUS, recorre ao Judiciário como rota alternativa de acesso (Ostrowski et al., 2025). Esse mecanismo é agravado pelo fato de que, historicamente, as decisões judiciais eram proferidas sem avaliação apropriada de evidências científicas, considerando apenas o registro na ANVISA e a vulnerabilidade do requerente, o que dissociava completamente a demanda individual do processo coletivo de avaliação baseada em evidências (Oliveira et al., 2023). Esse cenário foi reconhecido pelo próprio Poder Judiciário: em 2024, o Supremo Tribunal Federal, por meio do RE 566.471-RN, estabeleceu como regra que a ausência de incorporação de medicamento nas listas do SUS impede sua concessão judicial, admitindo-a apenas excepcionalmente mediante comprovação cumulativa de evidência científica (STF, 2024). Vieira (2023) havia demonstrado que, em 2019, as ações judiciais já consumiam 25,2% dos recursos do CEAF, sendo 21% destinados a apenas

10 medicamentos, demonstrando como a ausência de evidência científica nacional pode retardar a incorporação via Conitec e impulsionar a via judicial como rota alternativa. A tendência é de agravamento, visto que em 2023, o gasto médio com medicamentos judicializados nos estados brasileiros atingiu 32,9% do total gasto em medicamentos (IPEA, 2025), sinalizando que o fortalecimento dos PPG em Assistência Farmacêutica, e sua capacidade de produzir evidências orientadas ao SUS, representa uma das respostas estruturais mais efetivas a esse ciclo vicioso (Salles et al., 2019).

Cabe destacar a importância da indução dos critérios de avaliação da CAPES no desenvolvimento dos Programas da Área da Farmácia. A avaliação do Impacto da Pós-Graduação vem sendo gradualmente inserida nas Fichas de Avaliação das 50 Áreas de conhecimento da CAPES. Desde a Quadrienal 2017-2020, o Quesito 3 das Fichas de Avaliação apresenta um terço do peso na avaliação dos Programas. O impacto relacionado à formação de mestres e doutores e os produtos originados desse processo formativo também consideram o impacto do PPG, que é avaliado no Quesito 2 da Ficha de Avaliação. Desse modo, o processo de avaliação da CAPES vem se afastando da valorização do produtivismo de artigos científicos e migrando para um modelo de avaliação que, de um lado, considera a produção científica como relevante, porém, de outro lado, pondera sua importância na medida em que, ao validar cientificamente os resultados obtidos, é analisada sob a ótica de seu efeito na sociedade.

Essas mudanças históricas no processo avaliativo da CAPES, além de possibilitarem a interiorização da pós-graduação na área da Farmácia, permitem uma atuação direta dos PPG em problemas locais. Neste sentido, as desigualdades regionais no acesso a medicamentos permanecem uma lacuna de pesquisa insuficientemente explorada. Os dados de Ruas et al. (2025) e Bertoldi et al. (2022) indicam que as regiões Norte e Nordeste concentram os menores índices de acesso, tanto pelo SUS quanto por outras fontes. Os PPG com linhas voltadas à Assistência Farmacêutica têm produzido estudos locais e regionais relevantes, mas a escassez de estudos multicêntricos de larga escala limita a capacidade de influenciar políticas nacionais. Lyra Jr. (2007), ao analisar os projetos aprovados no Edital MCT-CNPq/MS n° 54/2005, já identificava a aprovação de apenas um estudo multicêntrico entre os 74 projetos financiados, e quase duas décadas depois esse déficit persiste.

Por outro lado, é importante garantir e estimular que haja ampliação da produção científica na área de política de medicamentos. No entanto, a circulação da produção científica depende, em grande medida, dos periódicos nacionais indexados nas principais bases de dados em saúde. Revistas como, por exemplo, a Revista de Saúde Pública, os Cadernos de Saúde Pública e a Ciência & Saúde Coletiva, indexadas no SciELO, LILACS e MEDLINE, entre outras revistas em fase de consolidação, cumprem papel estratégico ao garantir visibilidade a estudos conduzidos no contexto do SUS, em português e com acesso aberto, ampliando o alcance da produção acadêmica junto a gestores, formuladores de políticas e profissionais de saúde. Esse canal de divulgação é especialmente relevante para a Assistência Farmacêutica, cuja produção científica orienta diretamente decisões de incorporação tecnológica, protocolos clínicos e políticas de acesso a medicamentos. O fortalecimento desses periódicos, inclusive por meio de políticas de avaliação que reconheçam sua relevância regional e seu impacto sobre o SUS, é condição necessária para que o conhecimento produzido nos PPG efetivamente chegue a quem formula e implementa as políticas públicas de saúde no Brasil.

Nesse contexto, a consolidação dos PPG em Assistência Farmacêutica e a valorização crescente do impacto social da pesquisa no sistema de avaliação da CAPES delineiam uma trajetória promissora. Persistem,

contudo, desafios para converter conhecimento científico em mudanças concretas, como ilustra o caso de Letícia: aproximar universidades e serviços de saúde; desenvolver pesquisas multicêntricas alinhadas às demandas do SUS; e incorporar, de modo oportuno e transparente, os resultados científicos aos processos decisórios e à formulação de políticas públicas. Avançar nessa direção requer estratégias coordenadas, financiamento de estudos multicêntricos e de larga escala, formação de pesquisadores em avaliação econômica em saúde e canais institucionais mais permeáveis entre a produção acadêmica e a tomada de decisão no SUS.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO INSTITUCIONAL

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio concedido à Coordenação da Área de Farmácia.

CONFLITO DE INTERESSES:

Os autores declaram que não existe conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

BARROS. R.D. et al. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. **Revista de Saúde Pública**, v. 51 Supl 2:8s, p. 1-11, 2017 https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007138

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 8.477, de 20 de outubro de 2025**. Institui o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia - AF-ONCO, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, regulamenta seu financiamento, aquisição, distribuição e dispensação, bem como altera a Portaria de Consolidação nº 06, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 out. 2025**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para elaboração e gestão conjunta dos termos de cooperação técnica**/Ministério da Saúde, Organização PanAmericana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2026. 34 p.: il. ISBN 978-85-334-2985-7. Disponível em: https://www.paho.org/sites/default/files/2026/08/bra-diretrizesct-3aed-vfinal.pdf. Acesso em 27 de setembro de 2026.

BERMUDEZ, J.A.Z. Acesso a medicamentos: impasse entre a saúde e o comércio! **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, p. 1-3, 2017. https://doi.org/10.1590/0102-311X00123117

BERTOLDI, A.D. et al. Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, n. 6, p. 1-13, 2022. https://doi.org/10.1590/0102-311XPT114721

BIGONI, A. et al. A. Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 10, p. 1-14, 2022.

CARVALHO, M. N. et al. The pharmaceutical workforce in the SUS: Trends and alerts over the last decade (2014-2023). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, 2026. https://doi.org/10.1590/1413-81232026311.14502025EN

CUNICO C.; LEITE S.N. Rare diseases: proposition of a list based on the Brazilian Health System. **Expert Opinion on Orphan Drugs**, v. 10, n. 1, p. 28–33, 2022. https://doi. org/ 10. 1080/ 21678 707. 2022. 21340 08.

CUNICO C.; VICENTE, G.; LEITE S.N. Initiatives to promote access to medicines after publication of the Brazilian Policy on the Comprehensive Care of People with Rare Diseases. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, v. 18, S. 259, p. 1-13, 2023.https://doi.org/10.1186/s13023-023-02881-5

IPEA. Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: IPEA, maio 2025. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstreams/5b9ba3b4-4bd4-4871-9247-02454de1eced/download

LYRA JÚNIOR, D.P. Processo de Seleção: Expectativas e Responsabilidade Social, no Âmbito do SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS**. Brasília : Ministério da Saúde, 107 p, 2007. ISBN 978-85-334-1403-7

Divaldo Pereira de Lyra Júnior

RUAS C.M. et al. Pharmaceutical access in Brazil: challenges and opportunities. **Global Health**. v. 12, s. 57, p. 1-12, 2025. https://doi.org/10.1186/s12992-025-01141-4

SCHENKEL E.P. et al. Educação Farmacêutica em nível de Pós-Graduação no Brasil. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, v. 3, n. 6, 2011. DOI: 10.21713/2358-2332.2006.v3.105.

OLIVEIRA,.L.C.F. et al. Judicialização da saúde: um estudo de caso envolvendo medicamento de alto custo. **Revista de Direito GV**, v. 19, e2338, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rdgv/a/XBXQ8BBbkvYpSTGZ9XDdnMj/

OSTROWSKI, T.S. et al. Acesso a medicamentos de alto custo: judicialização e atuação do farmacêutico no núcleo de apoio técnico ao judiciário. **Contribuciones a las Ciencias Sociales,** v. 18, n. 4, 2025. https://doi.org/10.55905/revconv.18n.4-043

SALLES, M.J.C. et al. O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1709-1722, 2019. https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.17582017

STF. RE 566.471-RN, 2024. Disponível em: https://informativos.trilhante.com.br/julgados/stf-re-566471-rn

VIEIRA, F.S. Judicialization and right to health in Brazil: a trajectory of matches and mismatches. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 1, p. 1-10, 2023. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004579

Revista Científica Brazilian Journal of HEALTH AND PHARMACY

CRFMG

Acesso a medicamentos no Brasil: participação social e construção do direito à saúde

Access to Medicines in Brazil: Social Participation and the Development of the Right to Health

Silvana Nair Leite[1,3,4*]; Vinícius André Boff[1]; Débora Raymundo Melecchi[2,3], Fernanda Manzini[1,3].

[1] *Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.*

[2] *Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.*

[3] *Instituto Escola Nacional dos Farmacêuticos.*

[4] *Comissão Intersetorial de C&T e Assistência Farmacêutica do Conselho Nacional de Saúde.*

***Autor correspondente:** Silvana Nair Leite (ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5258-9684)
E-mail: silvana.nair.leite@ufsc.br

Data de Submissão: 19/06/2026; Data do Aceite: 11/09/2026.

Citar: LEITE, S.N.; BOFF, V.A.; MELECCHI, D.R.; MANZINI, F. Acesso a medicamentos no Brasil: participação social e construção do direito à saúde. **Brazilian Journal of Health and Pharmacy**, v. 8, edição especial, e359, p. 14 - 24, 2026.

RESUMO

O acesso aos medicamentos constitui uma dimensão fundamental do direito à saúde no Brasil, e sua consolidação como política pública no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi fortemente influenciada pela participação social. Este artigo de opinião analisa a contribuição da participação social para o desenvolvimento e o fortalecimento da assistência farmacêutica no SUS, bem como os desafios contemporâneos para a efetividade dessa participação. Inicialmente, o artigo retoma marcos históricos que evidenciam o protagonismo dos movimentos sociais, dos conselhos de saúde e das conferências de saúde na defesa do acesso aos medicamentos, com destaque para a luta pelo acesso universal à terapia antirretroviral, a formulação da Política Nacional de Medicamentos e o desenvolvimento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Em seguida, discute evidências que relacionam a participação social a melhorias na gestão da assistência farmacêutica e à ampliação do acesso aos medicamentos, demonstrando que os mecanismos de participação social contribuem para a identificação das necessidades da população, o aprimoramento das políticas públicas e o fortalecimento dos processos de tomada de decisão. O artigo também aborda os desafios decorrentes da crescente complexidade técnica, regulatória e econômica das políticas de medicamentos e de tecnologias em saúde, enfatizando a necessidade de iniciativas contínuas de educação e capacitação para conselheiros de saúde, lideranças sociais e outros atores envolvidos na participação social. Além disso, defende uma maior participação dos farmacêuticos nos espaços deliberativos do SUS. Conclui-se que a participação social constitui um elemento estratégico para assegurar o acesso aos medicamentos e permanece essencial para o fortalecimento da governança democrática no SUS e para o avanço do direito à saúde.

Palavras-chave: Participação social; Acesso a medicamentos e tecnologia em saúde; Assistência farmacêutica, Sistema único de saúde; Direito à saúde.

ABSTRACT

Access to medicines is a fundamental dimension of the right to health in Brazil, and its consolidation as a public policy within the Brazilian Unified Health System (SUS) has been strongly influenced by social participation. This opinion article analyzes the contribution of social participation to the development and strengthening of pharmaceutical services within the SUS, as well as the contemporary challenges to the effectiveness of this participation. First, it revisits historical milestones that highlight the leading role of social movements, health councils, and health conferences in advocating for access to medicines, with particular emphasis on the struggle for universal access to antiretroviral therapy, the formulation of the National Medicines Policy, and the development of the National Pharmaceutical Policy. The article then discusses evidence linking social participation

to improvements in pharmaceutical services management and expanded access to medicines, demonstrating that social participation mechanisms contribute to identifying population needs, improving public policies, and enhancing decision-making processes. It also addresses challenges arising from the increasing technical, regulatory, and economic complexity of medicines and health technology policies, emphasizing the need for continuous education and capacity-building initiatives for health council members, social leaders, and other actors involved in social participation. Furthermore, it advocates for greater participation of pharmacists in SUS deliberative spaces. The article concludes that social participation is a strategic element for ensuring access to medicines and remains essential for strengthening democratic governance within the SUS and for advancing the right to health.

Keywords: Social Participation; Access to medicines and health technologies; Pharmaceutical services; Unified health system; Right to Health.

INTRODUÇÃO

O acesso aos medicamentos é um direito garantido por lei no Brasil - mas vai além disso. A interpretação dos ordenamentos legais e a forma como as políticas públicas e as práticas se materializam na realidade objetiva dependem de como a sociedade as internaliza e como assume o controle sobre seus rumos. O caso brasileiro sobre a construção da assistência farmacêutica como política e como direito amplamente reconhecido socialmente é notável e exemplo não só para a construção do direito de acesso aos medicamentos (direito raramente observado em outros sistemas de saúde), mas como referência para a concepção de participação social como motriz para os sistemas de saúde. O presente artigo tem como objetivo analisar a contribuição do controle social para a consolidação do acesso a medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como discutir os desafios contemporâneos para a efetividade dessa participação.

O SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas voltadas à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Entre os princípios estruturantes do SUS destacam-se a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação social (Guizardi et al., 2004).

No campo da assistência terapêutica, a Lei nº 8.080/1990 reconheceu explicitamente, em seu artigo 6º, a responsabilidade do SUS na execução de ações de "assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica" (Brasil, 1990a). Complementarmente, a Lei nº 8.142/1990 instituiu a participação da comunidade como diretriz organizativa do sistema, consolidando o controle social como elemento inerente à construção e à consolidação do SUS (Brasil, 1990b).

Entretanto, embora o direito à saúde e à assistência farmacêutica estivesse previsto no marco legal do SUS, sua materialização concreta para a população brasileira ainda encontrava importantes limites no início da década de 1990. O acesso aos medicamentos permanecia fortemente centralizado por meio da Central de Medicamentos (CEME), em desacordo com os princípios de descentralização e regionalização que orientavam a organização do sistema de saúde (Bermudez et al., 2018). Havia um descompasso entre os princípios constitucionais do SUS e a forma como a assistência farmacêutica era operacionalizada no país.

A lógica predominante naquele período ainda estava orientada por uma concepção restritiva de acesso à saúde, fortemente influenciada por recomendações

de organismos internacionais, como o Banco Mundial, que defendiam a oferta de um pacote mínimo e seletivo de serviços públicos, deixando parcelas importantes da assistência sob responsabilidade do setor privado. No campo dos medicamentos, essa racionalidade se expressava em políticas centralizadas, padronizadas e pouco sensíveis às necessidades específicas dos territórios e das populações.

Nesse contexto, a mobilização do movimento de luta contra a AIDS, especialmente na década de 1990, representou um marco fundamental para a compreensão do acesso aos medicamentos como direito à saúde. A intensa participação social e política de movimentos organizados de pessoas vivendo com HIV/AIDS, contribuiu para consolidar o entendimento de que o direito constitucional à saúde incluía necessariamente o acesso ao tratamento medicamentoso (Galvão, 2005). Essa mobilização culminou na aprovação da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que garantiu o fornecimento gratuito, pelo SUS, de todo medicamento necessário ao tratamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

A garantia do acesso universal à terapia antirretroviral introduziu no debate público e sanitário a necessidade de assegurar acesso a medicamentos de alto custo/preço e tecnologicamente complexos como parte integrante do direito à saúde. Mais do que ampliar a oferta terapêutica, essa experiência colocou em evidência a responsabilidade do Estado na regulação do mercado farmacêutico, na sustentabilidade do financiamento público e na ampliação da capacidade nacional de produção de medicamentos (Galvão, 2002). Ao mesmo tempo, demonstrou que pautas identitárias e demandas formuladas por grupos historicamente vulnerabilizados não se restringem a interesses particulares, mas podem atuar como importantes indutoras de políticas públicas de caráter universal, produzindo impactos estruturantes para a organização do sistema de saúde e para ampliação de direitos sociais (Pereira; Nichiata, 2011).

Nas décadas seguintes, esse processo impulsionou debates sobre soberania sanitária e fortalecimento da produção pública nacional, incluindo até uma iniciativa de licenciamento compulsório do anti-retroviral Efavirenz em 2007, como estratégia para a garantia do acesso universal (Rodrigues; Soler, 2009).

A experiência da resposta brasileira ao HIV/AIDS demonstrou, de maneira concreta, que a efetivação dos princípios constitucionais do SUS exigia não apenas o reconhecimento formal do direito à saúde, mas também a organização de políticas públicas capazes de garantir acesso universal aos medicamentos. Ao mesmo tempo, explicitou o papel estratégico da participação social na formulação e defesa dessas políticas.

Paralelamente às críticas dirigidas aos problemas de gestão e aos desmandos que culminaram na extinção da CEME, em 1997, intensificaram-se os debates sobre a descentralização da assistência farmacêutica e do financiamento federal para estados e municípios. Esse processo foi impulsionado pelas discussões realizadas nas Conferências Nacionais de Saúde e pela criação do Piso da Assistência Farmacêutica Básica, fortalecendo o papel das gestões municipais na organização do acesso aos medicamentos (Manzini; Bermudez; Cury, 2026).

O controle social teve papel central nesse processo. A 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992 sob o tema "Municipalização é o Caminho", aprovou a recomendação para realização de uma Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Reivindicação semelhante foi reafirmada em conferências posteriores e também esteve presente nas discussões e resoluções do Conselho Nacional de Saúde ao longo dos anos 1990, evidenciando que os problemas relacionados ao acesso aos medicamentos já ocupavam espaço relevante na agenda do controle social do SUS (Manzini; Bermudez; Cury, 2026).

Como resultado desse acúmulo político e institucional,

a Política Nacional de Medicamentos foi aprovada em 1998 por meio da Portaria nº 3.916 do Ministério da Saúde. Entre suas principais diretrizes estava a reorientação da assistência farmacêutica, compreendida não apenas como aquisição e distribuição de medicamentos, mas como um conjunto de ações voltadas à promoção do acesso e do uso racional de medicamentos, fundamentadas na descentralização da gestão, na organização das redes de serviços e na garantia da integralidade do cuidado.

A defesa de uma política nacional estruturada para a assistência farmacêutica foi novamente reafirmada pela 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, que aprovou a realização da Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e diversas propostas relacionadas aos medicamentos e à garantia do acesso no SUS (Manzini; Bermudez; Cury, 2026).

A partir de 2003, com a assistência farmacêutica assumindo posição estratégica no Ministério da Saúde, foram criadas condições políticas e institucionais para a realização da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em dezembro daquele ano sob o tema "Efetivando o Acesso, a Qualidade e a Humanização da Assistência Farmacêutica, com Controle Social". A conferência constituiu um marco histórico ao consolidar diretrizes construídas coletivamente por gestores, trabalhadores, usuários e movimentos sociais, tornando-se base para aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) pela Resolução CNS nº 338/2004, sendo a primeira política pública instituída pelo controle social, no pleno do Conselho Nacional de Saúde (Leite et al., 2018).

Esse processo também contribuiu para reorganizar institucionalmente a assistência farmacêutica no âmbito federal, incluindo a criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (SCTIE) e do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) em 2003 e, posteriormente, a estruturação dos blocos de financiamento da assistência farmacêutica em 2006, organizados nos componentes básico, estratégico e especializado. Ainda assim, a própria conformação desses componentes e os modelos de organização e gestão dos serviços permaneceram fortemente centrados no medicamento enquanto produto, e não necessariamente no cuidado ao usuário, comprometendo a efetivação da integralidade no SUS (Bermudez et al., 2018).

A centralidade das Conferências de Saúde para a construção da assistência farmacêutica no SUS foi recentemente reafirmada por estudo que realizou uma análise das propostas aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde, identificando os eixos estratégicos da PNAF com ênfase na participação social. Os resultados demonstram que a assistência farmacêutica permanece como pauta estratégica do controle social, evidenciando a continuidade histórica das conferências como espaços de formulação, defesa e aprimoramento dessa política pública (Cabral; Sousa, 2026).

A trajetória histórica da assistência farmacêutica no SUS evidencia que os avanços na garantia do acesso aos medicamentos não decorreram exclusivamente de decisões técnico-administrativas, mas foram profundamente influenciados pela atuação do controle social, das conferências de saúde, dos movimentos sociais e das organizações da sociedade civil, consolidando-se como eixo articulador da luta pelo direito à saúde, conforme aponta Penaforte (2026). Mais do que mecanismo formal de participação, o controle social constituiu-se como força política fundamental na formulação, defesa e consolidação do acesso a medicamentos no Brasil, tensionando modelos restritivos de atenção à saúde e contribuindo para afirmar a assistência farmacêutica como componente essencial da integralidade do cuidado no SUS.

DISCUSSÃO

Evidências da contribuição da participação social para a garantia do acesso a medicamentos no SUS

Para que a participação social nos diferentes espaços seja efetiva, é necessário que as instituições estejam preparadas para acolher as perspectivas sociais e de gestão do SUS, transformando-as em encaminhamentos e ações concretas. É preciso aprimorar, fortalecer e ampliar os mecanismos de interação entre pessoas usuárias e o sistema de saúde, bem como qualificar o controle social do SUS no âmbito da assistência farmacêutica, garantindo condições para o pleno desempenho das suas atribuições. Isso significa que a pesquisa, a produção de conhecimento em assistência farmacêutica e acesso a medicamentos precisa incorporar a premissa da influência do controle social entre seus pressupostos e, portanto, como variáveis ou categorias de análise no contexto do estudo das políticas farmacêuticas e de sua efetividade - expressos, mais frequentemente, como acesso a medicamentos e serviços farmacêuticos.

A inclusão de indicadores sobre o controle social na avaliação das condicionantes para o acesso aos medicamentos nos municípios na Pesquisa Nacional sobre Acesso e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) revelou um resultado bastante significativo: o acesso a medicamentos entre as pessoas usuárias das unidades básicas de saúde, em todo o país, foi maior nos municípios que possuíam mecanismos para o recebimento de críticas sobre a assistência farmacêutica e nos municípios onde o profissional responsável pela gestão da assistência farmacêutica participava sempre ou frequentemente das reuniões do Conselho Municipal de Saúde (Barros et al., 2017). O significado deste resultado precisa ser evidenciado: não por acaso o acesso é maior nestes municípios. Estes indicadores indicam que nestes municípios os gestores reconhecem as necessidades e anseios das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde, mantém comunicação aberta e direta através da convivência nos conselhos e nos meios de comunicação institucionais, têm a possibilidade de identificar e resolver problemas com maior rapidez e, não menos importante, podem construir apoios e suporte da sociedade ali representada para projetos e ações relacionadas à assistência farmacêutica municipal e aos próprios farmacêuticos - que são reconhecidos e atuantes entre as lideranças sociais e da própria rede de saúde municipal.

O estudo decorrente do projeto Qualifica AF (Mendes et al., 2024) classificou os municípios, em uma amostra nacional de 1.859, segundo o grau de participação da gestão da assistência farmacêutica (ou do gestor da assistência farmacêutica) em atividades da gestão municipal em saúde, indicando aspectos sociais e políticos verificáveis, confrontados com indicadores de resultados e processos técnicos. Para a maioria das variáveis analisadas, os resultados positivos em termos de estrutura, organização, utilização de recursos pelos municípios, articulações com outras instâncias de gestão, estão associados com o aumento do grau de participação da assistência farmacêutica na gestão municipal da saúde. Ou seja: uma gestão da assistência farmacêutica mais participativa obtém melhores resultados da assistência farmacêutica. Entre os municípios com resultados mais negativos, importa destacar que, quando perguntados sobre o Plano Municipal de Saúde vigente, 73% afirmam que a assistência farmacêutica consta no plano, mas 23% não souberam responder, assim como 21% não souberam responder se o gestor ou a equipe da assistência farmacêutica estava participando da elaboração do Plano Plurianual de Saúde.

Já há evidências de que a articulação entre os diferentes atores envolvidos na gestão em saúde e a participação ativa dos movimentos sociais impactam diretamente a organização e estruturação da assistência farmacêutica.

Utilizando os dados da PNAUM, Faraco et al. (2026) identificaram que o indicador "Discussões das questões da área de Assistência Farmacêutica junto ao Conselho Municipal de Saúde" foi um dos indicadores considerados críticos na capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica, em todas as regiões brasileiras. Apenas em 31% dos municípios brasileiros esta prática foi relatada, sendo que a região Nordeste apresentou pior desempenho: apenas em 26% dos municípios.

A relação, direta e indireta, da gestão da assistência farmacêutica com os mecanismos de controle social impactam a capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica, segundo estudo de Leite et al. (2015). O estudo, desenvolvido a partir da adaptação do modelo de avaliação de Barreto e Guimarães (2010), aplicado em amostra de municípios catarinenses, revelou que, entre os municípios com menor capacidade de gestão da assistência farmacêutica (incluindo indicadores técnicos e sociais), os indicadores relacionados à participação social tiveram baixo desempenho e corroboram os seus resultados negativos em indicadores técnicos e de resultados. Já entre os municípios com melhor capacidade de gestão, os indicadores de participação obtiveram melhores desempenhos. Entre os indicadores, estavam aspectos que podem ser considerados básicos para a administração pública, como: Conhecimento do Plano Municipal de Saúde pelos farmacêuticos da rede; Participação de farmacêuticos na elaboração do Plano Municipal de Saúde; Discussões das questões da área de assistência farmacêutica junto ao Conselho Municipal de Saúde nos últimos quatro anos; Elaboração participativa dos objetivos, diretrizes e metas da assistência farmacêutica no Plano Municipal de Saúde, e a existência de mecanismos de recebimento de críticas e sugestões das pessoas usuárias.

Apesar da relevância da participação social para a consolidação da assistência farmacêutica, esta prática ainda não está adequadamente estruturada em diferentes regiões do país. Esse cenário evidencia a necessidade de fortalecer os mecanismos de controle social, ampliando a participação da sociedade nos processos de gestão de saúde e da assistência farmacêutica.

A partir de uma pesquisa que avaliou documentos de conselhos estaduais e municipais de saúde de capitais, Manzini et al. (2026) identificaram que o acesso a medicamentos é abordado de forma recorrente nesses espaços, a partir de diferentes perspectivas. Evidenciou-se o predomínio de questões percebidas no cotidiano das pessoas, especialmente relacionadas ao desabastecimento de medicamentos. No entanto, o tema é geralmente abordado de forma pontual e momentânea, sem aprofundamento de suas causas e sem um debate estruturado para a proposição de intervenções de médio e longo prazo para prevenção de problemas futuros e para qualificação do acesso e do uso dos medicamentos e dos recursos públicos. O estudo revelou, também, que o debate tende a ser mais aprofundado nos conselhos que possuem, em sua estrutura, comissões específicas que assessoram na pauta da assistência farmacêutica, devido à sua amplitude e complexidade, qualificando as discussões e favorecendo encaminhamentos mais efetivos (Manzini et al., 2026).

Preocupa, também, o resultado da análise realizada por Boff (2026) sobre os planos estaduais de saúde e os relatórios das conferências estaduais de saúde (etapa da 17ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2023): há uma visível disparidade entre as prioridades indicadas nas conferências e as ações previstas nos planos. Em alguns planos estaduais, até mesmo o componente da assistência farmacêutica não está claramente identificado entre os seus capítulos.

Esse conjunto de evidências reforça a natureza intersetorial da assistência farmacêutica e evidencia a complexidade das estruturas que condicionam sua

operacionalização, como a avaliação e a incorporação de tecnologias em saúde, que impactam diretamente o acesso a medicamentos. Agências de avaliação de tecnologias para sistemas de saúde em diversos países, e também no Brasil, já reconhecem a relevância da participação dos pacientes e da sociedade nos processos decisórios. Mecanismos que proporcionam a participação têm sido regulamentados, a exemplo das recentes alterações na Conitec: paciente com experiência sobre a doença e a tecnologia em avaliação são ouvidos durante as reuniões da comissão, e estes e a sociedade civil em geral opinam sobre a incorporação ou não das tecnologias em consultas públicas online (que são mecanismos de consulta à sociedade sobre o tema). Já na tomada de decisão, com voz e voto, há a participação ativa de associação de pacientes diretamente relacionada com a tecnologia em análise, além da participação como membros titulares permanentes de representantes do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2025).

De fato, o estudo realizado por Boff (2026) evidencia a expectativa, entre pessoas conselheiras e outros representantes de movimentos sociais que participam das conferências de saúde, de que os conselhos de saúde tenham maior atuação no processo de incorporação de medicamentos e outros processos decisórios sobre a organização dos serviços. Os resultados indicam um anseio por um maior protagonismo do controle social no processo de tomada de decisão em saúde, considerando que as escolhas relacionadas à incorporação de tecnologias influenciam diretamente a garantia do acesso.

Nesse amplo contexto, as esferas de atuação do controle social se constituem como arenas de proposições, demandas e expectativas, além da possibilidade de participação no processo decisório sobre temas relacionados à assistência farmacêutica, abrangendo também aspectos relacionados a políticas sociais, econômicas e ao desenvolvimento científico e tecnológico.

Educação permanente e qualificação para o controle social na assistência farmacêutica

A importância histórica do controle social na consolidação das políticas de assistência farmacêutica no SUS evidencia a necessidade de enfrentar os desafios ainda presentes na qualificação da participação social nesse campo. Além da produção de evidências científicas sobre a influência da participação social sobre a efetividade das políticas públicas e sobre os condicionantes para o melhor desempenho das instituições para a obtenção dos resultados esperados destas políticas, é preciso que a sociedade e, particularmente, membros dos conselhos de saúde estejam plenamente preparados para analisar criticamente e propor contundentemente sobre o desenvolvimento da assistência farmacêutica em seu âmbito de atuação (municipal, estadual, nacional).

A complexidade técnica que envolve financiamento, incorporação tecnológica, avaliação de tecnologias em saúde, regulação sanitária e organização de serviços da assistência farmacêutica pode dificultar a participação efetiva da sociedade nos espaços de deliberação do SUS. Frequentemente, as discussões relacionadas aos medicamentos e às tecnologias em saúde são permeadas por elevada complexidade técnica, acompanhada de terminologias e jargões tecnocratas, o que pode constranger a capacidade de incidência dos conselhos de saúde e demais instâncias participativas sobre temas estratégicos para a garantia do direito à saúde.

Ao mesmo tempo, observa-se crescimento do interesse e da participação do controle social nas discussões relacionadas à assistência farmacêutica e ao acesso a medicamentos. Estudos recentes evidenciam que essas temáticas têm ocupado espaço crescente nas conferências e nos conselhos de saúde, refletindo preocupações relacionadas tanto às dificuldades concretas de acesso quanto aos desafios estruturais da

política de medicamentos no país (Boff, 2026; Cunha, 2025; Manzini et al., 2026).

Estudo desenvolvido por Cunha (2025), a partir da análise das atas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde realizadas em 2023, identificou que temas relacionados à PNAF e à Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) estiveram presentes em todas as reuniões analisadas e foram discutidos por diferentes segmentos representados no conselho. As discussões contemplaram desde questões relacionadas ao acesso da população aos medicamentos até aspectos estratégicos vinculados ao desenvolvimento tecnológico nacional e à produção de medicamentos. Entre os temas mais recorrentes destacaram-se os problemas de desabastecimento de medicamentos no SUS. Entretanto, embora essas pautas tenham se mostrado frequentes, Cunha (2025) aponta dificuldades relacionadas à definição de encaminhamentos concretos para parte significativa das demandas discutidas. Nesse contexto, evidencia-se a necessidade de fortalecimento de processos de educação permanente voltados à qualificação do controle social em assistência farmacêutica, de modo a ampliar a capacidade analítica, deliberativa e propositiva dos conselhos de saúde frente aos desafios relacionados ao acesso a medicamentos e tecnologias em saúde.

Na mesma direção, estudo desenvolvido por Boff (2026), a partir da análise dos relatórios das conferências estaduais e da 17ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2023, identificou ampla presença de propostas relacionadas ao acesso a medicamentos e tecnologias em saúde. As proposições discutiam desde a revisão de fluxos e processos que impactam a acessibilidade aos medicamentos no SUS até estratégias relacionadas à integração de sistemas de informação, reformulação de protocolos clínicos, processos de avaliação de tecnologias em saúde, incorporação de novos medicamentos e adoção de medidas voltadas à redução da judicialização. O fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) também apareceu como elemento estratégico para a garantia do acesso a tecnologias e insumos essenciais no SUS. A PNAF, fruto de décadas de conquistas da sociedade e do controle social no SUS, demanda hoje uma realocação estratégica no país. Suas diretrizes devem se integrar de forma transversal às demais políticas públicas, abrangendo inclusive as iniciativas ligadas ao CEIS.

O controle social está atento e tem reivindicado o desenvolvimento tecnológico nacional do CEIS por entender que, sem produção própria, é impossível garantir o desabastecimento e a integralidade do cuidado, conforme deliberações das conferências de saúde, já descritas anteriormente. Contudo, Boff (2026) aponta que fortalecer a efetividade desses espaços participativos requer processos contínuos de formação e qualificação dos membros dos conselhos de saúde, particularmente no campo da assistência farmacêutica, considerando a complexidade técnica, regulatória e econômica que envolve as políticas de medicamentos e tecnologias em saúde.

Essas evidências demonstram não apenas o crescimento da presença da assistência farmacêutica na agenda do controle social, mas também a necessidade de fortalecimento de processos de educação permanente voltados à qualificação da participação social nesse campo. A ampliação da capacidade de análise crítica sobre financiamento, incorporação tecnológica, regulação do mercado farmacêutico e organização da assistência farmacêutica constitui elemento fundamental para o fortalecimento democrático do SUS.

Nesse contexto, iniciativas de formação voltadas ao controle social na assistência farmacêutica ganham relevância estratégica. O Projeto Integra, por exemplo, surge como iniciativa voltada à qualificação de pessoas conselheiras de saúde, lideranças sociais, trabalhadora(e)s e demais atores envolvidos na

participação social do SUS, buscando ampliar a compreensão sobre o direito à assistência farmacêutica e fortalecer a capacidade de incidência política sobre as políticas de medicamentos e tecnologias em saúde (Leite et al., 2021; Manzini et al., 2026).

Além da qualificação da sociedade e das instâncias de controle social, mostra-se igualmente fundamental ampliar a participação direta das farmacêuticas e dos farmacêuticos nos espaços de deliberação do SUS, seja na condição de pessoas conselheiras de saúde, apoiadora(e)s técnica(o)s dos conselhos ou articuladora(e)s junto aos movimentos sociais. A atuação das farmacêuticas e dos farmacêuticos no controle social pode contribuir para aproximar os debates técnicos das necessidades concretas da população e fortalecer a defesa da assistência farmacêutica como componente da integralidade do cuidado e do direito à saúde. Destaca-se, também, seu papel mobilizador e incentivador para a constituição de comissões de assistência farmacêutica, nos conselhos de saúde, mantendo em movimento as pautas destas políticas por meio de participação social ativa, expressa pela democracia participativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória da assistência farmacêutica no SUS demonstra que os avanços relacionados à garantia do acesso a medicamentos não foram resultado exclusivo de decisões técnicas ou administrativas. Ao longo das últimas décadas, o controle social, os movimentos sociais, os conselhos e as conferências de saúde tiveram papel fundamental na construção de políticas públicas que transformaram o acesso a medicamentos em uma dimensão concreta do direito à saúde. Entretanto, a crescente complexidade das políticas relacionadas à assistência farmacêutica exige investimentos permanentes em processos de formação e qualificação dos atores envolvidos no controle social.

Destaca-se também a importância da participação da categoria farmacêutica nos espaços de controle social. Para além de suas atribuições técnico-assistenciais, esses profissionais podem contribuir para qualificar os debates e fortalecer a assistência farmacêutica como componente essencial da integralidade do cuidado e do direito à saúde.

Compreender a contribuição do controle social para o acesso a medicamentos no SUS implica reconhecer que a garantia desse direito depende não apenas da existência de políticas públicas, mas também da participação qualificada da sociedade em sua construção, monitoramento e defesa. Em um contexto marcado por transformações tecnológicas, desafios de financiamento e disputas em torno das prioridades das políticas de saúde, o fortalecimento do controle social permanece condição indispensável para a consolidação de um sistema de saúde público, universal, integral e comprometido com as necessidades da população brasileira.

Nesse sentido, a 18ª Conferência Nacional de Saúde, que será realizada em 2027, representa uma oportunidade estratégica para reafirmar a assistência farmacêutica como componente essencial do direito à saúde, ampliar o debate sobre o acesso a medicamentos e tecnologias em saúde e fortalecer a participação da sociedade na formulação de propostas capazes de responder aos desafios contemporâneos do SUS. Deste modo, no exercício da cidadania, se faz necessário que as etapas preparatórias e a própria etapa nacional da 18º Conferência Nacional de Saúde contribuam para impulsionar novas agendas e renovar o compromisso coletivo com a garantia do acesso universal, equânime e integral aos medicamentos no Brasil.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não existe conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

BARRETO, J.L.; GUIMARÃES, M.C.L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1207–1220, jun. 2010. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600014

BARROS, R.D. et al. Access to medicines: relations with the institutionalization of pharmaceutical services. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 8s, 22 set. 2017. https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007138

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. https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018

BOFF, V.A. **Conferências e planejamento em saúde: interfaces da participação social na formulação de políticas de assistência farmacêutica e de ciência, tecnologia e inovação**. Dissertação (mestrado)—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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. 1990 a.

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. 28 dez. 1990 b.

BRASIL. 15.120. Lei nº 15.120, de 7 de abril de 2025 - Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para modificar a composição da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). 2025, Sec. 1.

CABRAL, G.V.B.; SOUSA, A.N.A. Participação Social e Consolidação da Assistência Farmacêutica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, p. e15392025, 2026. https://doi.org/10.1590/1413-81232026311.15392025

CUNHA, L.N.O.L. **Análise das Discussões sobre Assistência Farmacêutica e Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no Conselho Nacional de Saúde**. TCC (graduação) - Farmácia—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2025.

GALVÃO, J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 213–219, 2002. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100022

GALVÃO, J. Brazil and Access to HIV/AIDS Drugs: A Question of Human Rights and Public Health. **American Journal of Public Health**, v. 95, n. 7, p. 1110–1116, jul. 2005. https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.044313.

GUIZARDI, F.L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 15–39, jun. 2004. https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100003

LEITE, S.N. et al. **Gestão da assistência farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal – a experiência em Santa Catarina**. Florianópolis: Editora UFSC, 2015.

LEITE, S.N. et al. Science, Technology and Pharmaceutical Policy on the agenda: contributions from the society to the 16th National Conference on Health. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4259–4268, dez. 2018. https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.29962018.

LEITE, S.N. et al. Projeto Integra: fortalecimento da participação social na agenda das políticas, serviços e tecnologias em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**,

v. 26, n. 11, p. 5589–5598, nov. 2021. https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.18212021

MANZINI, F. et al. Conselhos de saúde e Assistência Farmacêutica: desafios e perspectivas para o controle social no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, p. e14132025, 2026. https://doi.org/10.1590/1413-81232026311.14132025

MANZINI, F.; BERMUDEZ, J.A.Z.; CURY, M.E.C. 20 Anos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica: Uma Construção Coletiva e Permanente em defesa da cidadania. *In*: **Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF): consolidando o direito à saúde em 20 anos de história**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2026.

PENAFORTE, T.R. Assistência farmacêutica no Brasil: uma análise antropológica da formulação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, p. e15032025, 2026. https://doi.org/10.1590/1413-81232026311.15032025

PEREIRA, A.J.; NICHIATA, L.Y.I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3249–3257, 2011. https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800024

RODRIGUES, W.C.V.; SOLER, O. Licença compulsória do efavirenz no Brasil em 2007: contextualização. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 26, n. 6, dez. 2009.

Revista Científica Brazilian Journal of HEALTH AND PHARMACY

Medicamentos de alto custo no Brasil: desafios para a efetivação do acesso

High-Cost Medicines in Brazil: Challenges to Ensuring Access

Marina Raijche Mattozo Rover; Débora Trevisan Vendruscolo Werner*

Programa de Pós Graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

***Autor correspondente:** Débora Trevisan Vendruscolo Werner (ORCID: https://orcid.org/0009-0006-7345-9607)
E-mail: deboratrevisanvendruscolo@gmail.com

Data de Submissão: 30/06/2026; Data do Aceite: 15/10/2026.

Citar: ROVER, M.R.M.; WERNER, D.T.V. Medicamentos de alto custo no Brasil: desafios para a efetivação do acesso. **Brazilian Journal of Health and Pharmacy**, v. 8, edição especial, e364, p. 25 - 36, 2026.

RESUMO

O acesso aos medicamentos não se restringe à disponibilidade, mas envolve sua utilização adequada e contínua, incluindo acesso às informações e aos serviços necessários. Este estudo explorou aspectos relacionados ao seguimento dos tratamentos por usuários do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), considerando o preconizado nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Trata-se de estudo observacional, descritivo e analítico. Foram coletados dados sobre uso dos medicamentos e acesso aos exames de monitoramento recomendados nos PCDT. Foram selecionados intencionalmente dois grupos, considerando características dos tratamentos e diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde: doenças respiratórias e reumatológica. Os dados foram coletados de julho de 2021 a dezembro de 2022. Entre pacientes com doenças respiratórias (n = 185), 77,8% apresentaram problemas de adesão aos dispositivos inalatórios; 26,0% eram fumantes ativos; 34,6% tinham contato frequente com fumantes; 28,7% realizaram espirometria nos últimos 2 anos; 69,7% relataram sintomas relacionados à doença; 31,9% queixas relacionadas a reação adversa a medicamento (RAM) e 30,8% dúvidas e/ou dificuldades no tratamento. Entre pacientes com doença reumatológica, 30,8% utilizavam 3 ou mais medicamentos para a condição; 59,7% relataram sintomas; 37,3% queixas relacionadas a RAM; 30,4% realizaram VHS e PCR no último semestre; 42,2% apresentaram capacidade funcional moderada ou gravemente limitada e 35% relataram dúvidas sobre o tratamento. Os resultados sugerem que a efetivação do acesso requer condições para utilização adequada, segura e contínua dos medicamentos, articuladas ao monitoramento dos resultados do tratamento. Estudos integrados sobre as diferentes dimensões do acesso são necessários para subsidiar o aprimoramento do CEAF.

Palavras-chave: Acesso a medicamentos essenciais e tecnologias em saúde; Uso de medicamentos; Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT

Access to medicines is not limited to their availability but also involves their appropriate and continuous use, including access to the necessary information and services. This study explored aspects related to treatment follow-up among users of the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance (CEAF), considering the recommendations established in the Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines (PCDT). This was an observational, descriptive, and analytical study. Data on medication use and access to monitoring tests recommended in the PCDT were collected. Two groups were purposively selected, considering treatment characteristics and different levels of healthcare complexity: respiratory and rheumatological diseases. Data were collected from July 2021 to December 2022. Among patients with respiratory diseases (n = 185), 77.8% had problems with adherence to inhaler devices; 26.0% were active smokers; 34.6% had frequent contact with smokers; 28.7% had undergone spirometry in the previous 2 years; 69.7% reported disease-related symptoms; 31.9% reported complaints related to adverse drug reactions (ADRs); and 30.8% reported doubts and/or difficulties regarding treatment. Among patients with rheumatological disease, 30.8% used 3 or more medications for the condition; 59.7% reported symptoms; 37.3% reported complaints related to ADRs;

30.4% had undergone ESR and CRP testing in the previous six months; 42.2% had moderately or severely limited functional capacity; and 35% reported doubts about treatment. The results suggest that effective access requires conditions for the appropriate, safe, and continuous use of medicines, together with monitoring of treatment outcomes. Integrated studies addressing the different dimensions of access are needed to support the improvement of CEAF.

Keywords: Access to essential medicines and health technologies; Medicines from the Specialized Component of Pharmaceutical Services; Drug utilization.

INTRODUÇÃO

O acesso a medicamentos essenciais, seguros, efetivos e de qualidade é considerado um componente central para atingir a Cobertura Universal de Saúde (Wirtz et al., 2017; Abbas et al., 2020; Herrera-Ramirez et al, 2026). Nesse sentido, um dos desafios relacionados ao acesso é o aumento global do custo dos medicamentos (Abbas et al., 2020; Hasan; Lu; Babar, 2018; Herrera-Ramirez et al, 2026).

Destaca-se que o acesso aos medicamentos não envolve apenas a sua disponibilização, mas também a adequada prescrição, dispensação e a disponibilização de informação suficiente para o seu uso seguro e efetivo (Oliveira et al., 2002; Andersen, 2008; WHO, 2018). Ou seja, o acesso à saúde deve considerar não apenas a existência de serviços ou produtos, mas a sua real utilização (Soares, 2013). Nesse contexto, compreender o acesso a medicamentos exige analisar diferentes dimensões, como a disponibilidade e o uso adequado dos medicamentos (WHO, 2014).

O Brasil tem implementado diferentes políticas públicas visando o acesso a medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive aos de alto custo, como o medicamento Zolgensma® (onasemnogeno abeparvoveque) (Brasil. Ministério da Saúde, 2025a). Neste contexto, se insere o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), que em 2021 atendeu aproximadamente 2,8 milhões de pacientes, representando um gasto federal com os medicamentos na ordem de 1 bilhões de dólares (Rossignoli; Pontarolo; Fernandez-Llimos, 2024). Os algoritmos de tratamento e os mecanismos de monitoramento, para as condições clínicas contempladas neste componente, são definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT/MS) (Brasil, 2010; Brasil, 2011; Almeida et al., 2025).

Apesar da importância do CEAF para a resolutividade das ações de saúde no país, sua operacionalização envolve múltiplos serviços e etapas, o que o torna vulnerável a barreiras de acesso, tanto de natureza organizacional quanto operacional e assistencial (Rover et al., 2017).

Nesse sentido, diferentes estudos têm identificado barreiras ao acesso a estes medicamentos (Rover et al., 2017; Fatel et al., 2021; Rover et al., 2021; Brito; Araújo, 2023; Oliveira et al, 2026). Estas podem ter impactos negativos na saúde das pessoas e no próprio sistema, pois a progressão das doenças e consequente piora do estado de saúde, geralmente exige o uso de terapias adicionais e aumento no número de retornos aos serviços de saúde, com o aumento dos gastos relativo aos tratamentos, e até a judicialização (Almeida-Brasil et al., 2016; Costa et al., 2018; Cançado et al., 2019; Marques et al., 2022; Brasil. Ministério da Saúde, 2025b; Caetano et al, 2025). Nesse âmbito, as dificuldades no acesso aos medicamentos é um tema relevante em todo o mundo (Babar et al., 2019).

Assim, mesmo com a incorporação de novas tecnologias, observa-se que é necessário o fortalecimento e a estruturação de todos os serviços envolvidos para garantir de fato o bom uso dos recursos terapêuticos (Boonen; Severens, 2011;

Silva; Costa, 2015; Rover et al., 2017; GINA, 2026). Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar aspectos relacionados ao uso dos medicamentos e ao seguimento dos tratamentos pelos usuários do CEAF, à luz das recomendações estabelecidas nos respectivos PCDT.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional de natureza descritiva e analítica, realizado em um estado da região sul do Brasil. Foram coletados dados sobre os tratamentos, com foco no uso dos medicamentos e no acesso aos exames de monitoramento recomendados nos respectivos PCDT. Foram selecionados intencionalmente dois grupos de pacientes, considerando as características dos tratamentos e os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde envolvidos (doenças respiratórias – Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e reumatológica – Artrite Reumatóide). A coleta de dados foi realizada entre julho de 2021 e dezembro de 2022.

A coleta ocorreu na unidade do CEAF da capital do estado. Usuários maiores de 18 anos e que recebiam medicamentos há pelo menos 6 meses foram convidados a participar. Utilizou-se como instrumento de pesquisa um formulário contendo questões relacionadas ao perfil demográfico (sexo, idade e escolaridade - em anos de estudo), aspectos clínicos relacionados ao tratamento (medicamentos em uso, presença de sintomas e queixas de reações adversas aos medicamentos - RAM, avaliadas com base na relação temporal e na descrição prévia da reação (GINA, 2026; GOLD, 2026).

No formulário para AR foram incluídas: dúvidas sobre o tratamento, datas dos últimos exames de monitoramento do tratamento (Velocidade de Hemossedimentação - VHS e Proteína C Reativa – PCR) (Brasil. Ministério da Saúde, 2026) e avaliação da capacidade funcional com o instrumento *Health Assesment Questionnaire Disability Index* (HAQ-DI) (Bruce; Fries, 2003).

No formulário referente as doenças respiratórias incluíram-se: a data da última espirometria (Brasil. Ministério da Saúde, 2023; 2025b); questão sobre tabagismo e a avaliação de dúvidas e/ou dificuldades no tratamento, incluindo avaliação do uso dos dispositivos inalatórios, por meio de um *check list* (Aguiar et al., 2017).

Os entrevistadores foram previamente treinados para a aplicação dos instrumentos. Os dados foram analisados de forma descritiva. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 26199619.1.0000.0121 e CAAE: 25524719.4.0000.0121).

RESULTADOS

No total, 448 usuários do CEAF participaram do estudo. Destes, 263 recebiam medicamentos para AR e 185 para doenças respiratórias, 95 destes para Asma e 90 para DPOC. Os dados demográficos e clínicos dos participantes que recebiam medicamentos para Asma ou DPOC são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Dados demográficos e clínicos dos participantes que recebiam medicamentos para ASMA e DPOC

Dados clínicos	N (%)
Sexo	
Masculino	89 (48,1%)
Feminino	96 (51,9%)
Faixas etárias	
Até 39 anos	7 (3,8%)
40-60	41 (22,2%)
> 61	137 (74,1%)
Escolaridade	
Até 4 anos	30 (16,2%)
5-8 anos	41 (22,2%)
9-11 anos	58 (31,3%)
> ou = 12 anos	56 (30,3%)
Medicamento e dispositivo inalatório utilizado	
Formoterol e budesonida isolados ou em associação - Aerolizer®	161 (87,0%)
Formoterol + budesonida - Turbohaler®	24 (13,0%)
Tabagismo	
Fumante ativo	48 (26,0%)
Contato frequente com fumante	64 (34,6%)
Espirometria dos últimos 2 anos	53 (28,7%)
Relato de sintoma relacionado à doença respiratória*	129 (69,7%)
Dispneia	83 (44,9%)
Tosse	76 (41,1%)
Expectoração	59 (31,9%)
Baixa tolerância ao exercício físico	51 (27,6%)
Sibilância	20 (10,8%)
Relato de Reação Adversa a Medicamento**	59 (31,9%)
Irritação na garganta ou rouquidão	31 (16,8%)
Candidíase oral	5 (2,7%)
Erro no uso do dispositivo***	144 (77,8%)
Não esvaziar os pulmões antes da inalação	87 (47,0%)
Não segurar a respiração após a inalação	61 (33,0%)
Dúvidas e/ou dificuldades no tratamento****	57 (30,8%)

* Relato do último mês, sendo que para cada usuário, é possível a presença de mais de um sintoma. ** Foram elencadas as duas reações adversas mais referidas. *** Foram citados os 2 erros mais frequentes dentre os identificados, sendo que para cada usuário, é possível a ocorrência de mais de um erro. **** Foi considerada a dificuldade mais frequente (falta do medicamento com piora do quadro).
Fonte: elaborado pelos autores.

Destacaram-se usuários idosos, com ensino fundamental completo (9 anos ou mais de estudos), com presença de sintomas relacionados a doença e que apresentaram erro no uso do dispositivo. Pouco mais de um terço dos participantes referiu dúvidas e/ou dificuldades no tratamento.

Os dados demográficos e clínicos dos participantes que recebiam medicamentos para AR são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Dados demográficos e clínicos dos participantes que recebiam medicamentos para AR

Dados clínicos	N (%)
Sexo	
Masculino	36 (13,7%)
Feminino	227 (86,3%)
Faixa etária	
Até 39 anos	30 (11,4%)
40-60	102 (38,8%)
> 61	131 (49,8%)
Escolaridade	
Até 4 anos	16 (6,1%)
5-8 anos	55 (20,9%)
9-11 anos	86 (32,7%)
> ou = 12 anos	106 (40,3%)
Via de administração de medicamentos	
Oral	85 (32,3%)
Injetável	82 (31,2%)
Oral + Injetável	96 (36,5%)
Quantidade de medicamentos utilizados para AR	
1	105 (39,9 %)
2	77 (29,3 %)
3 ou +	81 (30,8%)
Exames VHS e PCR no último semestre	80 (30,4%)
Relato de sintoma relacionado à AR	157 (59,7%)
Dor	123 (46,8%)
Edema	45 (17,1%)
Rigidez	25 (9,5%)
Relato de RAM*	98 (37,3%)
Gastrointestinais (principalmente enjoo)	45 (17,1%)
Dor de cabeça	19 (7,2%)
Queda de Cabelo	12 (4,6%)
Reação no local de aplicação	7 (2,7%)
Resultado do HAQ-DI	
Leve	152 (57,8%)
Moderada	84 (31,9%)
Grave	27 (10,3%)
Dúvidas sobre o tratamento**	92 (35,0%)

*Foram elencados neste tópico, as RAM mais referidas pelos usuários. **Especificamente sobre os medicamentos (benefícios e riscos).
Legenda: VHS: Velocidade de Hemossedimentação; PCR: Proteína C Reativa; HAQ – DI: *Health Assesmente Questionnaire Disability Index.*
Fonte: elaborado pelos autores

Entre os medicamentos mais utilizados estavam: metotrexato (122 pacientes), leflunomida (79 pacientes) e adalimumabe (56 pacientes). Destacaram-se usuários idosos e com ensino fundamental completo (9 anos ou mais de estudos). A presença de sintoma foi relatada por quase 60% (n = 157) dos participantes e, aproximadamente 37% (n = 98) referiram RAM, sendo as reações gastrointestinais as mais citadas. Além do frequente relato de sintomas, a maior parte dos participantes apresentou capacidade funcional (HAQ-DI) de moderada a gravemente comprometida. Mais de um terço dos participantes referiu dúvidas sobre o tratamento.

DISCUSSÃO

O CEAF constitui uma importante estratégia do SUS para ampliar o acesso gratuito a medicamentos destinados ao tratamento de diversas condições clínicas, incluídos muitos de alto custo. Em contrapartida, no cenário internacional, o acesso a esses tratamentos frequentemente ocorre por meio de mecanismos de reembolso ou copagamento (Gurski et al., 2024).

Entretanto, os achados deste estudo corroboram com a literatura ao apontar que o acesso não se limita à disponibilidade dos medicamentos (Oliveira et al., 2002; Andersen, 2008; WHO, 2018; WHO, 2014). Rover et al (2017 e 2021) e Brito & Araújo (2023) já apontaram fragilidades na operacionalização do CEAF e diversos fatores que interferem no acesso aos medicamentos.

A identificação de problemas na utilização dos medicamentos e cumprimento das exigências previstas nos PCDT, como a realização dos exames de monitoramento, podem indicar o desconhecimento do preconizado para o uso, segurança e acompanhamento dos resultados terapêuticos, corroborando com os achados de outros autores (Waetge, 2020; Cançado et al., 2019; Ribeiro et al., 2020; Brito; Araújo, 2023 Rigo; Levandovski; Tschiedel, 2021; Brito; Araujo, 2022). Ainda podem ter relação com a insuficiência de serviços de média e alta complexidade no SUS e na qualificação da força de trabalho, com impacto na integralidade do cuidado (Ungari et al., 2014; Toazza, 2016; Rigo; Levandovski; Tschiedel, 2021; Rover et al., 2021; Lauton; Paixão., 2020; Oliveira et al., 2023; Brito; Araújo, 2023; Figueiredo, 2023).

Outro impacto pode ser a judicialização para acesso aos tratamentos, a qual além de onerar o sistema não garante o acompanhamento clínico adequado (Rigo; Levandovski; Tschiedel, 2021; Brito; Araújo, 2023; Vieira et al., 2025). Dados de 2023 apontaram o alto custo da judicialização, a qual representou 32,9% dos gastos estaduais, comprometendo a disponibilidade de recursos para atendimento das demais necessidades em saúde (Vieira et al., 2025).

As dificuldades e dúvidas dos usuários sobre seus tratamentos é uma dimensão particularmente relevante nas doenças crônicas, nas quais o autocuidado é fundamental para a adesão. Nas doenças respiratórias, por exemplo, dificuldades relacionadas ao entendimento do tratamento e ao uso dos dispositivos podem comprometer a adesão e contribuir para desfechos desfavoráveis (Nathan et al., 2015; GINA, 2026; GOLD, 2026). No presente estudo foi frequente o relato de sintomas, exposição a fatores de risco e de RAM.

Evidências apontam que as doenças respiratórias crônicas comprometem a qualidade de vida e a produtividade dos indivíduos, gerando ônus financeiro às famílias e sobrecarga ao sistema de saúde (Leal et al., 2020; GINA, 2026; GOLD, 2026). Tal cenário é relacionado a severidade da doença, visto que a maior gravidade se correlaciona diretamente com o incremento na demanda por consultas, atendimentos emergenciais e hospitalizações (Costa et al., 2018; Cançado et al., 2019). O impacto é que, somente na região Sul do Brasil (2016-2020), o custo com hospitalizações devido a asma ultrapassou os 7,2 milhões de dólares, somando 340 óbitos nesse

período (Marques et al., 2022). Referente a DPOC, esta permanece um desafio de saúde pública, figurando como a quinta causa de internação no SUS em maiores de 40 anos (Brasil. Ministério da Saúde, 2025b). A elevada carga epidemiológica das doenças respiratórias crônicas está associada à exposição a fatores de risco, especialmente ao tabagismo e à poluição do ar, cuja contribuição para a morbimortalidade tem sido demonstrada em estudos nacionais e internacionais (Leal et al., 2020; Safiri et al., 2022).

No caso da artrite reumatoide, o acompanhamento periódico deve ser realizado em serviços especializados, por equipes multiprofissionais, e a avaliação da efetividade e segurança do tratamento são necessários para possibilitar ajustes terapêuticos diante de falhas ou RAM (Katchamart; Bombardier, 2010; Brasil. Ministério da Saúde, 2026). Boonen & Severens (2011) e Álvarez-Hernández et al (2012) apontaram para as consequências negativas do manejo inadequado da artrite reumatoide como a piora da qualidade de vida, incapacidade funcional, perda de produtividade e altos custos para a sociedade. Por outro lado, segundo Ribeiro et al (2020), estratégias de educação em saúde tem potencial de promover melhorias significativas no comportamento de autogestão destes pacientes. Esta pode ser uma intervenção necessária para a população estudada considerando o frequente relato de sintomas, reações adversas e as limitações funcionais observadas. Além disso, baixo percentual dos participantes realizou os exames de monitoramento no período avaliado. Neste contexto, segundo Oliveira et al (2015) o alcance do objetivo terapêutico com a modificação da evolução da doença reside não só na continuidade do acesso aos medicamentos, mas aos demais serviços de saúde necessários para seu acompanhamento.

A predominância de participantes idosos, também merece atenção, considerando a maior complexidade do cuidado associada ao envelhecimento (Villa-Blanco; Calvo-Alén, 2009; Leal et al., 2020; Safiri et al., 2022; Boers et al., 2023). Ademais, a multimorbidade, frequente em pacientes nessa faixa etária, demanda o uso de diferentes medicamentos, o que aumenta a complexidade dos cuidados em saúde (Andrade et al., 2024). Sabe-se que tanto a adesão quanto a literacia em saúde são inversamente proporcionais à idade, embora sejam diretamente relacionadas a escolaridade (Tavares et al., 2016; Pavão et al., 2021).

Nesse contexto, estratégias centradas nas necessidades dos usuários e articuladas entre os diferentes serviços podem contribuir para qualificar o uso dos medicamentos e reduzir os impactos sociais e os custos associados às doenças. Esta perspectiva demanda também força de trabalho farmacêutica em número e qualificação compatíveis com as necessidades dos serviços, de modo a fortalecer o cuidado farmacêutico às pessoas com doenças crônicas, promovendo a melhoria na adesão, no autocuidado e nos resultados clínicos observados (Oliveira et al., 2023; Mendes et al., 2025; Martins et al., 2025; Oliveira et al., 2025).

Esses achados evidenciam a complexidade do acesso aos medicamentos e os desafios para a efetiva implementação das políticas públicas, especialmente no que se refere à capacidade do sistema de saúde de ofertar, de forma oportuna e articulada, os serviços necessários ao acompanhamento dos tratamentos, nos prazos estabelecidos pelas próprias políticas. Nesse contexto, torna-se necessário fortalecer e aprimorar as ações previstas, de modo a assegurar não apenas a disponibilidade dos medicamentos, mas também as condições necessárias para seu uso adequado e para a obtenção de melhores resultados terapêuticos (Rover et al., 2021; Oliveira et al., 2026).

Entre as possíveis limitações deste estudo estão problemas de completude dos dados, o que pode comprometer a qualidade das análises. Também foram realizadas análises de algumas condições clínicas em

um único estado do país e, portanto, os resultados encontrados não possibilitam a generalização para outras condições clínicas e regiões. Considerou-se também o possível viés de memória dos participantes o que pode comprometer, especialmente, a interpretação dos dados. Apesar dessas limitações, estudos como este são valiosos para o entendimento das especificidades e lacunas de cada realidade, viabilizando oportunidades de intervenção.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciam que as barreiras para o acesso aos medicamentos no âmbito do CEAF são multifatoriais, e ultrapassam a disponibilidade e a obtenção dos medicamentos, envolvendo condições para seu uso adequado e seguro, bem como o acesso oportuno aos serviços e exames necessários ao acompanhamento dos tratamentos. As dificuldades identificadas, na utilização dos medicamentos e no cumprimento das recomendações dos PCDT para o acompanhamento clínico, indicam lacunas que podem comprometer a integralidade do cuidado e os resultados terapêuticos, particularmente no contexto das doenças crônicas. Nesse sentido, a qualificação das equipes, a ampliação e articulação dos serviços da rede de atenção à saúde e o desenvolvimento de estratégias de educação e comunicação centradas nas necessidades dos usuários são aspectos relevantes para qualificar a implementação do CEAF. Estudos que considerem a trajetória dos usuários, a oportunidade e a continuidade do cuidado podem contribuir para identificar lacunas na implementação da política e subsidiar estratégias destinadas a assegurar o acesso efetivo aos tratamentos e melhores resultados em saúde.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não existe conflito de interesse.

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Os autores declaram que utilizaram a ferramenta ChatGPT para a construção do resumo gráfico. Após o uso da ferramenta, todo o conteúdo foi revisado, conferido e validado pelos autores, que assumem integral responsabilidade pela versão final submetida à BJHP.

REFERÊNCIAS

ABBAS, N.; HASAN, S.S.; CURLEY, L.; BABAR, Z.-U.-D. Access to medicines - a systematic review of the literature. **Research in Social and Administrative Pharmacy,** v. 16, n. 9, p. 1166-1176, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.12.009.

AGUIAR, R. et al. Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. **Revista Portuguesa de Imunoalergologia,** v. 25, n. 1, p. 9-26, 2017.

ALMEIDA-BRASIL, C.C. et al. Acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de saúde pública,** v. 32, n. 7, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00060615.

ALMEIDA, A.O. et al. A análise qualitativa das contribuições recebidas nas consultas públicas da Conitec: reflexões teórico-metodológicas. **Saúde em Debate,** v. 49, n. 145, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-289820251459190p.

ÁLVAREZ-HERNÁNDEZ, E. et al. Catastrophic health expenses and impoverishment of households of patients with rheumatoid arthritis. **Reumatol Clin,** v. 8, n. 4, p. 168-173, 2012. DOI: https://doi.org/10.1016/j.reuma.2012.05.002.

ANDERSEN, R.M. National health surveys and the behavioral model of health services use. **Medical care**, v. 46, n. 7, p. 647-53, 2008.

ANDRADE, R.C.D. et al. Polifarmácia, medicamentos potencialmente inapropriados e a vulnerabilidade

de pessoas idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** v. 27, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230191.pt.

BABAR, Z.-U.-D. et al. Patient access to medicines in two countries with similar health systems and differing medicines policies: Implications from a comprehensive literature review. **Research in Social and Administrative Pharmacy,** v. 15, n. 3, p. 231-243, 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.04.006.

BOERS, E. et al. Global Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Through 2050. **JAMA Netw Open,** v. 6, n. 12, 2023. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.46598.

BOONEN, A.; SEVERENS, J.L. The burden of illness of rheumatoid arthritis. **Clin Rheumatol,** v. 30 Suppl 1, 2011. DOI: https://doi.org/10.1007/s10067-010-1634-9.

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 ea incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma**. Ministério da Saúde. Brasília, 2023. (PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 32, de 20 de DEZEMBRO de 2023).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Atrofia Muscular Espinhal 5q tipos 1 e 2**. Brasília, 2025a. (PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 3, DE 20 DE MARÇO DE 2025).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**. Brasília, 2025b. (PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 29, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2025).

BRASIL. Ministério da Saúde.. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide**. Brasília, 2026. (PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 33, DE 19 DE JANEIRO DE 2026).

BRITO, A. da H.; ARAÚJO, M. de O. Percepção dos usuários sobre o acesso a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **HU Revista**, v. 48, p. 1 - 9, 2022. DOI: https://doi.org/10.34019/1982-8047.2022.v48.36718.

BRITO, A. da H.; ARAÚJO, M. de O. Acesso a Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: uma Revisão Integrativa. **REVISA**, p. 770-785, 2023. DOI: https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n4.p770a785.

BRUCE, B.; FRIES, J.F. The Stanford Health Assessment Questionnaire: dimensions and practical applications. **Health Qual Life Outcomes,** v. 1, 2003. DOI: https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-20.

CAETANO, R. et al. Medicamentos de Alto Custo: definições presentes na produção científica e acadêmica brasileira sobre judicialização em saúde. **Saúde em Debate**, n. 144, v. 49, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-289820251449329P.

CANÇADO, J.E.D. et al. Respira project: Humanistic and economic burden of asthma in Brazil. **J Asthma,** v. 56, n. 3, p. 244-251, 2019. DOI: https://doi.org/10.1080/02770903.2018.1445267.

COSTA, E. et al. Estimated cost of asthma in outpatient treatment: a real-world study. **Revista de Saúde Pública,** v. 52, 2018.

FATEL, K.D.O. et al. Desafios na gestão de medicamentos de alto preço no SUS: avaliação da Assistência Farmacêutica em São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde coletiva,** v. 26, n. 11, p. 5481-5498, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.00842021.

FIGUEIREDO, T.P. **Acesso aos medicamentos na perspectiva dos usuários do componente especializado da assistência farmacêutica**. 2023. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASHTHMA (GINA). **Global strategy for asthma management and prevention**. 2026. Disponível em: https://ginasthma.org/. Acesso em: 30 jun. 2026.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2026 report**. Fontana, 2026. Disponível em: https://goldcopd.org/2026-gold-report-and-pocket-guide/. Acesso em: 30 jun. 2026.

GURSKI, A.P.M. et al. Acesso a medicamentos de alto preço no mundo: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 191-213, 2024. DOI: 10.22278/2318-2660.2024.

HASAN, S.S; LU, C.; BABAR, Z.-U.-D. Access to high cost medicines: an overview. **Equitable access to high-cost pharmaceuticals**, 2018. DOI: 10.1016/B978-0-12-811945-7.00001-4.

HERRERA-RAMIREZ, I. et al. Access to essential medicines in low-and middle-income countries: A systematic review of barriers and facilitators. **International Journal of Public Health**, 2026. DOI: 10.3389/ijph.2026.1608754.

KATCHAMART, W.; BOMBARDIER, C. Systematic monitoring of disease activity using an outcome measure improves outcomes in rheumatoid arthritis. **J Rheumatol,** v. 37, n. 7, p. 1411-1415, 2010. DOI: https://doi.org/10.3899/jrheum.090980.

LAUTON, P.M.; PAIXÃO, M.N.D.J. Avanços e desafios para garantia do acesso a medicamentos do componente especializado. **Revista Baiana de Saúde Pública,** v. 43, n. supl. 1, p. 9-28, 2020.

LEAL, L.F. et al. Epidemiology and burden of chronic respiratory diseases in Brazil from 1990 to 2017: analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** v. 23, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-549720200031.

MARQUES, C.P.C. et al. Asthma epidemiology in Brazil, from 2016 to 2020. **Research, Society and Development,** v. 11, 2022. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.28825.

MARTINS, M.A.P. et al. Pharmaceutical services: opportunities and perspectives for generating scientific evidence. **Epidemiol Serv Saude,** v. 34 , 2025.

MENDES, S.J. et al. Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: Força de trabalho e investimentos em medicamentos em municípios brasileiros. **Trabalho, Educação e Saúde,** v. 23, 2025.

NATHAN, R.A. et al. Taking Aim at Asthma Around the World: Global Results of the Asthma Insight and Management Survey in the Asia-Pacific Region, Latin America, Europe, Canada, and the United States. **J Allergy Clin Immunol Pract,** v. 3, n. 5, p. 734-742, 2015. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jaip.2015.04.013.

OLIVEIRA, M.A. et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 18, 2002. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500036.

OLIVEIRA, L.M. de. et al. Acompanhamento da capacidade funcional de pacientes com artrite reumatoide por três anos. **Revista brasileira de reumatologia**, 2015. DOI: https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.06.007.

OLIVEIRA, P.A. et al. Componente especializado da assistência farmacêutica: a dispensação de medicamentos para asma e doença pulmonar

obstrutiva crônica em um município do sul de Minas Gerais. **Research, Society & Development,** v. 12, n. 3, 2023.

OLIVEIRA, A.B de, et al. Cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de escopo. **Cad saúde colet** [Internet]. 2025;33(4):e33040295. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462X202533040295

OLIVEIRA, A.L.B. et al. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: a organização estadual e o acesso aos medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 31, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232026311.14342025.

PAVÃO, A.L.B. et al. Avaliação da literacia para a saúde de pacientes portadores de diabetes acompanhados em um ambulatório público. **Cadernos de Saúde Pública**, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00084819.

RIBEIRO, A.A. et al. Influence factors in self-care in people with rheumatoid arthritis: integrative literature review. **Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health,** v. 2, n. 5, p. 293-303, 2020. DOI: https://doi.org/10.29352/mill0205e.31.00340.

RIGO, A.P.; LEVANDOVSKI, R.M.; TSCHIEDEL, B. Protocolo Clínico do Ministério da Saúde/Brasil para Doença de Parkinson: adesão e percepção do médico prescritor. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 26, p. 197-208, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.36432018.

ROSSIGNOLI, P.; PONTAROLO, R.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. Variabilidade de preços de aquisição de medicamentos do grupo 1B do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 29, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.18142022.

ROVER, M.R.M. et al. Acesso a medicamentos de alto preço: desigualdades na organização e resultados entre estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 26, p. 5499-5508, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.27402020.

ROVER, M.R.M. et al. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 22, p. 2487-2499, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.01602017.

SAFIRI, S. et al. Burden of chronic obstructive pulmonary disease and its attributable risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. **BMJ,** v. 378, 2022. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069679.

SILVA, A.A.D.S.; COSTA, S.M.C. A descentralização do componente especializado da assistência farmacêutica na 15ª região de saúde do estado do Ceará. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde,** v. 6, n. 1, 2015.

SOARES, L. **O Acesso ao Serviço de Dispensação e a Medicamentos: Modelo Teórico e Elementos Empíricos**. 2013. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina.

TAVARES, N.U.L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2016. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006150.

TOAZZA, M.L.P. **Uso dos serviços de saúde e de medicamentos para o tratamento da asma em um município do sul do Brasil**. 2016. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina.

UNGARI, A.Q. et al. Estratégias para a garantia da integralidade na perspectiva do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Rev. adm. saúde**, p. 43-50, 2014. DOI: https://doi.org/10.5327/Z1519-1672201400630002.

VIEIRA, F.S. et al. Pesquisa assistência farmacêutica no SUS: gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023).

Brasília, DF: Ipea, 2025.

VILLA-BLANCO, J.I.; CALVO-ALÉN, J. Elderly onset rheumatoid arthritis: differential diagnosis and choice of first-line and subsequent therapy. **Drugs Aging,** v. 26, n. 9, p. 739-750, 2009. DOI: https://doi.org/10.2165/11316740-000000000-00000.

WAETGE, T.S.G. **Ação pública de saúde e o acesso a medicamentos na era do egov: a informação como elemento estruturante**. 2020. Tese, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Fiocruz).

WHO. World Health Organization. **Addressing the global shortage of, and access to, medicines and vaccines.** 2018. (EB142/13)

WHO. World Health Organization. Medicines in health systems: advancing access, affordability and appropriate use. Geneva, p. 118, 2014.

WIRTZ, V. J. et al. Essential medicines for universal health coverage. **The Lancet,** v. 389, n. 10067, p. 403-476, 2017. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31599-9.

Revista Científica Brazilian Journal of
HEALTH AND PHARMACY

CRFMG

Between law and management: paths to sustainable access to medicines in Brazil

Entre o Direito e a Gestão: Caminhos para a Sustentabilidade do Acesso a Medicamentos no Brasil

Fabian Teixeira Primo
Catholic University of Pelotas, Pelotas, RS, Brazil.

***Corresponding author:** Fabian Teixeira Primo (ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2946-4920)
Email: fabian.primo@ucpel.edu.br

Data de Submissão: 30/06/2026; Data do Aceite: 19/10/2026.

PRIMO, F.T. Between Law and Management: Paths to Sustainable Access to Medicines in Brazil**. Brazilian Journal of Health and Pharmacy,** v.8, edição especial, e365, p. 37 - 50, 2026.

ABSTRACT

Access to medicines is a sensitive dimension of the right to health in Brazil and a structural challenge for the Unified Health System (SUS). Despite a comprehensive regulatory framework, supply failures, regional inequalities, and budgetary pressures threaten the system's sustainability, supporting the hypothesis that the progress achieved depends on strengthening inter-federative governance and digital health. This article aims to critically analyze the current scenario of access to medicines in Brazil and to discuss paths for its improvement. Methodologically, it is a theoretical essay grounded in a narrative review of the scientific literature and normative acts on pharmaceutical policies, equity, and judicialization. The analysis indicates that addressing gaps in technology incorporation requires converting the guidelines of STF Theme 1234 into a catalyst for inter-institutional dialogue and for the technical strengthening of the Technical Support Centers of the Judiciary (NatJus). Furthermore, although dispensations under the Popular Pharmacy Program, now free of charge, are centrally authorized by the Ministry of Health, they remain poorly integrated into the local pharmaceutical management and care routines of the SUS, a gap that becomes more evident in light of the ongoing national transition to the e-SUS Pharmaceutical Assistance system (e-SUS AF) and its progressive integration with the National Health Data Network (RNDS). It is concluded that Brazil has made substantial progress in the institutionalization of Pharmaceutical Assistance, but the effective achievement of comprehensiveness and equity requires overcoming the fragmentation of management through the convergence of legal rationality, digital transformation, and continuous equity monitoring.

Keywords: Pharmaceutical services; Unified health system; Health's judicialization; Digital health; Access to essential medicines and health technologies.

RESUMO

O acesso a medicamentos é uma dimensão sensível do direito à saúde no Brasil e um desafio estrutural para o Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de um amplo arcabouço normativo, falhas de abastecimento, desigualdades regionais e pressões orçamentárias ameaçam a sustentabilidade do sistema, sustentando a hipótese de que os avanços alcançados dependem do fortalecimento da governança interfederativa e da saúde digital. Este artigo tem como objetivo analisar criticamente o cenário atual do acesso a medicamentos no Brasil e discutir caminhos para sua qualificação. Metodologicamente, trata-se de um ensaio teórico fundamentado em revisão narrativa da literatura científica e de atos normativos sobre políticas farmacêuticas, equidade e judicialização. A análise indica que o enfrentamento das lacunas de incorporação tecnológica exige converter as diretrizes do Tema 1234 do STF em catalisador de diálogo interinstitucional e de fortalecimento técnico dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NatJus). Ademais, embora as dispensações do Programa Farmácia Popular, hoje gratuitas, sejam autorizadas centralmente pelo Ministério da Saúde, elas permanecem pouco integradas à gestão farmacêutica local e

às rotinas de cuidado do SUS, lacuna que se torna mais evidente diante da transição nacional em curso para o sistema e-SUS Assistência Farmacêutica (e-SUS AF) e de sua integração progressiva à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Conclui-se que o Brasil avançou expressivamente na institucionalização da Assistência Farmacêutica, mas a efetivação da integralidade e da equidade exige superar a fragmentação da gestão por meio da convergência entre racionalidade jurídica, transformação digital e monitoramento contínuo da equidade.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Sistema único de saúde; Judicialização da saúde; Saúde digital; Acesso a medicamentos essenciais e tecnologias em saúde.

INTRODUCTION

The 1988 Federal Constitution enshrined health as a right of all and a duty of the State, the foundation upon which the Unified Health System (SUS) and its principles of universality, comprehensiveness, and equity were built, later regulated by Law No. 8,080/1990 (Brasil, 1988; Brasil, 1990). Within this framework, access to medicines occupies a central position, as it articulates clinical, economic, legal, and social dimensions of health care. Without the timely and adequate availability of medicines, the comprehensiveness of care becomes an incomplete promise, and the population's trust in the public system is weakened.

Over the past three decades, Brazil has built a comprehensive pharmaceutical policy framework, with the National Medicines Policy of 1998 (Brasil, 1998), the National Pharmaceutical Assistance Policy of 2004 (Brasil, 2004), the creation of the National Commission for the Incorporation of Technologies in the SUS (Conitec) in 2011 through Law No. 12,401/2011 (Brasil, 2011), and the expansion of programs such as the Popular Pharmacy Program of Brazil, created in the same year as the National Pharmaceutical Assistance Policy (Yamauti et al., 2015). In parallel, public funding for pharmaceutical assistance and the acquisition of medicines grew significantly throughout the 2000s, following the expansion of national policies and programs for access to medicines (Moraes et al., 2022; Vieira; Zucchi, 2013).

However, this regulatory framework has not fully translated into equitable and timely access. Population-based studies show that a significant portion of the population still cannot obtain all prescribed medicines from the SUS, with this difficulty disproportionately affecting lower-income and less-educated groups, the North and Northeast regions, and the rural population (Boing et al., 2022). Added to this is the significant growth in the judicialization of health, a phenomenon that, while legitimate from the perspective of individual rights, strains collective equity and the budgetary sustainability of the system (Chieffi; Barata, 2009).

Given this scenario, access to medicines in Brazil has advanced significantly in recent decades, but its future sustainability will depend on the capacity of the SUS to strengthen the governance of Pharmaceutical Assistance, reduce territorial inequalities, improve technology incorporation, and integrate evidence-based decision-making mechanisms. It is therefore necessary not only to diagnose the current state of Brazilian pharmaceutical policy, but also to discuss the institutional conditions for its future sustainability. Accordingly, this article aims to critically analyze the current scenario of access to medicines in Brazil and to discuss paths for its improvement, examining how territorial inequalities, Health Technology Assessment, judicialization, complementary access strategies, and digital transformation interact with inter-federative governance and the sustainability of Pharmaceutical

Assistance. To this end, the text is organized into five discussion axes: the diagnosis of access inequalities; the role of Health Technology Assessment and Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines; the judicialization of health; complementary access strategies, with emphasis on the Popular Pharmacy Program; and governance as a structural condition for consolidating access, concluding with a prospective agenda of priorities for the coming years.

METHODS

This is a theoretical essay grounded in a narrative review of the national and international scientific literature and of normative acts on access to medicines, pharmaceutical policy, the judicialization of health, Health Technology Assessment, and complementary access strategies. The review was guided by the following question: which institutional conditions shape the sustainability and equity of access to medicines in the SUS, and how do territorial inequalities, Health Technology Assessment, judicialization, complementary access strategies, and digital transformation interact with inter-federative governance? Accordingly, the search strategy described below does not aim at the exhaustiveness of a systematic review, and the corpus analyzed should be read as an interpretive, rather than comprehensive, sample of the available literature and normative production.

Searches were conducted between January and June 2026 in PubMed, Scopus, SciELO, and LILACS, using controlled descriptors and free-text terms in Portuguese and English. The general search structure, adapted to the syntax of each database, combined terms related to the object of study ("access to medicines" OR "acesso a medicamentos" OR "pharmaceutical assistance" OR "assistência farmacêutica" OR "pharmaceutical policy" OR "política farmacêutica") AND the Brazilian context ("Brazil" OR "Brasil" OR "SUS") AND the terms of each analytical axis: (1) "inequalities" OR "equity" OR "desigualdades"; (2) "health technology assessment" OR "avaliação de tecnologias em saúde" OR "Conitec"; (3) "judicialization of health" OR "judicialização da saúde"; (4) "Popular Pharmacy" OR "Farmácia Popular"; and (5) "pharmaceutical governance" OR "governança" OR "information systems" OR "sistemas de informação". Studies were eligible if they were published from 2016 onwards, written in Portuguese, Spanish, or English, and directly related to at least one of the five axes; studies published before 2016 were retained only when they were seminal or provided a historical baseline for the topic (for example, pioneering studies on judicialization and on the creation of the Popular Pharmacy Program). Eligible document types were empirical studies of national or regional scope conducted in Brazil and literature reviews; conference abstracts, editorials, and studies unrelated to the Brazilian pharmaceutical policy context were excluded. Titles and abstracts were screened by the author against these criteria, the full texts of potentially eligible studies were read, and, within each axis, studies were retained when they provided empirical evidence or conceptual contributions directly used in the argument. Normative and jurisprudential documents (Federal Constitution, laws, Ministry of Health ordinances, STF rulings, and Conitec reports) were identified through direct consultation of the official portals of the Presidency of the Republic, the Ministry of Health, the STF, and Conitec, given that this material is not systematically indexed in bibliographic databases; they were selected when they defined or modified the institutional framework of each axis. Reports from international organizations (World Health Organization and Organisation for Economic Co-operation and Development) were included by purposive selection, as a comparative and conceptual reference, and not as a result of the database searches. The final corpus cited comprises 20 scientific articles, ten normative, jurisprudential, and official government documents, and four reports

from international organizations. Throughout the Results and Discussion, statements directly supported by the reviewed literature are distinguished from the author's interpretations and from prospective recommendations, signaled respectively by expressions such as "previous studies have shown" or "the literature indicates"; "taken together, these findings suggest" or "in our interpretation"; and "from a policy perspective, we propose".

RESULTS AND DISCUSSION

The literature and normative documents reviewed indicate that the consolidation of access to medicines in Brazil is going through a critical transition period, in which logistical bottlenecks and budgetary pressures call for coordinated responses based on inter-federative governance and digital health. The analysis was organized into five structural axes that connect the organizational reality of the public system with its legal and healthcare implications. Box 1, at the end of this section, summarizes the main challenges, current situation, consequences, and prospective paths identified in each axis.

The Paradox of Decentralization and Territorial Inequalities in the SUS

Before turning to the evidence on inequalities, it is useful to make explicit the main channels through which medicines currently reach patients in Brazil: pharmaceutical services provided directly by the SUS through municipal and state pharmacy networks, organized into the Basic, Strategic, and Specialized Components of Pharmaceutical Assistance; the Popular Pharmacy Program, which dispenses medicines free of charge through accredited private pharmacies; direct out-of-pocket purchase in the private market; and, increasingly, judicial demands for medicines not otherwise available through these channels. These channels are not mutually exclusive, and their relative importance for a given patient depends heavily on income, place of residence, and disease profile, which are precisely the sources of stratification discussed below.

Previous studies have shown, based on data from the 2013 and 2019 National Health Surveys, that although most of the Brazilian population eventually obtains the medicines they need through different sources, complete access to prescribed treatments exclusively through the SUS remains relatively low, and the proportion of people who obtain all medicines is higher among higher-income strata, even when considering only access through the public system (Boing et al., 2022). This finding is consistent with earlier studies that had already pointed to significant regional inequalities, with worse relative performance in the North and Northeast regions, and with research focused on specific populations, such as women with chronic diseases, in which access also proved to be socially stratified (Katrein et al., 2015).

In our interpretation, these patterns point to a structural paradox: the SUS is simultaneously the main mechanism for reducing health inequalities and a system whose own operation reproduces, on a smaller scale, the country's socioeconomic inequalities. The literature indicates that the most cited explanatory factors are recurring availability failures in primary health care units, the fragmentation of logistical management among federative entities, and the insufficient integration of health information systems, factors that compromise the predictability of supply and, consequently, the continuity of treatment (Mendes et al., 2014). Previous studies have also shown that access to high-cost medicines, linked to the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance, presents organizational inequalities between states, related to management capacity, available healthcare structure, and the supply of specialized services, and that the development of municipal pharmaceutical management is associated with social and technical factors, such as the structure of services and the insertion of Pharmaceutical Assistance in municipal

health management (Rover et al., 2021; Mendes et al., 2024). Municipalities with fewer pharmacists, weaker storage infrastructure, or less developed information systems therefore tend to face greater difficulty in programming, purchasing, and distributing medicines, which directly affects the availability experienced by residents of these territories. From a policy perspective, we propose monitoring instruments that go beyond purely logistical indicators and incorporate measures of territorial and social equity.

Taken together, the evidence reviewed suggests that inequalities in access stem less from the absence of national policies than from differences in institutional capacity among federative entities: although national policies establish a common institutional framework, their implementation depends on heterogeneous state and municipal capacities (Rover et al., 2021; Mendes et al., 2024). The current challenge for Pharmaceutical Assistance is therefore predominantly organizational and managerial, and inter-federative governance becomes central to understanding why normative advances do not translate uniformly into equitable access. It becomes a barrier when responsibilities for financing, purchasing, and dispensing are shared without coordination mechanisms that compensate for these differences in capacity. In short, the proposed explanatory chain runs from socioeconomic inequality to uneven institutional capacity, from there to uneven service provision and management, and only then to differentiated possibilities of accessing medicines across territories and population groups.

Health Technology Assessment and Clinical Protocols: Evidence-Based Decision Making

The literature describes the creation of Conitec in 2011 as a milestone in the institutionalization of Health Technology Assessment (HTA) in Brazil, establishing a formal administrative process for the incorporation, exclusion, or alteration of technologies in the SUS, based on evidence of efficacy, safety, and cost-effectiveness (Vidal; Capucho; Floriano, 2021). The consolidation of the Brazilian Health Technology Assessment Network (REBRATS) expanded the country's technical capacity to support incorporation decisions, while Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines became central instruments for standardizing clinical practice and ensuring the rational use of incorporated medicines.

However, significant challenges persist. A recent analysis of Conitec reports published between 2023 and 2025 showed that a significant portion of non-incorporations stems from the high estimated budgetary impact, and not exclusively from insufficient scientific evidence, highlighting the ongoing tension between therapeutic innovation and the financial sustainability of the system (Alves, 2026). This scenario is aggravated by the accelerated growth of advanced therapies and high-cost biological drugs, which put pressure on the public budget and increase competition for scarce resources among different health priorities, a phenomenon also observed in other universal public health systems, where budgetary sustainability has become a structuring axis of technology incorporation policies (OECD, 2021).

The literature indicates that the expansion of social participation in technology incorporation processes, as well as the strengthening of the articulation between Conitec and the Judiciary, is a necessary path to improve the quality of incorporation decisions and reduce the gap between technical recommendations and judicial demands (Souza et al., 2024). In our interpretation, more transparent, timely, and dialogical incorporation decisions tend to strengthen the legitimacy of the decision-making process and reduce, even if partially, judicial pressure on the system.

Taken together, these findings suggest that the technical maturity of Brazilian HTA already allows for technically qualified decisions, but that the political legitimacy of these decisions is still fragile, insofar as budgetary criteria are not always communicated

transparently to society and the Judiciary. The challenge, therefore, ceases to be exclusively methodological and becomes also communicational and institutional: qualifying HTA in Brazil means both improving methodologies and making the relationship between scientific evidence and allocative decision-making more transparent and dialogical, in line with international recommendations on the use of health intervention and technology assessment in support of universal health coverage (World Health Organization, 2014).

The Judicialization of Health: Between Individual Rights and Collective Equity

The judicialization of access to medicines has become a structural phenomenon within the SUS over the last two decades. Pioneering studies in the first decade of the 2000s identified a pattern of legal demands marked by requests for medicines not included in official lists, frequently prescribed by physicians in the private sector and filed by a public with greater access to information and legal assistance, characteristics that call into question the principle of equity (Chieffi; Barata, 2009; Borges; Ugá, 2010).

More recent research, however, shows a more heterogeneous picture. An analysis of lawsuits in Rio Grande do Norte identified a predominance of female plaintiffs, residing in the interior of the state and supported, in more than half of the cases, by public legal assistance, which suggests a broadening of the socioeconomic profile of litigants compared to earlier studies, without, however, eliminating the individualized and fragmented nature of judicial decisions (Oliveira et al., 2021). In the same study, only two of the ten most frequently litigated medicines were included in the National List of Essential Medicines (RENAME) at the time of the analysis. This result is compatible with the hypothesis that part of litigation reflects gaps in incorporation and in the updating of clinical protocols, and not only unequal access to legal and healthcare resources among litigants; however, a single state-level study does not allow generalization to the national profile of judicialization, and absence from RENAME does not by itself demonstrate an incorporation gap. Previous studies on the decision-making process in drug litigation had already indicated the need for technical qualification of individual decisions as a way to reduce allocative distortions (Figueiredo; Osorio-De-Castro; Pepe, 2013).

In this context of seeking legal and administrative rationalization, the judgment of Theme 1234 by the Federal Supreme Court (STF) stands out. Ruling on Extraordinary Appeal No. 1,366,243/SC, the STF established that lawsuits concerning medicines registered with the Brazilian Health Regulatory Agency (ANVISA) but not incorporated into the SUS, including oncology medicines, fall under the jurisdiction of the Federal Courts, with the Union as defendant, when the annual cost of the specific treatment, calculated according to the Government Maximum Sale Price (PMVG) published by the Drug Market Regulation Chamber (CMED), is equal to or greater than 210 minimum wages; in these cases, the costs are borne entirely by the Union. Below this threshold, lawsuits remain under the jurisdiction of the State Courts, and the Union reimburses the other federative entities, through fund-to-fund transfers, for 65% of the expenses arising from rulings in cases valued between 7 and 210 minimum wages; for oncology medicines, reimbursement is 80%, a percentage maintained for lawsuits filed after June 10, 2024 until it is changed by agreement in the Tripartite Intermanagerial Commission (CIT) endorsed by the STF. The thesis also requires, under penalty of nullity of the judicial decision, that judges analyze the administrative act of non-incorporation, restricting judicial review to the legality and regularity of Conitec's decision-making process, without substituting the administrative technical merit, and places on the plaintiff the burden of demonstrating, based on high-level scientific

evidence, the safety and efficacy of the medicine and the absence of an incorporated therapeutic substitute in the SUS (Brasil, 2024). From a public management perspective, in our interpretation, Theme 1234 should not be understood merely as a procedural rule for the distribution of competences, but also as a reflection of the inadequacies of Pharmaceutical Assistance policy: by tying federal responsibility to a financial threshold, the decision may be read as a signal that the problem of non-incorporation of high-cost technologies transcends the local sphere and demands coordinated solutions at the national level (Floriano et al., 2023).

From a policy perspective, we propose closer institutional ties between the Judiciary, SUS managers, and Conitec, with the consolidation of the Technical Support Centers of the Judiciary (NatJus) to provide magistrates with evidence-based technical support, aligning judicial decisions with federal regulatory parameters, a strategy also identified in a synthesis of evidence on responses to the judicialization of health in Brazil (Floriano et al., 2023).

Taken together, the evidence on judicialization and the recent jurisprudential arrangements suggest a possible shift in interpretation, which should nonetheless be read cautiously given the limited empirical base. Rather than being explained predominantly by unequal access to legal resources among more privileged litigants, a hypothesis that prevailed in studies from the 2000s, some recent evidence is compatible with the view that gaps in technology incorporation and in the updating of clinical protocols are an important, though not exclusive, driver of judicialization. It should be noted that a medicine's absence from RENAME does not by itself demonstrate an incorporation gap, since non-incorporation may also result from insufficient evidence, a negative HTA recommendation, an unfavorable cost-effectiveness ratio, or off-label indications. In our interpretation, this repositions part of judicialization not as a pathology to be combated exclusively through legal means, but also as a potential diagnostic signal of the shortcomings of pharmaceutical policy, which reinforces the importance of the articulation between HTA, the Judiciary, and inter-federative governance.

Complementary Access Strategies: the Popular Pharmacy Program

Created in 2004, the Popular Pharmacy Program of Brazil was initially implemented through the Own Network (Rede Própria), composed of public and philanthropic pharmacy units. In 2006, the program was expanded through the "Aqui Tem Farmácia Popular" modality, based on agreements with private pharmacies and drugstores, under which, over time, a list of medicines dispensed free of charge and a list under a co-payment regime coexisted (Yamauti et al., 2015).

The Own Network was discontinued in 2017, and the program came to operate exclusively through accredited private pharmacies (Alencar et al., 2018). The co-payment modality, which characterized an important phase of the program's trajectory, was extinguished by Ordinance GM/MS No. 6,613 of February 13, 2025, which established free provision for the entire list of medicines and health products of the program (Brasil, 2025). The current configuration therefore combines public financing with free dispensing through accredited private pharmacies, and the program's operational rules were recently updated (Brasil, 2026b). Previous studies have shown that, historically, the program significantly expanded access to treatments for chronic non-communicable diseases, such as hypertension and diabetes, reducing geographical barriers and out-of-pocket health expenditures (Inocencio; De Vivo, 2011), although a recent scoping review also identified inequalities in access related to the regional distribution of the accredited network (Martins et al., 2024). Under the former co-payment model, studies of the program's contractual incentives identified structural risks, such as mismatches between market prices and federal

reimbursement values that could create indirect access barriers (Silva; Balbinotto Neto, 2022). With universal free provision, the policy challenge has shifted: rather than financial co-participation by users, the main contemporary issues concern the equitable geographical coverage of the accredited network, supply continuity, the adequacy of the reference values paid to private pharmacies, and regulatory oversight of the accredited network.

Political analyses of the program's trajectory warned that the replacement of a directly public network by provision mediated exclusively by private pharmacies could represent a conceptual shift from access to medicines as a right toward a logic of market-mediated access, with potential negative impacts on the comprehensiveness of Pharmaceutical Assistance (Alencar et al., 2018). These analyses predate the extinction of co-payment. In our interpretation, free provision removed the direct financial barrier for users, but the program's dependence on the geographical distribution of the private network and on the attractiveness of reimbursement values for pharmacies keeps part of that concern relevant. A second issue concerns information integration. Each dispensation under the program is authorized electronically and in real time by the Ministry of Health, based on the identification of the user and the prescription, which provides the federal level with detailed transactional data for payment, monitoring, and auditing purposes (Brasil, 2026b); these records are also made available to users through the Meu SUS Digital application (Brasil, 2026c). However, the literature and normative documents reviewed do not describe the routine use of these records by the SUS pharmacy network, whose stock and dispensing management relies on separate systems, nor their systematic incorporation into primary care clinical workflows. At the same time, the SUS is undergoing an ongoing, still-incomplete transition from the Hórus System to the e-SUS Pharmaceutical Assistance system (e-SUS AF), a platform designed to integrate stock and dispensing management with the National Health Data Network (RNDS) and e-SUS Primary Care, several of whose integration components remain under implementation or pilot testing (Brasil, 2026a). Taken together, these findings suggest an information gap between the two main public channels of access to medicines: dispensations obtained through the program are recorded centrally but are not integrated into local pharmaceutical management and care routines, which hinders longitudinal pharmacotherapeutic follow-up, the identification of therapeutic duplication across channels, and the local planning of public purchases. From a policy perspective, we propose that integrating program dispensations into local pharmaceutical management and clinical care routines, through the RNDS and e-SUS AF, be treated as a priority of the digital transformation agenda. This debate is especially relevant in light of population aging and the growing burden of chronic diseases, which make the sustainability and predictability of complementary access strategies increasingly necessary, in line with international analyses of the long-term challenges of pharmaceutical spending (OECD, 2018).

Taken together, these findings suggest that the program's success in expanding access to medicines for chronic diseases coexists with an unresolved tension: depending on its future institutional trajectory, the program could either consolidate itself as a public access policy, complementary to and informationally integrated with the SUS, or remain a parallel channel whose logics of inclusion and exclusion are shaped by the distribution and incentives of the private network. In our interpretation, this ambiguity makes the twenty years of the "Aqui Tem Farmácia Popular" modality, completed in 2026, an opportune milestone for an in-depth evaluation of the program's institutional design.

Inter-federative Governance as a Cross-Cutting Theme for Achieving Effective Access

The challenges discussed in the previous sections converge on a common point: the fragility of inter-federative governance in Pharmaceutical Assistance. Decentralization, an organizational principle of the SUS enshrined in Law No. 8,080/1990 (Brasil, 1990), requires permanent coordination mechanisms between the Union, states, and municipalities; previous studies have shown that, in their absence, inequalities in management capacity translate into inequalities in access to medicines (Rover et al., 2021; Mendes et al., 2024). From a policy perspective, we propose strengthening the Tripartite and Bipartite Intermanagerial Commissions (CIT and CIB), coupled with inter-federative pacts that consider the different management capacities of federative entities, in order to reduce asymmetries and ensure that access does not depend on the administrative structure of municipalities or states in isolation.

The consolidation of this governance also requires the improvement of management tools. In our interpretation, digital transformation and the integration of information systems represent concrete opportunities to enhance access monitoring, identify logistical bottlenecks in real time, and support more timely and evidence-based decisions. Interoperability between logistical, clinical, and litigation data would expand the system's capacity to monitor the effectiveness of available treatments, identify medication-related problems, and strengthen clinical pharmaceutical services, promoting rational use and improving the quality of pharmacotherapeutic care. These advances depend on sustained investments in technological infrastructure and professional training, in line with international recommendations for equitable access to essential medicines (World Health Organization, 2004). Furthermore, integrating clinical and logistical data creates the conditions for moving toward the production of value in health, understood here as care organized around outcomes that matter to patients relative to the resources invested, rather than around the volume of services delivered or medicines dispensed.

From a policy perspective, we propose that the same logic of integration, coordination, and transparency guide the improvement of HTA. Strengthening the role of Conitec, through faster, more predictable, and transparent processes, with clear communication of the technical and budgetary criteria underpinning its recommendations, tends to confer greater legitimacy on incorporation decisions. At the same time, closer institutional ties between Conitec and the Judiciary, with the consolidation of NatJus as permanent instances of technical advice, can help reduce the gap between scientific evidence, administrative decisions, and judicial demands, allowing judicialization to be read as one of the indicators of the gaps that still exist in the system.

Thus, in our interpretation, inter-federative governance emerges not as just another component of Pharmaceutical Assistance, but as the transversal axis capable of articulating the normative, technical, technological, and care-related advances built up over the last decades. The effective realization of access to medicines within the SUS will depend, to a large extent, on the capacity to integrate these elements into a coordinated strategy guided by equity, transparency, and the use of evidence. From this perspective, inter-federative governance is a structuring condition for transforming institutional advances into effective and sustainable access to medicines for the entire population, understood not only as a matter of fiscal sustainability, but as a condition for realizing the right to health.

Box 1 – Main challenges, current situation, consequences, and prospective paths for sustainable access to medicines in Brazil, based on the literature and normative framework reviewed (1988–2026)

Challenge	Current situation	Consequence	Future path
Inequalities in access	Unequal access across regions and income levels, even through the SUS.	Reproduction of social inequalities by the public system itself.	Territorial monitoring and improvement of decentralized management
Health Technology Assessment	Technically qualified process, but budgetary criteria are not always communicated transparently.	The gap between technical decisions and the social/judicial perception of legitimacy.	Greater transparency, social participation, and dialogue with the Judiciary.
Rationalizing the Judicialization of Health	STF Theme 1234 assigned to the Federal Courts, with costs borne by the Union, lawsuits concerning medicines registered with ANVISA but not incorporated into the SUS whose annual treatment cost is equal to or greater than 210 minimum wages (PMVG/CMED); below this threshold, the State Courts retain jurisdiction, with partial reimbursement by the Union; judicial review of Conitec's administrative act is mandatory.	Greater federal financial responsibility for high-cost non-incorporated medicines and judicial decisions increasingly tied to the review of HTA decisions.	Strengthening inter-institutional dialogue and consolidating NatJus to provide magistrates with information based on scientific evidence and HTA criteria.
Information Integration of the Popular Pharmacy Program	Free dispensing through accredited private pharmacies since 2025 (Ordinance GM/MS No. 6,613/2025), with real-time electronic authorization by the Ministry of Health and records available to users in Meu SUS Digital, but not integrated into local pharmaceutical management and care routines.	Information gap between access channels, hindering longitudinal pharmacotherapeutic follow-up, the identification of therapeutic duplication, and local procurement planning.	Integration of program dispensations into local pharmaceutical management and clinical care routines (RNDS, e-SUS AF); periodic evaluation of the geographical coverage of the accredited network and of reference values paid to pharmacies.
Governance	Decentralization without sufficient inter-federative coordination	Heterogeneity of management capacity among federative entities	Strengthening the Intermanagerial Commissions (CIT and CIB) and information systems
Modernization of AF Information Systems	Ongoing, still-incomplete transition from the Hórus System to the e-SUS Pharmaceutical Assistance platform (e-SUS AF), with integration components under implementation or pilot testing (Ordinance GM/MS No. 11,585/2026).	Operational challenges during the transition across municipalities, with the prospect of reducing the historical fragmentation of stock and dispensing data.	Completion of e-SUS AF implementation and its integration with the RNDS and e-SUS Primary Care, enabling epidemiological monitoring and continuous evaluation of equity in access to treatments.

Study limitations

This study has limitations that should be considered when interpreting its findings. As a theoretical essay grounded in a narrative review, it was not designed for a systematic or exhaustive mapping of literature. The search was restricted to four databases and three languages, screening was performed by a single reviewer, and normative documents were identified through purposive consultation of official portals; relevant grey literature and very recent normative acts may therefore not have been captured. The selection of studies and normative documents involved an interpretive synthesis structured around five analytical axes, which may introduce selection bias. Furthermore, the empirical evidence mobilized across the axes varies in geographical scope, methodological design, and temporal coverage, which limits the possibility of establishing causal relationships or generalizing specific findings to the entire Brazilian population. These limitations reinforce the interpretive, rather than causal, nature of the present analysis.

CONCLUSION

This analysis indicates that access to medicines in Brazil has expanded substantially in institutional terms, but its effective realization remains unevenly distributed across territories and social groups. Over the past three decades, Brazil has built a comprehensive regulatory framework for pharmaceutical policy, with substantial progress in institutionalizing access to medicines through the SUS, Conitec, and the Popular Pharmacy Program. However, significant regional and socioeconomic inequalities persist, along with recurrent availability failures, a growing tension between technology incorporation and budgetary sustainability, and a pattern of judicialization that, while legitimate, may signal gaps in public policy. The main contribution of this essay to the debate on management and the right to health in the SUS is to show that three dimensions frequently analyzed separately, namely the sustainability of medicines policies, the management capacity of the system, and the guarantee of access as a right, are interdependent: fiscal sustainability without management capacity tends to reproduce territorial inequalities, and the recognition of access as a right without coordinated governance tends to be channeled through individual litigation. Thus, we return to the central thesis of this article: the progress already achieved does not, in itself, guarantee its future sustainability, which will depend on the capacity of the SUS to strengthen the governance of Pharmaceutical Assistance, reduce territorial inequalities, improve technology incorporation, and integrate evidence-based decision-making mechanisms.

From a policy perspective, we propose overcoming the predominantly logistical logic that still guides much of the management of Pharmaceutical Assistance, moving towards a model guided by clinical governance, care integration, and the production of value in health, as discussed in Section 3.5. In the legal dimension, this implies converting the guidelines of STF Theme 1234 into a catalyst for permanent inter-institutional dialogue, strengthening the technical opinions of NatJus, and aligning judicial decisions with federative sustainability. On the technological level, it requires completing the implementation of e-SUS AF and its integration with the RNDS and integrating Popular Pharmacy Program dispensations into local pharmaceutical management and care routines. In our view, the convergence between legal rationality, digital transformation, and the strengthening of inter-federative coordination is central to designing complementary access strategies that are equitable and less exposed to the incentives of the private market.

CONFLICT OF INTEREST

The author declares that there is no conflict of interest.

DECLARATION ON THE USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE

The author declares that he used Claude (Anthropic) exclusively for language revision and verification of references, during the manuscript revision stage. After using the tool, all content was reviewed, verified, and validated by the author.

REFERENCES

ALENCAR, T. O. S. 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, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S211

ALVES, K. A. Avaliação de tecnologia em saúde: relatórios da CONITEC entre 2023 e 2025. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 12, n. 2, p. 1-12, 2026. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v12i2.24375

BOING, A. C. et al. Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00114721, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT114721

BORGES, D. C. L.; UGÁ, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 59-69, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100007

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

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, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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 - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2011.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 1234 - Legitimidade passiva da União e competência da Justiça Federal, nas demandas que versem sobre fornecimento de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, mas não padronizados no Sistema Único de Saúde - SUS.** Recurso Extraordinário nº 1.366.243/SC. Brasília, DF: STF, 2024. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234. Acesso em: 28 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 6.613, de 13 de fevereiro de 2025.** Altera o Anexo LXXVII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para estabelecer a gratuidade dos medicamentos do elenco do Programa Farmácia Popular do Brasil para o tratamento de incontinência urinária e diabetes mellitus associada a doença cardiovascular, extinguindo a modalidade do copagamento do Programa. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 11.585, de 16 de junho de 2026.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a substituição do Sistema Hórus pelo sistema e-SUS Assistência Farmacêutica (eSUSAF), os

prazos de transição e as responsabilidades dos entes federativos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 jun. 2026a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 12.091, de 11 de agosto de 2026.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 12 ago. 2026b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultar medicamentos retirados em estabelecimentos do Farmácia Popular.** Brasília, DF: gov.br, 2026c. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/servicos/consultar-medicamentos-retirados-em-estabelecimentos-do-farmacia-popular. Acesso em: 28 set. 2026.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e eqüidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800020

FIGUEIREDO, T. A.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PEPE, V. L. E. Evidence-based process for decision-making in the analysis of legal demands for medicines in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, supl. 1, p. s159-s166, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00161812

FLORIANO, F. R. et al. Estratégias para abordar a Judicialização da Saúde no Brasil: uma síntese de evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 181-196, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.09132022

INOCENCIO, M.; DE VIVO, B. Acesso a medicamentos: análise das estratégias do Estado para o desenvolvimento do Programa Farmácia Popular. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania,** v. 16, n. 59, p. 201-221, 2011. DOI: https://doi.org/10.12660/cgpc.v16n59.3700

KATREIN, F. et al. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1416-1426, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00083614

MARTINS, C. L. P. C.; SOLER, O.; DA SILVA, M. V. S. Programa Farmácia Popular do Brasil e serviços de assistência farmacêutica: revisão de escopo. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 13, p. e12107, 2024. DOI: https://doi.org/10.54033/cadpedv21n13-252

MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**, v. 38, n. esp., p. 109-123, 2014. DOI: https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S009

MENDES, S. J. et al. Fatores sociais e técnicos relacionados ao desenvolvimento da gestão municipal da Assistência Farmacêutica: resultados do Qualifica AF. **Saúde em Debate,** v. 48, n. 143, p. e8833, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-289820241438833P.

MORAES, R. M. de et al. Cobertura de políticas públicas e acesso a medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública,** v. 56, p. 58, 2022. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003898

OECD. **Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines.** Paris: OECD Publishing, 2018. (OECD Health Policy Studies). DOI: https://doi.org/10.1787/9789264307391-en

OECD. **Health at a Glance 2021: OECD Indicators.** Paris: OECD Publishing, 2021. DOI: https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en

OLIVEIRA, Y. M. C. et al. Judicialização no acesso a medicamentos: análise das demandas judiciais no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00174619, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00174619

ROVER, M. R. M. et al. Acesso a medicamentos

de alto preço: desigualdades na organização e resultados entre estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5499-5508, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.27402020

SILVA, M. E. L.; BALBINOTTO NETO, G. Análise dos incentivos contratuais do Programa Aqui Tem Farmácia Popular pelo Modelo Principal-Agente. **Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia,** v. 1, supl. 1, p. 46, 2022. DOI: https://doi.org/10.22563/2525-7323.2022.v1.s1.p.46

SOUZA, A. B. et al. Participação social na Avaliação de Tecnologias em Saúde no SUS: marcos normativos, dispositivos e perspectivas. **Boletim do Instituto de Saúde-BIS**, v. 25, n. 2, p. 13-20, 2024. DOI: https://doi.org/10.52753/bis.v25i2.41396

VIDAL, J. R.; CAPUCHO, H.; FLORIANO, F. Avaliação de tecnologias para o sistema público de saúde brasileiro pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). **Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia,** v. 6, n. 2, p. 16-28, 2021. DOI: https://doi.org/10.22563/2525-7323.2021.v6.n.2.p.16-28

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 73-84, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100008

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Equitable access to essential medicines: a framework for collective action.** Geneva: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage.** Resolution WHA67.23. Sixty-seventh World Health Assembly. Geneva: WHO, 2014.

YAMAUTI, S. M.; BARBERATO-FILHO, S.; LOPES, L. C. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política de Nacional Assistência Farmacêutica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1648-1662, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00054814

Revista Científica Brazilian Journal of HEALTH AND PHARMACY

Assistência farmacêutica no contexto da saúde indígena: barreiras para o acesso a medicamentos em dois estados do sudeste brasileiro

Pharmaceutical services in the context of Indigenous health: barriers to access to medicines in two states in southeastern Brazil

Reile Moreira de Amorim Firmato[1]; Tatiane da Silva Matos[1,2]; Larissa Torres Fernandes[3*]; Sabrina Cerqueira Santos[4]; Carina Carvalho Silvestre[4]

[1] *Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Minas Gerais e Espírito Santo (DSEI MGES), Governador Valadares, MG, Brasil.*

[2] *Faculdade de Medicina do Mucuri, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Teófilo Otoni, MG, Brasil.*

[3] *Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica (PPgASFAR), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES),Vitória, Brasil.*

[4] *Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.*

***Autor correspondente:** Larissa Torres Fernandes (ORCID:0000-0002-6404-4462).
E-mail: farm.larissatorresfernandes@gmail.com

Data de Submissão: 30/06/2026; Data do Aceite: 11/09/2026.

Citar: FIRMATO, R. M. A; MATOS, T; S; FERNANDES, L.T; CERQUEIRA-SANTOS, S.; SILVESTRE, C.C. Assistência farmacêutica no contexto da saúde indígena: barreiras para o acesso a medicamentos em dois estados do sudeste brasileiro. Brazilian **Journal of Health and Pharmacy**, v. 8, edição especial, e366, p. 51 - 58, 2026.

RESUMO

A Política Nacional de Medicamento, da Assistência Farmacêutica e de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas compartilham como diretrizes centrais a garantia do acesso a medicamentos essenciais e a promoção de seu uso seguro, adequado e racional. Este artigo tem como objetivo discutir os principais desafios relacionados à aplicabilidade dessas políticas, especialmente no que se refere à efetivação do acesso aos medicamentos nas comunidades indígenas. Trata-se de um artigo de opinião fundamentado na análise das políticas públicas de saúde e assistência farmacêutica no contexto do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), bem como na experiência profissional das autoras na atuação junto aos serviços de saúde destinados às populações indígenas dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo, Brasil. As barreiras identificadas envolvem aspectos estruturais, territoriais, logísticos, culturais e interculturais, exigindo esforços institucionais e políticos contínuos, além da atuação articulada entre profissionais de saúde, gestores e comunidades indígenas. Nesse contexto, o medicamento deve ser compreendido como componente essencial do cuidado em saúde, sendo que a garantia do acesso ultrapassa sua disponibilização física, envolvendo também ações de planejamento, abastecimento, orientação terapêutica, cuidado integral e respeito às especificidades socioculturais dos povos indígenas. O fortalecimento do acesso e do uso adequado de medicamentos pelas populações indígenas requer a articulação entre os diferentes atores envolvidos, o aprimoramento dos processos de gestão e logística, bem como a adoção de práticas assistenciais territorializadas e interculturais. Além disso, o estabelecimento de indicadores locais pode contribuir para identificar fragilidades e orientar estratégias que promovam um acesso efetivo, seguro, contínuo e equitativo aos medicamentos.

Palavras-chave: Acesso a Medicamentos Essenciais e Tecnologias em Saúde; Barreiras de Acesso aos Cuidados de Saúde; Assistência Farmacêutica; Povos Indígenas; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The National Medicine Policy, the National Pharmaceutical Services Policy, and the National Health Care Policy for Indigenous Peoples share, as central guidelines, the guarantee of access to essential medicines and the promotion of their safe, appropriate, and rational use. This article aims to discuss the main challenges related to the applicability of these policies, especially regarding the effective access to medicines in Indigenous communities. This is an opinion article based on the analysis of public health and pharmaceutical services policies within the context of the Indigenous Health Care Subsystem (SasiSUS), as well as on the authors' professional experience working with health services intended for Indigenous populations in the states of Minas Gerais and Espírito Santo, Brazil. The barriers identified involve structural, territorial, logistical, cultural, and intercultural aspects, requiring continuous institutional and political efforts, as well as coordinated action among health professionals, managers, and Indigenous communities. In this context, medicines should be understood as an essential component of health care, and guaranteeing access goes beyond their physical availability, also involving planning, supply, therapeutic guidance, comprehensive care, and respect for the sociocultural specificities of Indigenous peoples. Strengthening access to and the appropriate use of medicines by Indigenous populations requires coordination among the different actors involved, improvement of management and logistics processes, and the adoption of territorialized and intercultural care practices. In addition, the establishment of local indicators can help identify weaknesses and guide strategies that promote effective, safe, continuous, and equitable access to medicines.

Keywords: Access to Essential Medicines and Health Technologies; Barriers to Access to Health Care; Pharmaceutical Services; Indigenous Peoples; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

Os medicamentos essenciais são definidos como aqueles destinados a atender às necessidades prioritárias de saúde de uma população, devendo estar disponíveis em quantidade adequada, com qualidade assegurada, formas farmacêuticas apropriadas e preços acessíveis (WHO, 2026a). Entretanto, o acesso regular a esses medicamentos ainda constitui um desafio persistente de saúde pública, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais, econômicas e territoriais (Bermudez et al., 2018). A indisponibilidade de medicamentos, associada a barreiras financeiras e organizacionais nos serviços públicos de saúde, contribui para a perpetuação de desfechos desfavoráveis, como piora clínica, redução da qualidade de vida e mortalidade, e para o aprofundamento das iniquidades em saúde (Bermudez et al., 2018; WHO, 2026b).

No Brasil, o direito à saúde é garantido constitucionalmente por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, incluindo a assistência terapêutica e o acesso a medicamentos (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Brasil, 1998; Brasil, 1999). Nesse contexto, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) estabelecem, entre suas diretrizes e eixos estratégicos, a garantia do acesso da população a medicamentos e a promoção do uso racional (Brasil, 1998; Brasil, 2004b). A Assistência Farmacêutica (AF) no SUS é organizada por meio de componentes, programas e estratégias voltados a diferentes grupos populacionais e condições de saúde, com vista a garantir distintas formas de acesso a medicamentos essenciais, incluindo diferentes formas de financiamento, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos (Brasil, 2004b; Brasil, 2017d; Moraes et al., 2022).

As normativas, embora necessárias, não garantem, por si só, a efetivação do acesso a medicamentos essenciais. No Brasil, dificuldades de acesso, elevados gastos das famílias com medicamentos, crescente judicialização da saúde, envelhecimento populacional e demandas de grupos vulnerabilizados tensionam

a relação entre o direito formalmente assegurado e o acesso efetivamente realizado (Bastos; Boing, 2024; Mattos; Pepe; Noronha, 2025; Santos, 2025; Vieira, 2023). Esse cenário torna-se ainda mais evidente entre os povos indígenas, cujas condições de vida, localização territorial e diversidade sociocultural impõem desafios adicionais à garantia do acesso contínuo e adequado a medicamentos essenciais (Silva; Silva, 2023).

Nessa perspectiva, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) foi instituído no âmbito do SUS, no qual a assistência à saúde é de responsabilidade da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) e sua execução é descentralizada para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (Brasil, 1999). A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), por sua vez, estabelece diretrizes para uma atenção diferenciada, integral, universal e culturalmente adequada, considerando as especificidades étnicas, culturais, territoriais e epidemiológicas desses povos (Brasil, 2002).

No âmbito do SasiSUS, a AF assume papel estratégico para a integralidade do cuidado, pois o acesso a medicamentos essenciais depende não apenas da sua disponibilidade física, mas também da organização de processos contínuos, oportunos e adequados às realidades epidemiológicas, territoriais e socioculturais dos povos indígenas. Nesse sentido, a AF envolve programação, aquisição, armazenamento, transporte, dispensação, orientação terapêutica, acompanhamento do uso e articulação com outros pontos da rede de atenção, inclusive para viabilizar o cuidado nas aldeias (Brasil, 2017a).

O Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais e Espírito Santo (DSEI MGES), cuja sede está localizada em Governador Valadares/MG, presta assistência a aproximadamente 19.757 indígenas, de 13 etnias, distribuídos em aldeias ao longo dos dois estados (Brasil, 2026). Esses povos mantêm modos de vida próprios, fortemente vinculados ao território, às práticas tradicionais e à organização sociocultural. Além disso, essas populações apresentam perfil epidemiológico marcado pela coexistência de doenças infecciosas, agravos nutricionais e doenças crônicas, demandando estratégias de cuidado diferenciadas e culturalmente adequadas (Brasil, 2024).

A assistência à saúde para os povos indígenas assistidos pelo DSEI MGES apresenta desafios relevantes para a organização e a continuidade das ações de saúde, incluindo a AF, especialmente em razão das barreiras geográficas, das limitações logísticas e das especificidades socioculturais envolvidas no cuidado (Brasil, 2024). Nessa perspectiva, embora o arcabouço normativo do SUS e do SasiSUS reconheça o acesso a medicamentos como componente essencial da atenção integral à saúde indígena, persistem obstáculos estruturais, logísticos e organizacionais que dificultam a efetivação do acesso contínuo e oportuno aos medicamentos nos territórios indígenas.

Diante do exposto, o presente artigo de opinião propõe uma reflexão crítica sobre os desafios relacionados à assistência farmacêutica no SasiSUS, articulando políticas públicas de saúde, assistência farmacêutica e experiência profissional situada dos autores em serviços voltados às populações indígenas de Minas Gerais e Espírito Santo, com foco nas barreiras organizacionais, assistenciais, territoriais e interculturais que interferem no acesso contínuo, oportuno e culturalmente adequado a medicamentos.

DISCUSSÃO

O acesso a medicamentos essenciais no SasiSUS evidencia uma tensão central entre o arcabouço normativo da AF e sua efetivação nos territórios indígenas. Embora a organização da assistência à saúde indígena esteja fundamentada em uma atuação articulada entre a SESAI, os DSEI e as Redes de Atenção à Saúde (RAS), a prática cotidiana revela

uma distância persistente entre o que é preconizado pelas políticas públicas e a capacidade real de garantir acesso contínuo, oportuno e culturalmente adequado aos medicamentos. Essa distância é produzida por barreiras organizacionais, assistenciais, territoriais e interculturais que atravessam todo o ciclo da AF.

A fragilidade institucional da AF é uma das principais barreiras organizacionais. Embora a publicação das Diretrizes de AF no SasiSUS tenha representado avanço para a estruturação das ações nos DSEI, sua implementação ainda permanece centrada na gestão do medicamento, com menor desenvolvimento de ações voltadas ao uso racional e ao cuidado farmacêutico (Brasil, 2017a). Isso ocorre porque a AF na SESAI permanece dispersa em diferentes coordenações administrativas, o que fragiliza a consolidação de uma assistência integrada, afetando diretamente todas as atividades, incluindo especialmente uma prática articulada ao cuidado clínico, ao território e à interculturalidade.

No DSEI MGES, a aquisição dos medicamentos do Componente Básico da AF é realizada tanto pelo nível central da SESAI quanto pelo próprio Distrito, o que exige uma forte atuação descentralizada na condução desses processos, visto que o Distrito assume a aquisição da maior parte dos medicamentos.

Embora a inclusão de indicadores nacionais de AF nos Planos Distritais de Saúde Indígena 2024–2027 represente avanço para a estruturação da área, na prática, a dependência da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), as restrições de financiamento, a insuficiência de farmacêuticos nos Polos Base, a programação baseada predominantemente no consumo histórico e a morosidade dos processos de aquisição tornam a cadeia de abastecimento vulnerável a interrupções. Esse cenário é agravado pela centralização dos recursos financeiros no nível central da SESAI e pelas grandes distâncias entre a sede distrital, os Polos Base e as Unidades Básicas de Saúde Indígena. Desse modo, a existência de medicamentos padronizados não garante, por si só, sua disponibilidade contínua e regular nos territórios indígenas.

Os desafios assistenciais tornam o cenário ainda mais complexo, principalmente, pela insuficiência de farmacêuticos no DSEI, o que compromete a qualidade da programação, da dispensação, da orientação terapêutica e do acompanhamento do uso de medicamentos. Essa limitação do efetivo de farmacêuticos no SasiSUS foi ressaltada no I Fórum Nacional da Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena (CFF, 2024) e também identificada no planejamento e dimensionamento da força de trabalho realizada no Distrito. Logo, a AF tende a permanecer restrita à dimensão logística, quando deveria atuar também na qualificação do cuidado, no apoio às equipes multiprofissionais e na promoção do uso racional de medicamentos (Brasil, 2024). Essa limitação reduz a capacidade dos serviços de responder às necessidades específicas das populações indígenas e de prevenir problemas relacionados ao uso de medicamentos.

Outro ponto crítico assistencial refere-se às práticas de prescrição e à articulação com os demais níveis da RAS. Em algumas situações, o acesso depende dos Componentes Especializado ou Estratégico da AF, que exigem consultas, exames, laudos, documentação específica e deslocamentos para serviços fora dos territórios indígenas. O problema é ainda maior quando as prescrições não observam as relações de medicamentos essenciais ou os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (Brasil, 2017b), transferindo ao usuário a responsabilidade pela obtenção do medicamento. Para populações indígenas, frequentemente expostas a vulnerabilidades sociais, econômicas e territoriais, essa transferência pode inviabilizar o tratamento.

As barreiras territoriais são determinantes para o

acesso a medicamentos no DSEI MGES. A distribuição das aldeias em diferentes municípios e unidades federativas, muitas vezes distantes dos centros urbanos e dos serviços de referência, dificulta tanto o abastecimento regular das unidades de saúde quanto o deslocamento dos usuários para obtenção de medicamentos não disponíveis no elenco distrital. Assim, o acesso passa a depender não apenas da prescrição ou da oferta formal pelo SUS, mas também de transporte, recursos financeiros, apoio das equipes e fluxos assistenciais viáveis.

Nesse contexto, estratégias complementares, como o Programa Farmácia Popular do Brasil (Brasil, 2004a), podem ser insuficientes para responder à realidade indígena, pois exigem deslocamento até farmácias credenciadas e cumprimento de requisitos documentais. Para comunidades com limitações de mobilidade, renda e documentação, essas exigências podem constituir barreiras adicionais ao acesso. Destarte, é fundamental que as políticas públicas de acesso a medicamentos e demais tratamentos considerem essas particularidades de populações com tais características e vulnerabilidades.

As diferenças culturais entre o sistema de saúde e as tradições indígenas também influenciam no acesso aos medicamentos, mas não podem ser vistas como meros obstáculos, elas devem fazer parte da base de planejamento de toda a AF. Dessa forma o problema não está nas especificidades socioculturais dos povos indígenas, mas na limitada capacidade dos serviços de saúde de adaptar seus fluxos, exigências e práticas às diferentes formas de organização social, comunicação, cuidado e compreensão do processo saúde-doença. Quando a rede opera apenas a partir de uma lógica biomédica, urbana e burocrática, tende a produzir baixa adesão, recusa terapêutica ou descontinuidade do cuidado.

Essas questões afetam a comunicação e o letramento em saúde, elementos decisivos para o uso adequado dos medicamentos. Assim, a diversidade linguística, os diferentes referenciais culturais e as distintas compreensões sobre corpo, doença, medicamento e tratamento exigem práticas de orientação terapêutica culturalmente sensíveis. A AF no SasiSUS precisa, portanto, incorporar a escuta, a mediação intercultural e o diálogo com os saberes e modos de vida indígenas como parte do cuidado, e não como aspecto periférico.

Em síntese, as barreiras organizacionais, assistenciais, territoriais e interculturais evidenciam que o acesso a medicamentos pelas populações indígenas não se restringe à disponibilidade física dos medicamentos. A sua efetivação depende da articulação entre políticas públicas, financiamento adequado, gestão qualificada, logística territorializada, cuidado farmacêutico, integração com a rede do SUS e reconhecimento das especificidades etnoculturais e etnossociais dos povos indígenas. Portanto, fortalecer a assistência farmacêutica no SasiSUS exige superar uma lógica centrada apenas na provisão e administração de medicamentos, avançando para uma atuação clínica, territorial, intercultural e orientada pela equidade.

CONCLUSÃO

Apesar dos avanços das políticas públicas voltadas à garantia do acesso a medicamentos pelas populações indígenas, especialmente com a publicação das Diretrizes de AF no SasiSUS, ainda persistem barreiras que limitam sua efetivação nos territórios indígenas. A superação desses desafios exige aprimorar os processos de seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos, contribuindo não apenas para ampliar sua disponibilidade e acesso, mas também para promover seu uso racional. Requer, ainda, o fortalecimento da logística territorializada, a ampliação da contratação e da qualificação de profissionais farmacêuticos e a consolidação de práticas de cuidado que dialoguem com a diversidade sociocultural dos povos indígenas.

Nesse sentido, é fundamental que a AF no SasiSUS deixe de ser conduzida predominantemente como uma atividade administrativa e avance para uma dimensão clínica, territorial e intercultural. Para isso, torna-se necessário maior direcionamento nacional para a estruturação das ações e serviços de AF nos DSEI, com ênfase no cuidado farmacêutico, no uso racional de medicamentos e na integração com a RAS.

Além disso, recomenda-se que os DSEI estabeleçam e monitorem indicadores locais de disponibilidade, acesso e continuidade do tratamento, considerando suas listas padronizadas, o percentual de abastecimento e a proporção de tratamentos prescritos e efetivamente realizados. Esses dados podem subsidiar a identificação de fragilidades, orientar estratégias de qualificação da AF e contribuir para a ampliação do acesso contínuo, oportuno e culturalmente adequado aos medicamentos essenciais pelas populações indígenas. Assim, fortalecer a AF no SasiSUS não significa apenas aprimorar fluxos de aquisição e distribuição, mas consolidar uma prática de cuidado territorializada, clínica e intercultural, capaz de transformar o acesso formal a medicamentos em acesso efetivo, seguro, contínuo e equitativo para os povos indígenas.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não existe conflito de interesse.

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

As autoras declaram o uso do ChatGPT, OpenAI versão 4.0 para auxiliar no refinamento da redação e tradução do resumo para o inglês. Após o uso desta ferramenta, as autoras revisaram e editaram o conteúdo conforme necessário e assumem a total responsabilidade pelo conteúdo do artigo publicado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Institui o Programa Farmácia Popular do Brasil e dá outras providências. Brasília, 2004a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm. Acesso em: 25 mai. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União: Brasília, 2004b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 12 jun. 2026.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988 Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 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: Brasília,1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Brasília, 2002. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/6a-cnsi/publicacoes/documento-orientador-da-6a-cnsi.pdf. Acesso em: 12 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: Brasília,1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/

saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 12 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/z/zika-virus/legislacao/portaria-de-consolidacao-no-4-de-28-de-setembro-de-2017.pdf/view. Acesso em: 25 mai. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 10 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Estabelece as diretrizes nacionais do cuidado farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2017c. Acesso em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/legislacao. Acesso em: 19 jun. 2026.

BRASIL. 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. Brasília, 2017d. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 19 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. Planos Distritais da Saúde Indígena 2024-2027. Brasília, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/planos-distritais-2024-2027. Acesso em: 30 mai. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Brasília, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai. Acesso em: 19 jun. de 2026.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. I Fórum Nacional da Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena é encerrado com sucesso em Brasília. Brasília, 2024. Disponível em: https://site.cff.org.br/noticia/noticias-do-cff/28/06/2024/i-forum-nacional-da-assistencia-farmaceutica-na-saude-indigena-e-encerrado-com-sucesso-em-brasilia. Acesso em: 20 ago. 2026.

MATTOS, L.V.; PEPE, V.L.E.; NORONHA, J.C. Políticas farmacêuticas no Brasil: desafios para a produção, oferta, regulação e governança. Rio de Janeiro: **Fiocruz**; Saúde Amanhã; Edições Livres, 2025.

MUJICA, E.M.M.; BASTOS, J.L.; BOING, A.C. Acesso a medicamentos, o Sistema Único de Saúde e as injustiças interseccionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, p. 34, 2024. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005986.

MORAES, R.M. et al. Cobertura de políticas públicas e acesso a medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 58, 2022. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003898.

OUELLET, C.; SAÏAS, T.; SIT, V.; LAMOTHE, L.; RAPINSKI, M.; CUERRIER, A.; HADDAD, P. S. Access to Indigenous and allopathic medicines: a systematic review of barriers and facilitators. **Global Journal of Community Psychology Practice,** v. 9, n. 2, p. 1-38, 2018. DOI: https://doi.org/10.17161/gjcpp.v9i2.20712.

SILVA, R.A.; SILVA, D.B. A assistência farmacêutica e o papel das políticas públicas no combate às dificuldades da saúde indígena no Brasil. **Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação**, v. 4, n. 2, p. 103-120, 2023. DOI: https://doi.org/10.56344/2675-4827.v4n2a2023.6.

SANTOS, M.S. Desafios, oportunidades e iniquidades persistentes na assistência à saúde indígena no Brasil: análise crítica da produção científica. **Saúde e Sociedade**, v. 34, p. e240777pt, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902025240777pt.

VIEIRA, F.S. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 1, 2023. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004579

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Essential medicines and pharmaceutical policies.** Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2026a. Disponível em: https://www.emro.who.int/entity/essential-medicines/. Acesso em: 4 mai. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Strategy/policy.** Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2026b. Disponível em: https://www.emro.who.int/essential-medicines/strategy-policy/. Acesso em: 4 mai. 2026.

Revista Científica Brazilian Journal of HEALTH AND PHARMACY

CRFMG

Fifteen years of Conitec: strengthening science to safeguard the SUS

Quinze anos da Conitec: consolidar a ciência para proteger o SUS

Gustavo Laine Araújo de Oliveira[1*]

[1]*Department of Pharmaceutical Services and Strategic Supplies, Ministry of Health, Brasília, Federal District, Brazil.*

Autor correspondente: Gustavo Laine Araújo de Oliveira (ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4811-7753)
E-mail: gustavolaine@gmail.com

Data de Submissão: 18/07/2026; Data do Aceite: 19/10/2026.

Citar: de OLIVEIRA, G.L.A. Fifteen years of Conitec: strengthening science to safeguard the SUS. **Brazilian Journal of Health and Pharmacy**, v. 8, edição especial, e372, p. 59 - 63, 2026.

ABSTRACT

In 2026, Brazil's National Committee for Health Technology Incorporation into the Unified Health System (Conitec) turns fifteen. This opinion article argues that the main challenge of the next decade is not expanding the number of incorporations, but consolidating the technical excellence of decisions, a distinction that matters to public health and to everyday pharmacy practice, since it shapes the population's access to medicines, clinical protocols, and care within the SUS. It contends that Conitec was born with the legal institutionalization brought by Law No. 12,401/2011 and Decree No. 7,646/2011, grew by consolidating a public and transparent process comparable to that of reference international agencies, and now must mature scientifically. Three critical axes are discussed: governance, still vulnerable to market, political, and media pressure, with social participation confined to the final and least influential stage of decision-making; the debate over adopting a single cost-effectiveness threshold, from which the author dissents for algebraic reasons and because of the difficulty of standardizing effectiveness for rare diseases and pediatric populations; and the need to modernize the methodology of Brazilian health technology assessment, incorporating multi-criteria decision analysis, real-world data, and causal methods. The article ultimately advocates transforming the Brazilian Health Technology Assessment Network (Rebrats) into permanent scientific infrastructure, rather than an occasional collaboration network. It concludes that the credibility of health technology assessment in Brazil should be measured by the technical soundness of each decision, favorable or not, rather than by the volume of technologies incorporated into the SUS.

Keywords: Health Technology Assessment; Unified Health System; Decision Making; Health Policy; Health Economics.

RESUMO

Em 2026, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) completa quinze anos. Este artigo de opinião defende que o principal desafio da próxima década não é ampliar o número de incorporações, mas consolidar a excelência técnica das decisões, uma distinção que interessa à saúde coletiva e à prática farmacêutica cotidiana, pois molda o acesso da população a medicamentos, protocolos clínicos e cuidado no SUS. Argumenta-se que a Conitec nasceu com a institucionalização legal trazida pela Lei nº 12.401/2011 e pelo Decreto nº 7.646/2011, cresceu ao consolidar um rito público e transparente comparável ao de agências internacionais de referência, e agora precisa amadurecer cientificamente. São discutidos três eixos críticos: a governança, ainda vulnerável a pressões de mercado, políticas e midiáticas, com participação social limitada à fase final e menos influente do processo decisório; o debate sobre a adoção de um limiar único de custo-efetividade, do qual o autor diverge por razões algébricas e pela dificuldade de padronizar a efetividade para doenças raras e populações pediátricas;

e a necessidade de modernização metodológica da avaliação de tecnologias em saúde brasileira, incorporando análise de decisão multicritério, dados do mundo real e métodos causais. O artigo defende, por fim, a transformação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats) em infraestrutura científica permanente, e não apenas rede de colaboração pontual. Conclui-se que a credibilidade da avaliação de tecnologias em saúde no Brasil deve ser medida pela solidez técnica de cada decisão, favorável ou não, e não pelo volume de tecnologias incorporadas ao SUS.

Palavras-chave: Avaliação de Tecnologias em Saúde; Sistema Único de Saúde; Tomada de Decisões; Política de Saúde; Economia da Saúde.

INTRODUCTION

In 2026, Brazil's National Committee for Health Technology Incorporation into the Unified Health System (Conitec) turns fifteen. It is tempting to celebrate by counting how many medicines, products, and procedures it has incorporated into the SUS over that period. But that is not, in my view, the right question for this anniversary. The right question is another one: will the challenge of the next fifteen years be incorporating more technologies, or making better decisions?

As an advisory body to the Ministry of Health, Conitec's institutional mission is to issue recommendations on whether technologies should be added, altered, or removed from the SUS. To do so, it relies on Health Technology Assessment (HTA), a multidisciplinary field that combines the best scientific evidence regarding the clinical outcomes of therapeutic options with economic evaluations of its budget impact. HTA is the tool used to ensure that resource allocation is both equitable and sustainable.

That question regarding decision quality may seem distant from the daily routine of those working at the front line of care. It is not. Every time Conitec decides, favorably or unfavorably, it defines what will, or will not, be included in the national clinical guidelines, on the pharmacy shelf, and in the prescriptions written for millions of people served by the SUS. It is often the pharmacist who first translates that decision into patient care: dispensing what has been standardized, explaining why a widely publicized technology is not available through the SUS, or dealing with pressure, including legal action, for technologies that science has not yet endorsed. Understanding what lies behind that decision, then, is a matter of concern for the whole of public health, and for pharmacy in particular.

DISCUSSION

As a public health pharmacist, with a background in systematic reviews and economic evaluations of medicines and a career in SUS management, I will risk summing up these fifteen years in one sentence: Conitec was born, it grew, and now it must mature. It was born in 2011, when Law No. 12,401 and Decree No. 7,646 gave legal form to a process Brazil had already been maturing since 2006[1,2]. It grew by consolidating, in the day-to-day running of the SUS, a public process with statutory deadlines and mandatory consultation, structurally comparable to agencies such as Britain's National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) and Australia's Medical Services Advisory Committee (MSAC). It is a remarkable achievement for a universal public health system of continental proportions[3]. What is missing now is the hardest step: turning that mature structure into recognized technical excellence, rather than focusing on the mere volume of coverage decisions.

That first victory, institutionalization, should not be up for debate. The risk I see lies elsewhere: that Conitec itself, in its institutional communication, measures success by the volume of incorporations rather than by the soundness of each decision. A well-founded

negative recommendation is as much a part of protecting people's health as a favorable one. When that logic is inverted, the criteria of success quietly slides from the quality of the decision to the quantity of approvals. That is precisely where institutional maturity begins to regress.

This distinction matters beyond technical debate. Every coverage decision without solid evidence consumes a finite public budget, failing to fund another public health priority (from primary care to epidemiological surveillance) and may expose real patients to interventions of uncertain benefit or unassessed risk. A hasty decision, therefore, comes with a double cost: the resources it draws from the SUS budget, and the effective alternative that goes unfunded in its place.

The challenge of maturing shows up, above all, in governance. Conitec still relies almost entirely on demand-driven agenda from managers, industry, and medical societies to set its agenda. This arrangement has been identified as permeable to market pressure, and one that leaves out precisely the technologies with the least commercial appeal, such as those aimed at so-called diseases of poverty[4,5]. Recent episodes during politically sensitive periods suggest that the institutional insulation of technical assessment from acute political pressures remains fragile. This became particularly evident in the ministry directives endorsing the use of chloroquine without prior technical appraisal by the Committee[6,7] and in the reversal of the initial recommendation against nusinersen for spinal muscular atrophy amid intense political pressure[8]. The same holds for social participation: public consultations exist, and are already a real advance, but rarely change the final outcome of a recommendation, and when they do, it tends to be due to targeted mobilization rather than genuine plurality of voices[9]. For those working in municipal or state pharmaceutical services, these governance weaknesses are not a distant debate: they help explain why a medicine recommended today may become the subject of litigation tomorrow, or why a clinical guideline approved without local context arrives disconnected from frontline care.

I also part ways, incidentally, with part of the recent debate on adopting a single cost-effectiveness threshold in Brazilian decision-making. The cost-effectiveness threshold represents a cut-off point on the Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER). The ICER is the definitive output of a cost-effectiveness economic evaluation. An ICER below the designated threshold is typically used to justify the adoption of the technology under analysis. Setting a rigid cut-off value, typically based strictly on Gross Domestic Product per capita multiples, offers a false sense of scientific objectivity that ultimately distorts the macroeconomic reality of the SUS. Identical incremental cost-effectiveness ratios (ICERs) often conceal radically different clinical and budgetary conditions: a technology may prove mathematically cost-effective yet present a prohibitive budget impact capable of destabilizing the funding of entire care networks.

Furthermore, the methodological standardization demanded by a fixed threshold disproportionately penalizes populations highly vulnerable to evidence gaps, such as rare disease patients or pediatric populations. In these scenarios, the scarcity of robust epidemiological data, ethical constraints on controlled clinical trials, and reliance on surrogate endpoints yield uncertainties that traditional cost-utility models fail to capture fairly, artificially pushing these interventions beyond the allowed 'ruler.'

Resource allocation in public healthcare is not a mere accounting exercise, but a tragic choice of an ethical and distributive nature. Consequently, a blind monetary barrier fails to weigh disease severity, the availability of therapeutic alternatives, and the societal cost of denying care. Rather than a single

ruler automatically applied, I advocate for governance rooted in explicit, multi-criteria decision analysis (MCDA), transparently recorded and justified case by case, where economic rationality dialogues with equity and the constitutional mandates of the right to health.

The most urgent maturation, however, is scientific. Over these fifteen years, we have trained a generation competent in systematic reviews and cost-effectiveness analyses in the classic mold consolidated since the 2000s. That was necessary. But international HTA has already moved on to methods that, in Brazil, remain the exception: more sophisticated decision modeling, multi-criteria decision analysis, the use of real-world data, causal methods from econometrics applied to health, and artificial intelligence applied to evidence synthesis[10]. Without that leap, we risk keeping an HTA enterprise technically competent for yesterday's problems, and ill-prepared for the costly, advanced therapies with uncertain evidence that already dominate today's agenda.

That is why I see the Brazilian Health Technology Assessment Network (Rebrats) as the most underused asset of these fifteen years. Created to be the link between research, policy, and management[11], it still operates, in practice, as an occasional collaboration network, when it should be treated as the country's permanent scientific infrastructure. That means continuing education and competency certification for those who assess technologies. It must include Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines, today treated as an administrative byproduct when they should meet the same quality standards required of incorporation analyses[12]. It also means actively managing the Health Technology Assessment Centers, with technical support for institutions outside the South-Southeast axis, and a digital portal that truly connects this community, currently fragmented across universities, teaching hospitals, and state centers that rarely talk to one another. It is worth noting, in my own professional impression, that pharmacists already make up a significant share of the technical staff at Health Technology Assessment Centers across the country, a professional responsibility that pharmacy education still incorporates unevenly and insufficiently across teaching institutions.

FINAL CONSIDERATIONS

Over the next fifteen years, the defense of Conitec should not rest on the number of technologies it approves, but on how well each of its decisions is grounded, regardless of whether it recommends incorporation into the SUS. It was born institutionalized. It grew transparent. What is missing is scientific maturity. The credibility of HTA in Brazil will not be measured by the volume of incorporations, but by society's confidence that each recommendation was built with technical excellence and commitment to the public interest. That is the task facing Conitec and the HTA community over the next fifteen years. For practicing pharmacists and healthcare professionals, decoding these decisions is far from an academic exercise. It is a reminder that the quality of HTA in Brazil directly shapes what reaches the pharmacy shelf, defines the clinical protocol, and ultimately guides patient care.

CONFLICT OF INTEREST

The author declares that there is no conflict of interest

DECLARATION OF THE USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE

The author declares that the Claude tool (Sonnet 5 version), developed by Anthropic (2026), was used to assess the comprehensiveness of the arguments, perform spelling and grammatical corrections, and organize citations and references. Following the use of the tool, all content was reviewed, checked, and validated by the author, who assumes full responsibility for the final version submitted to the BJHP.

REFERENCES

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 (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2011.

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 (Conitec) e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 2011.

LIMA, S. G. G.; BRITO, C.; ANDRADE, C. J. C. Health technology assessment in Brazil – an international perspective. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1709–1722, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.17582017

SOUZA, K. A. O.; SOUZA, L. E. P. F. Incorporation of technologies in the Unified Health System: the rationalities of the decision-making process of the National Committee for Health Technology Incorporation in the Unified Health System. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 48–60, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S204

SANTANA, R. S.; LUPATINI, E. O.; LEITE, S. N. The regulation and adoption of health technologies under Brazil's Unified Health System: barriers to access to medicines for diseases of poverty? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1417–1428, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32762016

QUESTÃO DE CIÊNCIA. **Forçar adoção da cloroquina contra Covid-19 viola a lei e a ciência**. May 15, 2020. Available from: https://www.revistaquestaodeciencia.com.br/artigo/2020/05/15/forcar-adocao-da-cloroquina-contra-covid-19-viola-lei-e-ciencia. Accessed: Jul. 1, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS: orientações para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19**. Brasília, DF, 20 maio 2020. Disponível em: https://biojuspan.paginas.ufsc.br/files/2023/06/MS-Notas-Informativas-com-Anexo-A.pdf. Acesso em: 1 jul. 2026.

CAETANO, R.; HAUEGEN, R. C.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. A incorporação do nusinersena no Sistema Único de Saúde: uma reflexão crítica sobre a institucionalização da avaliação de tecnologias em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, e00099619, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00099619

LOPES, A. C. F.; SOÁREZ, P. C. Estado, sociedade civil e democracia na perspectiva da participação social para incorporação de tecnologias no SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 21–27, 2024. DOI: https://doi.org/10.52753/bis.v25i2.41401

NOVAES, H. M. D.; SOÁREZ, P. C. A Avaliação das Tecnologias em Saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais. Panorama internacional e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, e00006820, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00006820

REBRATS. **Histórico.** Brasília: Ministry of Health. Available from: https://rebrats.saude.gov.br/historico. Accessed: Jul. 1, 2026.

GOMES, M. R.; ROSSIGNOLI, P.; FERNANDEZ-LLIMOS, F.; BORBA, H. H. L. Criteria used in clinical practice guidelines for the management of pharmaceutical service. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, e14282025, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232026311.14282025

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.

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.



Revista Científica Brazilian Journal of
HEALTH AND PHARMACY

VOLUME 8 | EDIÇÃO ESPECIAL | 2026

ESPECIAL

ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL: onde estamos e para onde precisamos ir?

CRFMG | Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais

Rua Rodrigues Caldas, 493 | CEP 30190-120
Santo Agostinho | Belo Horizonte | MG

bjhp.crfmg.org.br/crfmg