

PRIORIZA SUS: DIAGNÓSTICO E PROPOSTAS PARA O APERFEIÇOAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Autores(as):

Fabiola Sulpino Vieira

Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea). E-mail: fabiola.vieira@ipea.gov.br. Orcid: 0000-0001-7377-7302.

Karen Sarmento Costa

Consultora em assistência farmacêutica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). E-mail: karen.costa@gmail.com. Orcid: 0000-0002-2218-6024.

Elton da Silva Chaves

Assessor técnico em assistência farmacêutica do Conasems. E-mail: elton@conasems.org.br. Orcid: 0009-0007-5359-9466.

Filipe Matheus Silva Cavalcanti

Técnico de planejamento e pesquisa na Disoc/Ipea. E-mail: filipe.cavalcanti@ipea.gov.br. Orcid: 0000-0001-5661-4333.

Sergio Francisco Piola

Pesquisador vinculado ao Subprograma de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Disoc/Ipea. E-mail: sergiopiola@gmail.com. Orcid: 0009-0008-4395-8186.

Liliane Cristina Gonçalves Bernardes

Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. E-mail: liliane.bernardes@ipea.gov.br. Orcid: 0009-0008-1359-6540.

Tony Giglioti Bezerra

Técnico de planejamento e pesquisa na Disoc/Ipea. E-mail: tony.bezerra@ipea.gov.br. Orcid: 0000-0002-8217-3137.

Heber Dobis Bernarde

Assessor técnico em assistência farmacêutica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). E-mail: heber.bernarde@conass.org.br. Orcid: 0000-0002-3162-3513.

Alessandro Ribeiro de Carvalho Casalecchi

Técnico de planejamento e pesquisa na Disoc/Ipea. E-mail: alessandro.casalecchi@ipea.gov.br. Orcid: 0009-0005-6174-0648.

Cidade: Brasília/DF
Editora: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano: 2026
Edição: 1ª
JEL: I18.

O Ipea informa que este texto é uma publicação expressa e, portanto, não foi objeto de padronização, revisão textual ou diagramação pelo Editorial e será substituído pela sua versão final uma vez que o processo de editoração seja concluído.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidenta

LUCIANA MENDES SANTOS SERVO

Diretor de Desenvolvimento Institucional

FERNANDO GAIGER SILVEIRA

**Diretora de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia**

LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO

**Diretor de Estudos e Políticas
Macroeconômicas**

CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,
Urbanas e Ambientais**

ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

**Diretor de Estudos e Políticas Setoriais,
de Inovação, Regulação e Infraestrutura**

PEDRO CARVALHO DE MIRANDA

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

LETÍCIA BARTHOLO DE OLIVEIRA E SILVA

Diretora de Estudos Internacionais

KEITI DA ROCHA GOMES

Chefe de Gabinete

SHEILA CRISTINA TOLENTINO BARBOSA

**Coordenadora-Geral de Imprensa e
Comunicação Social**

GISELE AMARAL DE SOUZA

Ouvidoria: <https://www.ipea.gov.br/ouvidoria>
URL: <https://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2025

Prioriza SUS : diagnóstico e propostas para o aperfeiçoamento da assistência farmacêutica (Publicação Expressa) / Fabiola Sulpino Vieira ... [et al.]. – Brasília, DF: Ipea, 2026.
136 p. – (Texto para Discussão ; n. 3209).

Inclui Bibliografia.

1. Política Pública. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Assistência Farmacêutica. 4. Integralidade em Saúde. I. Vieira, Fabiola Sulpino. II. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 362.1068

Ficha catalográfica elaborada por Elizabeth Ferreira da Silva CRB-7/6844.

Como citar:

VIEIRA, Fabiola Sulpino et al. **Prioriza SUS**: diagnóstico e propostas para o aperfeiçoamento da assistência farmacêutica. Brasília, DF: Ipea, 2026. 136 p. (Texto para Discussão, n. 3209 – Publicação Expressa).

JEL: I28; I21.

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e ePUB (livros e periódicos).

Acesse: <https://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

PRIORIZA SUS: DIAGNÓSTICO E PROPOSTAS PARA O APERFEIÇOAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

SINOPSE

O Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu avanços significativos nas últimas décadas no campo da assistência farmacêutica (AF). Contudo, persistem questões estruturais que fragilizam essa área e limitam a capacidade do SUS de garantir o acesso e o uso racional de medicamentos à população brasileira. A AF diz respeito a um conjunto de serviços farmacêuticos, que são serviços de saúde, porque integram o processo de trabalho orientado ao atendimento das necessidades de saúde da população. Entre eles, encontram-se a avaliação de tecnologias em saúde para orientar decisões de incorporação de medicamentos ao SUS; a programação da quantidade a ser comprada; a aquisição e o armazenamento dos produtos para garantir a sua qualidade, eficácia e segurança; a distribuição às farmácias das unidades de saúde; e a prescrição, a dispensação e o acompanhamento do uso dos medicamentos. Esses serviços são práticas sociais que articulam trabalho, saberes, tecnologias e recursos para atender às necessidades de saúde da população, e são fundamentais à garantia da integralidade do cuidado em saúde por meio do SUS. Considerando a relevância da AF no contexto da saúde pública brasileira, este texto tem como objetivos elaborar um diagnóstico da assistência farmacêutica pública brasileira e formular propostas estratégicas destinadas ao enfrentamento dos principais problemas identificados. Para tanto, realizou-se uma análise de política pública em duas etapas. Na primeira etapa, de caráter racionalista, os autores produziram um diagnóstico dos principais problemas da AF e propuseram um conjunto de ações para resolvê-los ou mitigá-los. Na segunda etapa, de caráter argumentativo, o diagnóstico elaborado e as propostas de solução para os problemas foram discutidos em um fórum de política pública que contou com a participação de gestores de saúde e coordenadores de AF das três esferas de governo, além de pesquisadores. Os comentários e sugestões dos participantes do fórum foram utilizados no aprimoramento do diagnóstico e das propostas para aperfeiçoamento da assistência farmacêutica do SUS, apresentados neste texto. Ao diagnosticar gargalos que transcendem a dimensão logística, alcançando esferas políticas, orçamentárias e de governança federativa, este trabalho demonstra que a superação da visão reducionista da AF é urgente. A consolidação de um modelo que integre o acesso

ao medicamento com o cuidado farmacêutico efetivo revela-se como o único caminho viável para reduzir a fragmentação das ações de saúde, ampliar a efetividade e a eficiência do SUS, e garantir a integralidade do cuidado em saúde no Brasil.

Palavras-chave: Política Pública; Sistema Único de Saúde; Assistência Farmacêutica; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) has achieved significant progress in pharmaceutical services (PS) over the last decades. However, structural issues still weaken PS, limiting the system's capacity to ensure access and the rational use of medicines for the Brazilian population. PS comprises a set of services that are inherently health services, as they are integrated into a work process oriented toward meeting the population's health needs. These include Health Technology Assessment (HTA) to guide incorporation decisions, demand forecasting, procurement, and storage to ensure quality, efficacy, and safety, as well as distribution to healthcare unit pharmacies, prescribing, dispensing, and medication therapy management. These services are social practices that articulate labor, knowledge, technologies, and resources to meet health needs and are fundamental to ensuring comprehensiveness of care in SUS. Considering the relevance of PS in the context of Brazilian public health, this paper aims to provide a situational analysis of Brazilian public pharmaceutical services and to formulate strategic proposals to address the main identified problems. To this end, a two-stage public policy analysis was conducted. In the first stage, the authors produced a situational analysis of the primary bottlenecks in PS and proposed a set of actions for its mitigation or resolution. In the second stage, the diagnosis and proposed solutions were discussed in a public policy forum involving health managers, PS coordinators from the three levels of government, and researchers. The participants' comments and suggestions were used to refine the situational analysis and the proposals for improving pharmaceutical services in the SUS, which are presented herein. By diagnosing bottlenecks that transcend the logistical dimension - reaching political, budgetary, and federative governance spheres - this study demonstrates that overcoming a reductionist view of PS is urgent. Consolidating a model that integrates access to medicines with effective pharmaceutical care proves to be the

only viable path to reducing the fragmentation of health actions, increasing SUS effectiveness and efficiency, and ensuring the comprehensiveness of healthcare in Brazil.

Keywords: Public Policy; Unified Health System; Pharmaceutical Services; Integrality in Health.

JEL: I18.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de saúde complexo, provavelmente singular em todo o mundo, tanto pelo tamanho da população a ser atendida quanto pela dimensão e natureza da federação brasileira, em que a saúde é matéria de competência comum das três esferas de governo. Nesse contexto, a garantia da integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica, de forma universal e equânime, demanda grandes esforços de coordenação e cooperação entre os entes da federação e fortalecimento das capacidades institucionais do Estado brasileiro (Jaccoud e Vieira, 2020).

Esses esforços, no campo da assistência farmacêutica (AF), promoveram avanços significativos nas últimas décadas, destacando-se, entre as ações implementadas, o estabelecimento de marcos normativos relevantes como a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF); o aprimoramento do processo de avaliação de tecnologias em saúde; e a ampliação do acesso a medicamentos e do financiamento dos serviços farmacêuticos (Bermudez et al, 2018; Brasil, 2018a).

Contudo, questões persistentes e emergentes desafiam o SUS diuturnamente, ampliando a pressão sobre o sistema de saúde e, consequentemente, sobre a AF. Entre as questões persistentes, destacam-se o subfinanciamento do sistema, as desigualdades regionais na oferta e utilização de serviços de saúde, as dificuldades de gestão, a fragmentação das redes de atenção à saúde (RAS), as limitações de coordenação federativa e a insuficiência dos sistemas integrados de informação. Somam-se a elas questões emergentes, como o envelhecimento populacional, que intensifica o uso de tecnologias e amplia os gastos em saúde; as mudanças climáticas; e o aumento de agravos à saúde, de doenças transmissíveis e de desastres delas decorrentes; bem como, maior ocorrência de situações de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional, com seus impactos socioeconômicos negativos para a população (Castro et al, 2019; Silva, Xavier e Rocha, 2020; Vieira et al, 2026). Tais questões demandam dos gestores a capacidade de vigilância, alerta precoce, planejamento intersetorial, provisão de insumos estratégicos, organização de respostas coordenadas e a implementação de medidas para enfrentar os problemas estruturais e conjunturais do sistema de saúde, ao tempo em que o preparam para lidar com os desafios futuros.

Diante desse cenário, este texto busca oferecer subsídios para a elaboração das agendas de governo dos entes da federação e contribuir para o debate sobre o aperfeiçoamento da AF no SUS. Para isso, tem como objetivos centrais a elaboração de um diagnóstico da assistência farmacêutica pública no Brasil e a formulação de propostas estratégicas destinadas ao enfrentamento dos principais problemas estruturais identificados. A relevância desta iniciativa fundamenta-se na compreensão de que a AF não se restringe à mera provisão logística de medicamentos, mas constitui um conjunto de serviços essenciais à garantia da integralidade do cuidado e da efetividade da atenção no âmbito do SUS.

Além dos serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, individual e coletiva, a AF engloba ações relacionadas à pesquisa e ao desenvolvimento de fármacos e medicamentos, ao complexo econômico-industrial da saúde e à regulação do mercado de medicamentos. Essas últimas transcendem o campo de atuação do SUS e vêm sendo discutidas de forma mais recorrente no Brasil, dada a centralidade dos medicamentos no tratamento da maioria das doenças e agravos à saúde, a dependência nacional da importação, especialmente de fármacos, e a vulnerabilidade nacional diante do monopólio da produção de fármacos e medicamentos por empresas multinacionais (Mattos, Pepe e Noronha, 2025).

Neste documento, o recorte analítico escolhido sobre a AF é o de sua interface assistencial, em que os serviços farmacêuticos, que integram os serviços de saúde, revelam-se essenciais à garantia do cuidado integral à saúde no SUS e são merecedores de priorização na agenda governamental nas três esferas de governo, especialmente diante dos desafios relacionados ao acesso oportuno, ao uso racional dos medicamentos e a integração da AF nas RAS.

Este texto constitui um dos produtos do projeto Prioriza SUS. O projeto, desenvolvido pela equipe do Ipea, visa analisar problemas estruturais do SUS e propor medidas para solucioná-los ou mitigá-los, a fim de informar o debate público (Vieira et al, 2023a; 2023b; Piola et al, 2023). Na análise da AF, assessores do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) juntaram-se à equipe do Ipea em um esforço para lançar luzes sobre questões pouco tratadas pelos gestores de saúde nessa área.

Trata-se de trabalho de caráter inédito e original ao aplicar um método de análise de políticas públicas baseado na construção de uma "árvore do problema" especificamente dedicada à AF. Embora o projeto Prioriza SUS contemple diversos problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro, a assistência farmacêutica foi o único tema a receber representação gráfica detalhada de sua cadeia de causas e efeitos, permitindo identificar com precisão as vulnerabilidades que comprometem o acesso tempestivo e o uso racional de medicamentos pela população. Além disso, o trabalho inova ao articular evidências técnico-científicas com o conhecimento prático de especialistas e gestores, culminando em um fórum de discussão para análise da viabilidade das propostas apresentadas.

A necessidade de um diagnóstico mais abrangente é reforçada pela persistência de uma visão reducionista, que frequentemente limita a AF ao gasto em medicamentos ou à logística desses produtos. Tal incompreensão gera falhas que resultam em externalidades negativas graves, como o agravamento de quadros clínicos, a sobrecarga da rede de urgência e o aumento da judicialização. Além disso, dificuldades no acesso a medicamentos essenciais na rede pública pode resultar em elevado ônus financeiro para as famílias brasileiras, o chamado desembolso direto (*out-of-pocket*). Portanto, o aprimoramento da AF é condição imprescindível para que os esforços assistenciais realizados no SUS como as consultas, exames, diagnósticos e a gestão do cuidado, traduzam-se em resultados concretos para a saúde da população.

Como estratégia complementar à dispensação feita pelo SUS, o país dispõe do Programa Farmácia Popular do Brasil, que visa ampliar o acesso da população a medicamentos. Embora esse programa constitua uma iniciativa relevante do governo federal, o foco deste documento é a AF do SUS, que está sob a gestão das três esferas de governo e é a principal estratégia para assegurar o acesso da população brasileira a produtos farmacêuticos. Em 2019, 29,1% das pessoas atendidas no SUS, com prescrição de medicamentos nas duas últimas semanas, obtiveram todos os medicamentos do próprio SUS, enquanto 13,2% os conseguiram do Farmácia Popular (Boing et al, 2022).

Além de a AF do SUS assegurar maior cobertura para todos os medicamentos prescritos, ela é mais abrangente em termos de fármacos e medicamentos ofertados à população (Yamauti, Barberato-Filho e Lopes, 2015). No SUS, em 2020, eram disponibilizadas 921 apresentações farmacêuticas, sendo que 796 delas continham apenas um fármaco (Cunha et al, 2024), enquanto no Farmácia Popular estão disponíveis, atualmente, 31 fármacos diferentes em 39 apresentações farmacêuticas (Ministério da Saúde, 2026). Ademais, há

evidências de que os custos da provisão dos medicamentos pela AF pública são menores do que por meio do Farmácia Popular (Silva e Caetano, 2016; Garcia, Guerra Júnior e Acúrcio, 2017; Almeida et al, 2024).

Na comparação internacional, estudo que investigou os modelos de organização da AF na atenção ambulatorial de 25 países mostra que aqueles com maior renda tendem a adotar modelo em que o setor público reembolsa as farmácias privadas pela dispensação de medicamentos aos usuários do sistema de saúde, modelo semelhante ao do Farmácia Popular, enquanto países de menor renda focam na provisão direta pública, a exemplo do SUS. Esse padrão pode estar relacionado a menores custos da provisão pública direta e à menor capacidade de financiamento do acesso a medicamentos pelo sistema de saúde. O estudo ainda mostra que o modelo de provisão pública tem sido incentivado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) nas cooperações estabelecidas com países de renda média-baixa, visando à ampliação do acesso da população a medicamentos (Vieira, 2022).

Neste trabalho, os autores reforçam a relevância do aprimoramento da AF do SUS e, ao realizar o diagnóstico de seus principais problemas estruturais, identificam os desafios que se apresentam para que ela seja integrada de forma efetiva aos demais serviços de saúde do SUS. Com isso, buscam contribuir para o seu aperfeiçoamento e promover o acesso e o uso racional de medicamentos, por meio de um conjunto de medidas abrangentes, que incidem sobre os diferentes serviços que a constituem.

Ao longo deste documento, o leitor encontrará, inicialmente, uma fundamentação sobre o conceito e a relevância da AF para a integralidade do cuidado no SUS. Em seguida, detalham-se os métodos empregados, incluindo a descrição da árvore do problema estrutural da AF. O núcleo do trabalho apresenta um diagnóstico da área, subdividido em problemas de ordem política, de recursos, de avaliação tecnológica, de coordenação federativa, de gestão dos serviços e de regulação de mercado. Na sequência, o documento oferece um conjunto de propostas pragmáticas para o aperfeiçoamento da política pública, visando subsidiar a tomada de decisão e a qualificação dos serviços farmacêuticos no SUS. Para facilitar a compreensão do leitor sobre a relação entre soluções e problemas, elaborou-se uma matriz que revela a interseção entre essas duas categorias. Por fim, apresentam-se algumas considerações finais.

2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: CONCEITO E RELEVÂNCIA PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE NO SUS

No Brasil, ainda há grande incompreensão sobre a AF entre gestores de saúde e no meio acadêmico não especializado no tema. Persiste uma visão reducionista desse campo de atuação do SUS, que limita a assistência farmacêutica às atividades relacionadas ao fornecimento de medicamentos, e que confunde os bens, que são os medicamentos, com as atividades e os serviços farmacêuticos. Contribuíram para tanto os próprios instrumentos normativos do SUS. Em 2006, por exemplo, a criação de um bloco de financiamento da assistência farmacêutica, com a finalidade de organizar as transferências de recursos federais aos estados e municípios destinados à aquisição de medicamentos, reforçou a percepção por parte dos gestores de que a AF diz respeito ao financiamento e aos gastos com a provisão de medicamentos (Brasil, 2006a).

Contudo, a AF não é sinônimo de medicamentos e seu conceito tampouco se limita às atividades relacionadas à logística para a provisão desses produtos no sistema de saúde. No Brasil, o termo AF, engloba o que a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) nominou como ‘serviços farmacêuticos’, cuja definição se apresenta a seguir:

“Os serviços farmacêuticos são parte integrante dos serviços e programas de saúde e representam um processo que inclui o fornecimento de medicamentos em cada uma das etapas constituintes; a manutenção e o controle de qualidade; a segurança e a efetividade terapêutica dos medicamentos; o seguimento e a avaliação da utilização; a obtenção e a divulgação de informação sobre os medicamentos; e a educação permanente dos demais membros da equipe de saúde, do paciente e da comunidade para garantir o uso racional dos medicamentos” (OPS, 1990, p. 30, tradução nossa).

Considerando o debate técnico promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Opas sobre a implementação de políticas farmacêuticas nacionais desde os anos 1990, e o diagnóstico de que o foco da AF no Brasil estava concentrado nos medicamentos, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998 (Brasil, 1998). Trata-se de um primeiro marco relevante no campo dos serviços farmacêuticos, porque explicitou a necessidade de transformação da realidade brasileira ainda no final daquela década. Uma das diretrizes dessa política é a reorientação da AF a fim de que seu modelo não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. Essa reorientação deveria se fundamentar na descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas para a redução dos

preços dos produtos (Brasil, 1998). Buscava-se, por meio desse processo, assegurar o acesso da população aos medicamentos essenciais,¹ promover seu uso racional e qualificar o atendimento da população (Brasil, 2007a). Na PNM, a AF foi definida como:

“Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos” (Brasil, 1998).

Em 2004, com a publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), reforçou-se a ideia de que os medicamentos são insumos essenciais para ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, não como um fim em si mesmos (Brasil, 2004). Dessa forma, a PNAF explicita que a disponibilidade física do produto, por si só, não garante resultados em saúde, sendo necessário gerir o cuidado e organizar o sistema de saúde. Argumenta-se que essa política aprofundou o conceito de AF ao deslocar o foco do produto para as pessoas, a prática de cuidado, a gestão e a organização do SUS (Leite et al, 2016). A PNAF não revogou a PNM, mas ampliou o conceito de AF ao incluir as atividades de pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos, como se pode constatar a seguir:

“A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população” (Brasil, 2004).

A inclusão das atividades de pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos na definição de AF da PNAF contribuiu para gerar certa confusão sobre o núcleo central da assistência farmacêutica, que não é constituído por essas atividades, tampouco pelos produtos farmacêuticos, mas sim pelos serviços. Embora os medicamentos de fato sejam insumos essenciais, e a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos

¹ Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população (WHO, 2002a).

devam estar orientadas às necessidades de saúde da população, a questão central da AF envolve os serviços que asseguram a disponibilidade dos medicamentos de forma segura, tempestiva e com qualidade, e que garantem o uso racional desses produtos pelos usuários do SUS. Diante disso, ao nosso ver, a revisão desse marco normativo é recomendável para que a definição de AF reflita a sua essência como serviços, a fim de que ela ocupe lugar central na atenção à saúde.

Por meio da AF, busca-se garantir o acesso e o uso racional de medicamentos, que “requer que os pacientes recebam o medicamento apropriado para sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado, e ao menor custo para eles e sua comunidade” (WHO, 2002b, p. 1, tradução nossa).

Pode-se perceber no conceito apresentado de assistência farmacêutica da PNM, que ele corresponde ao termo ‘serviços farmacêuticos’ utilizado pela Opas e, portanto, também constitui serviços de saúde. Por sua vez, os serviços de saúde podem ser entendidos como práticas sociais institucionalizadas, ou seja, formas históricas e socialmente organizadas de ação humana, que articulam trabalho, saberes, tecnologias e recursos para responder às necessidades de saúde da população (Vieira-da-Silva et al, 2014; Souza e Bahia, 2014).

Nesse sentido, a avaliação de tecnologias em saúde para orientar decisões de incorporação de medicamentos ao SUS, a programação da quantidade a ser comprada, a aquisição e o armazenamento dos produtos para garantir a sua qualidade, eficácia e segurança, a distribuição para as farmácias das unidades de saúde, a prescrição, a dispensação e o acompanhamento do uso dos medicamentos não são meros procedimentos técnico-operacionais. Sob a perspectiva da saúde coletiva, constituem práticas sociais fundamentais ao cuidado em saúde. Sem elas o cuidado em saúde que visa, especialmente, a recuperação dos indivíduos, não se concretiza, uma vez que geralmente requer o uso de medicamentos. Os serviços farmacêuticos são, portanto, serviços que integram o processo de trabalho orientado ao atendimento das necessidades de saúde da população por meio do SUS. Na prestação desses serviços, os farmacêuticos desempenham papel central, mas não são os únicos trabalhadores. Diversos profissionais atuam conjuntamente, incluindo os principais prescritores de medicamentos, médicos e cirurgiões dentistas (Marin et al, 2003).

A seguir, a Figura 1 apresenta o conceito de assistência farmacêutica da PNAF na forma de diagrama, a fim de explicitar a sua abrangência e de destacar os serviços farmacêuticos

nesse conceito. Ressaltam-se, nessa figura, os propósitos da AF, quais sejam, garantir a integralidade do cuidado e a efetividade da atenção à saúde, bem como promover a qualidade de vida da população. A integralidade do cuidado é alcançada quando os profissionais de saúde estão preocupados em identificar as necessidades dos usuários; os serviços e as práticas de saúde articulam prevenção e assistência; há organização contínua dos processos de trabalho; e quando existem respostas governamentais para as necessidades de saúde de grupos específicos (Mattos, 2009).

Falhas no fornecimento ou no uso racional de medicamentos geram externalidades negativas em cascata. Elas podem não apenas agravar a situação clínica dos indivíduos, mas também sobrecarregar a rede de urgência e emergência, aumentar a internação hospitalar, ampliar as demandas judiciais e elevar os gastos evitáveis, comprometendo a eficiência do sistema de saúde (Arrais, 2002; Melo et al, 2021). Ademais, quando o acesso aos medicamentos não é garantido por meio do SUS, os custos associados às doenças são transferidos para os orçamentos familiares, o que é denominado na literatura da economia da saúde como pagamento direto do bolso ou desembolso direto (*out-of-pocket*). No Brasil esse ônus é bastante elevado, em 2019, 87,7% das despesas de consumo final de medicamentos no país foram financiadas por desembolso direto das famílias (Brasil, 2022).

Não adiantam os esforços para assegurar a consulta médica e os exames se não houver preocupação em garantir que a AF seja efetiva. Para que a integralidade do cuidado em saúde seja alcançada, os serviços farmacêuticos devem ser eficazes e articulados às demais ações e serviços de saúde das RAS. Isso demanda dos gestores do SUS uma visão mais sistêmica e holística sobre a AF, que precisa ser compreendida em toda a sua abrangência e complexidade, a fim de que receba dos tomadores de decisão a prioridade necessária nos esforços de aprimoramento do SUS.

FIGURA 1
Abrangência da assistência farmacêutica segundo a PNAF



Fonte: Elaboração dos autores com base em Brasil (2004).

3 MÉTODOS

Os métodos empregados na análise de políticas públicas no projeto Prioriza SUS foram descritos e publicados em nota técnica (Vieira et al, 2023a). Nesta seção, apresentam-se os aspectos metodológicos gerais do desenvolvimento desse projeto, aplicados à análise da política pública de assistência farmacêutica. Duas abordagens metodológicas foram empregadas nesta análise. A primeira delas é a abordagem racionalista, que consiste em uma análise do problema público e das soluções para o seu enfrentamento por um corpo de técnicos ou especialistas no assunto, o que envolve, geralmente, a proposição de medidas que possam eliminar ou mitigar as suas causas. Neste contexto, o problema público pode ser definido como a distância entre a situação atual e a situação desejada sob a perspectiva desse corpo técnico (Secchi, 2016a; 2016b).

No projeto Prioriza SUS, o problema público foi enunciado como “dificuldade de acesso tempestivo, efetivo e equitativo à atenção à saúde” no Brasil. Esse problema público foi explicado por um conjunto de outros problemas que lhes dão causa e por consequências que ele próprio gera. A representação gráfica desse conjunto de questões foi feita em uma árvore do problema, em que o problema público é apresentado como tronco principal, suas causas como raízes e suas consequências como ramos da copa da árvore (Vieira et al, 2023a, p. 8).

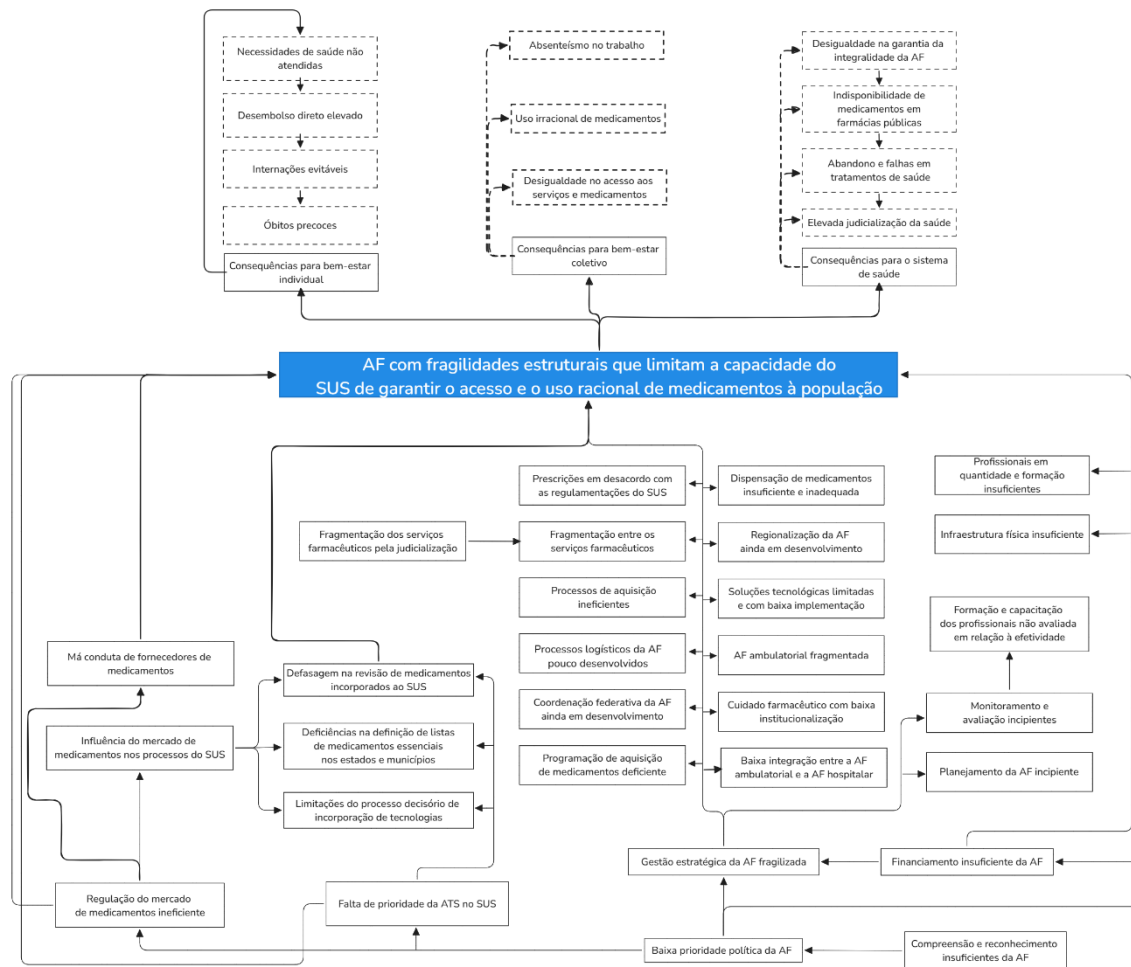
Entre as causas do problema público, o problema envolvendo os serviços farmacêuticos não foi mencionado de forma explícita. Todavia, ele está na base de uma das causas do problema público, qual seja, ‘provisão insuficiente de bens e serviços de saúde’. Neste contexto, é tratado como um problema estrutural do SUS, ou seja, como uma dificuldade persistente em elementos que constituem a estrutura funcional e que comprometem o desempenho desse sistema (Vieira et al, 2023a).

O grupo de especialistas, constituído pelos autores deste texto, realizou uma oficina de dois dias² para discutir o problema estrutural do SUS relacionado à AF, que foi enunciado como segue: ‘assistência farmacêutica com fragilidades estruturais que limitam a capacidade do SUS de garantir o acesso e o uso racional de medicamentos à população’. Por se tratar de um problema estrutural de grande complexidade, o grupo decidiu representá-lo graficamente por meio da elaboração de uma árvore do problema específica, apresentada a seguir (Figura 2), algo que não foi feito para os demais problemas

² A oficina foi realizada nos dias 9/9/2025 e 7/10/2025, com duração de 3 horas e 6 horas, respectivamente.

estruturais analisados no âmbito do projeto Prioriza SUS. Essa representação facilita o processo de identificação da cadeia de causas que lhes dão origem e, por conseguinte, a busca de alternativas de solução para o enfrentamento de cada uma delas.

FIGURA 2
Árvore do problema da AF



Fonte: Elaboração dos autores.

As causas das fragilidades estruturais da AF foram classificadas por macroproblemas, conforme apresentado na Figura 3.

FIGURA 3
Diagnóstico dos problemas estruturais da assistência farmacêutica no SUS



Fonte: elaboração dos autores.

A descrição de cada uma das causas foi feita com base em literatura técnica e científica, buscando-se explicitar, por meio de evidências obtidas em estudos e pesquisas, que de

fato são problemas a serem enfrentados pelo Poder Público. Após essa etapa, os autores mapearam e propuseram um conjunto de medidas que podem ser implementadas para o enfrentamento desses problemas. Para tanto, também lançaram mão de evidências da literatura técnico-científica e do conhecimento acumulado na área de AF. Essa etapa da análise encerrou com a produção de um documento-base contendo o diagnóstico realizado e propostas para enfrentamento dos principais problemas estruturais dessa área.

A análise documental e bibliográfica que fundamentou a pesquisa foi realizada por meio de levantamento da literatura técnica e científica nacional e internacional sobre assistência farmacêutica, serviços farmacêuticos, políticas de medicamentos, sistemas de saúde e avaliação de tecnologias em saúde. A busca abrangeu as principais bases de dados MEDLINE/PubMed, LILACS, Scielo, além de repositórios institucionais do Ministérios da Saúde, do Ipea, da Opas, da OMS e da Federação Internacional dos Farmacêuticos (FIP). Foram incluídas publicações em português, inglês e espanhol, sem restrição de período, com ênfase em estudos empíricos, avaliações de programas, revisões sistemáticas, documentos de políticas e relatórios de auditoria. A seleção das evidências seguiu critérios de pertinência temática, qualidade metodológica e relevância para o diagnóstico dos problemas identificados da AF. Estudos sobre experiências internacionais foram incluídos quando sua comparação com o contexto brasileiro era analiticamente relevante.

Na segunda abordagem metodológica, a argumentativa, o documento-base foi examinado e discutido por um conjunto de atores relevantes em um fórum de política pública. O fórum foi conduzido com base em metodologia estruturada de discussão, cujos procedimentos são descritos a seguir em maior detalhe, dada a natureza inovadora desta etapa do Projeto Prioriza SUS. O evento foi realizado em Brasília, em 24 de março de 2026, na sede do Ipea, com duração de um dia completo, e contou com a participação de doze convidados externos, entre secretários de saúde e coordenadores de AF, municipais e estaduais, gestores do Ministério da Saúde e pesquisadores,³ além dos autores deste texto e de um facilitador. Nessa fase, os participantes, que tiveram acesso prévio ao documento-base, para leitura e preparação de comentários, puderam se manifestar livremente sobre a análise realizada.⁴ O debate foi conduzido por pesquisador do Ipea,

³ Os convidados foram selecionados considerando a experiência em gestão do SUS e/ou da AF, bem como em pesquisa em assistência farmacêutica.

⁴ O fórum iniciou com uma abertura breve, seguida por apresentação dos participantes, da dinâmica da reunião e do projeto Prioriza SUS. A discussão foi organizada em dois blocos. O primeiro bloco,

sem vínculo com a equipe autora do documento-base, o qual atuou como facilitador. Buscou-se, nesse momento, mediar interesses e realizar escuta atenta aos julgamentos desses participantes quanto ao diagnóstico realizado e em relação à viabilidade técnica, econômica e política da implantação das medidas propostas (Secchi, 2016a). Essa fase é relevante para o aperfeiçoamento da análise da política pública de AF.

Os participantes do fórum assinaram um termo que estabelece as regras para a participação, tanto para convidados quanto para os organizadores. Assim como nos fóruns realizados anteriormente no projeto Prioriza SUS, havia a previsão de não identificação dos participantes nos documentos publicados sobre a AF. Entretanto, nesse caso, houve solicitação para que a identificação dos convidados fosse feita, como forma de assegurar a transparência na realização da análise da política pública. Diante desse pedido, todos os participantes concordaram com a publicização de seus nomes, os quais constam na seção de agradecimentos deste texto. Em relação às sugestões dos participantes sobre o diagnóstico e as propostas para o aperfeiçoamento da AF, destacam-se as que se encontram nos quadros A.1 e A.2 do apêndice deste texto. Os comentários e sugestões dos participantes foram utilizados na revisão do documento-base, dando origem a este texto para discussão.

Os problemas da AF foram organizados em macroproblemas (seção 4) e as propostas para sua resolução ou mitigação em macro soluções (seção 5). Para possibilitar uma rápida visualização da interrelação entre macroproblemas e macro soluções, elaborou-se uma matriz que oferece um panorama sobre a interseção entre essas duas categorias, considerando que um macroproblema pode ser resolvido ou mitigado por mais de uma macro solução. Esta matriz é apresentada ao final da seção 5. Também se produziu um quadro que sintetiza as ações propostas por macro solução.

Por fim, foi elaborado um *policy brief* visando facilitar a disseminação do diagnóstico e das propostas para enfrentamento dos problemas da AF entre os gestores do SUS,

diagnóstico da assistência farmacêutica, teve as seguintes perguntas disparadoras: a) os problemas estruturais identificados para enfrentamento estão suficientemente esclarecidos? b) há algum aspecto relevante que não foi considerado? O segundo bloco, viabilidade das ações propostas para enfrentamento dos problemas, continha as seguintes perguntas: a) as ações propostas são capazes de resolver ou de mitigar os problemas identificados? Por quê? b) você identifica facilitadores na implementação das ações propostas? c) você identifica obstáculos na implementação das ações propostas? d) como você aperfeiçoaria as ações propostas? e) alguma ação importante para a solução ou mitigação do problema priorizado não foi identificada? Se sim, qual? f) por que ela seria uma boa solução para o problema? Como você a implantaria?

intitulado ‘Como fortalecer a assistência farmacêutica no SUS: diagnóstico e propostas para superar gargalos estruturais’ (Vieira et al, 2026).

4 DIAGNÓSTICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O diagnóstico apresentado neste texto está organizado em seis macroproblemas, que expressam distintas dimensões analíticas: 1) problemas relacionados à institucionalização da AF; 2) problemas relacionados aos recursos; 3) problemas relacionados à avaliação e à incorporação de medicamentos; 4) problemas relacionados à coordenação da AF; 5) problemas relacionados à gestão; e 6) problemas relacionados à regulação do mercado de medicamentos.

As seções a seguir analisam cada um desses macroproblemas, buscando explicitar como eles contribuem para a conformação das fragilidades estruturais da AF no SUS. Embora apresentados separadamente, eles não devem ser compreendidos como problemas isolados. Ao contrário, eles se articulam e se reforçam, conformando um padrão sistêmico de vulnerabilidades que comprometem a capacidade da AF de garantir acesso oportuno, uso racional de medicamentos, continuidade do cuidado e sustentabilidade do SUS.

O argumento central que orienta o diagnóstico é a persistência de uma visão reducionista da AF, ainda frequentemente associada às suas funções logísticas (aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos), com baixo reconhecimento do seu papel clínico e assistencial no cuidado em saúde. Essa visão se expressa de forma concreta na posição institucional marginal que a AF ocupa nos organogramas das secretarias de saúde, na baixa prioridade conferida a área nos processos decisórios, na insuficiência e no perfil de financiamento, na fragilidade da coordenação federativa, na limitada integração às redes de atenção à saúde e na incipiente institucionalização dos serviços farmacêuticos.

A compreensão reduzida da AF não é apenas uma questão de enquadramento conceitual, ela produz efeitos que se propagam por todas as dimensões analisadas: limita a estrutura física e tecnológica dos serviços; fragiliza o planejamento, o monitoramento e o uso da informação; compromete a programação, a aquisição e a logística de medicamentos; dificulta a incorporação de práticas voltadas ao uso racional de medicamentos e ao cuidado farmacêutico; e contribui para a fragmentação do acesso, inclusive por meio da judicialização. Além disso, reduz a capacidade de resposta do SUS de forma estratégica

e articulada às pressões do mercado farmacêutico, aos desafios da regulação econômica e às necessidades de soberania sanitária.

Superar esse padrão sistemático de vulnerabilidades exige, portanto, intervenções articuladas em múltiplas dimensões. Por isso, as propostas apresentadas na seção 5 foram concebidas para incidir, de forma integrada, sobre causas de natureza política e institucional e sobre condicionantes financeiros, técnicos e operacionais, tendo como perspectiva a consolidação de um modelo de AF integrado ao cuidado e orientado pela ampliação do acesso equitativo, pelo uso racional de medicamentos e pela busca de resultados melhores em saúde para a população brasileira.

4.1 Macroproblema 1: problemas relacionados à institucionalização da AF

a) Compreensão e reconhecimento insuficientes da AF como política estratégica do SUS

Uma questão que se encontra na base dos problemas relacionados à AF é a compreensão e o reconhecimento ainda insuficientes de seu papel como política estratégica do SUS, reduzindo-a apenas às atividades de aquisição e logística de medicamentos.

Desde a publicação da PNM, em 1998, e da PNAF, em 2004, vem se discutindo no Brasil a necessidade de efetivamente reorientar a AF para que o foco da ação governamental deixe de estar centrado no medicamento e se desloque para os usuários desses produtos, com articulação dos serviços farmacêuticos aos demais serviços de saúde. Segundo Bermudez e colaboradores (2018), a PNM norteou e reforçou o compromisso das três esferas de governo com o aperfeiçoamento da AF, e a reorientação proposta nessa política visava construir uma assistência farmacêutica integrada ao SUS.

Em 2006, no contexto da descentralização para os municípios da responsabilidade quanto à provisão de medicamentos utilizados na atenção primária à saúde (APS), o Ministério da Saúde promoveu debate técnico e capacitações para fomentar o planejamento dessa área no SUS. Naquele momento, o órgão reconhecia o problema da visão minimalista da AF, centrada na aquisição e distribuição de medicamentos, sem a preocupação com a organização dos serviços e sem planejamento. Para modificar essa realidade, propôs uma nova visão de AF, integrada à política de saúde e expressa de forma abrangente nos instrumentos de planejamento do SUS (Brasil, 2006b).

Contudo, a despeito de a PNM e a PNAF terem oferecido uma visão ampliada de AF, resguardadas as diferenças mencionadas anteriormente, e das iniciativas para disseminar essa visão, a compreensão limitada da AF permanece sendo um problema relevante e um obstáculo para o aperfeiçoamento dessa área. Na avaliação de Bermudez e colaboradores (2018), após 30 anos do SUS, a AF permaneceu centrada nas questões de suprimento e logística de medicamentos, com baixa inserção às práticas de cuidado e prestação de serviços farmacêuticos diretamente aos usuários. Alguns estudos aportam evidências que corroboram a conclusão desses autores e revelam que ainda há uma compreensão limitada sobre a AF.

Em um estudo realizado em 2015, com amostra representativa de municípios, estratificada pelas regiões do Brasil, e uma subamostra de unidades de APS, foram entrevistados secretários municipais de saúde, responsáveis pela AF e profissionais envolvidos na entrega de medicamentos nas farmácias das unidades selecionadas. Os autores observaram diversidade de entendimentos sobre essa área, mas com predomínio de concepções centradas no controle logístico dos medicamentos, ainda que algumas incluíssem atividades de orientação ou informação ao usuário sobre o uso do medicamento. A conclusão foi de que havia tendência de mudança no sentido de deslocar o foco dos medicamentos e orientar a abordagem para os usuários dos serviços, mas que esse processo se mostrava lento, dada a pouca referência a concepções relacionadas à gestão e à integralidade do cuidado em saúde (Costa et al, 2017a).

Em outro trabalho, que analisou a percepção dos gestores estaduais de saúde sobre a AF nas discussões realizadas no Conass entre 1997 e 2010, os autores identificaram a preocupação com a influência do mercado no modelo de atenção à saúde, ao induzir a incorporação de tecnologias e influenciar a formação dos profissionais de saúde. Também havia preocupação com a gestão da AF, especialmente quanto à sua organização, financiamento, acesso, responsabilidades das três esferas de governo e com a judicialização da saúde (Lamb e Shimizu, 2014). Note-se que, ainda que esses temas revelem uma concepção de AF mais ampla, fica evidente a ausência de uma percepção de que os serviços farmacêuticos são centrais para a garantia da integralidade do cuidado em saúde e para a efetividade desse cuidado.

De acordo com Rover e colaboradoras (2016), persiste no SUS a visão minimalista da AF, que reduz a farmácia a um lugar de entrega de medicamentos. Para essas autoras, o serviço é que pode ser uma estratégia para garantir acesso universal e integral, numa

concepção de linha de cuidado, não o produto. Gerlack e colaboradores (2017) chegaram à mesma conclusão em estudo sobre a AF na APS. Segundo esses autores, o foco das atividades de AF tem sido o abastecimento e não o cuidado, estando a AF centrada em logística (programação, aquisição, armazenamento e distribuição) e avaliada, basicamente, por indicadores de disponibilidade de medicamentos. Para eles isso mostra que, na visão dos gestores de saúde, o desempenho da AF decorre dessa disponibilidade e não da qualidade da dispensação, do uso racional ou dos resultados clínicos obtidos (Gerlack et al, 2017).

Essa centralidade do produto na AF é reforçada pela própria estrutura e dinâmica de cobrança política, em que a população reclama da falta do medicamento, não da ausência de cuidado farmacêutico. Em resposta, os gestores de saúde acabam focando seus esforços na aquisição e na logística de medicamentos (Santa Helena, Andersen e Menoncin, 2015).

A falta de medicamentos, contudo, não é um problema de menor importância, ao contrário, impacta sobremaneira o acesso, a continuidade terapêutica e a qualidade de vida dos indivíduos. Em análise sobre a falta de medicamentos no Brasil, realizada com base em denúncias divulgadas na mídia digital entre 2016 e 2020, Rocha (2021) identificou 278 fármacos diferentes em falta em 481 notícias. A maioria deles constava da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Renome (76,6%) e integrava o Componente Especializado da AF - Ceaf (49,3%). A não adesão ao tratamento por falta de medicamentos pode gerar insatisfação com os serviços farmacêuticos (Menolli e Giroto, 2025) e essa insatisfação reforça a demanda da população por garantia de disponibilidade dos produtos. Entretanto, destaca-se que a falta de medicamentos pode ser decorrente da ausência de pessoal qualificado na provisão dos serviços farmacêuticos. Dessa forma, a própria visão minimalista da AF, focada na compra de medicamentos, pode contribuir para a indisponibilidade desses produtos pela carência de pessoal qualificado para realizar todos os serviços, desde a seleção dos medicamentos até a dispensação para os usuários.

A insuficiência de farmacêuticos na AF, especialmente nas farmácias, as deficiências na formação profissional e a ausência de condições adequadas para a oferta de serviços farmacêuticos prestados diretamente aos usuários fazem com que a população não tenha acesso a esse tipo de serviço e, com isso, não construa uma visão mais abrangente sobre a AF para demandá-los. Em estudo realizado em uma das regiões de saúde do estado do

Rio de Janeiro em 2024, verificou-se que 49,4% dos participantes nunca tinham recebido informações sobre como armazenar seus medicamentos e que 42,3% nunca encontraram um farmacêutico em farmácias públicas (Raimundo et al, 2025).

b) Baixa prioridade política da AF

Um dos resultados da compreensão ainda limitada sobre o papel estratégico da AF é a priorização ainda insuficiente da assistência farmacêutica no conjunto das agendas de gestão do SUS, em contexto de múltiplas pressões assistenciais, mesmo diante da sua relevância sanitária, de seu peso crescente no orçamento da saúde e dos danos causados pelo uso inadequado de medicamentos para a sociedade, além de seu impacto para o sistema de saúde (WHO, 2023). Essa baixa priorização se traduz na existência de estruturas administrativas de AF de nível hierárquico mais baixo ou na sua ausência no organograma das secretarias de saúde; na não inclusão de ações voltadas ao seu aperfeiçoamento nos instrumentos de planejamento do SUS; e na falta de integração dos serviços farmacêuticos aos demais pontos da rede de atenção à saúde.

Em estudo realizado em 2010, verificou-se que, de um grupo de 36 municípios que responderam um questionário sobre a gestão da AF, 16 (44,4%) reportaram ter uma unidade administrativa dessa área no organograma formal da secretaria de saúde (Vieira e Zucchi, 2014). Em 2015, em outro trabalho, realizado com dados de entrevistas com responsáveis pela AF em municípios, os autores identificaram as seguintes frequências para alguns fatores que evidenciam o grau de maturidade dessa área nas secretarias de saúde: i) ausência da AF no organograma da secretaria (24%) e no plano de saúde (18%); ii) a não participação dos secretários no conselho de saúde e a não referência da AF na pauta das reuniões (58,4%); e iii) falta de autonomia financeira (61,5%) e de conhecimento do orçamento (81,7%) (Gerlack et al, 2017).

Estudos mais recentes reforçam que não basta mencionar a AF no plano municipal de saúde. A inclusão da AF nesse plano deve estar fundamentada em um diagnóstico aprofundado da área e na articulação com outros setores da saúde, sendo essencial a participação de farmacêuticos no planejamento para que a AF seja reconhecida como área estratégica para o aperfeiçoamento da qualidade do cuidado (Pinto, Flores e Silva, 2025).

No entanto, essa realidade parece ainda estar distante no Brasil, pelo menos em algumas localidades do país. Em estudo que analisou a gestão e a estruturação da AF em

municípios de uma região de saúde do Rio Grande do Sul em 2021, os autores observaram integração insuficiente da AF com os diferentes pontos de atenção à saúde e concepção de AF ainda centrada na disponibilidade de medicamentos (Silveira et al, 2022).

Um fator que contribuiu para um olhar mais atento dos gestores do SUS para a AF, sem dúvidas, foi a judicialização da saúde. Entretanto, ao que tudo indica, ela não induziu uma mudança na concepção de AF desses gestores, pelo contrário, a judicialização reforçou a centralidade de suas preocupações na disponibilidade dos medicamentos judicializados e não judicializados. Com o crescimento das demandas judiciais, eles tiveram que se preocupar mais com questões como disponibilidade dos produtos, incorporação de tecnologias e com o orçamento (Carnielle et al, 2021). Essa situação pode ser altamente desafiadora para estados, DF e municípios, especialmente os de pequeno porte populacional, que também estão fornecendo medicamentos por causa de ações judiciais (Vieira et al, 2025a).

Outro elemento que evidencia a baixa prioridade política da AF é o descompasso entre o elevado recurso destinado à aquisição de medicamentos e o pequeno investimento nos serviços farmacêuticos ou a ausência de recursos para essa finalidade. Em 2009, o gasto do Ministério da Saúde com medicamentos foi de R\$ 5,7 bilhões, enquanto o valor alocado à estruturação de serviços farmacêuticos foi de R\$ 10,1 milhões, o que corresponde a 0,2% do orçamento de medicamentos daquele ano (Vieira e Zucchi, 2013). Com o passar dos anos, houve ampliação dos recursos para a estruturação da AF, mas o montante permanece relativamente baixo em comparação com a despesa com medicamentos, excetuando os gastos com o Programa Farmácia Popular. Em 2024, a despesa federal com medicamentos foi de R\$ 22,9 bilhões e os gastos com a estruturação da AF foram de R\$ 100,4 milhões (0,4% do orçamento de medicamentos).⁵

Em relação a municípios, DF e estados, não há fontes de informação de fácil acesso que permitam avaliar o esforço desses entes no financiamento dos serviços farmacêuticos. Em um estudo de caso de municípios de uma região de saúde do Rio Grande do Sul, os autores verificaram que a maioria dos planos de saúde não tinha dotação orçamentária para a implementação de serviços farmacêuticos clínicos em 2021 (Silveira et al, 2022).

⁵ Dados relativos à despesa liquidada do Ministério da Saúde em ações e serviços públicos de saúde, obtidos do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento do Governo Federal (Siop). Ações orçamentárias: 20AH (gastos em estruturação); 20AE, 20K5, 20YE, 4295, 4368, 4370 e 4705 (gastos em medicamentos).

A ausência ou o baixo investimento na oferta dos serviços farmacêuticos chama a atenção dadas as evidências sobre a capacidade ainda limitada de gestão da AF no SUS, como se mostra em profundidade ao longo deste texto. Para exemplificar com o uso de um índice, em uma pesquisa com uma amostra representativa de 600 municípios, os autores constataram que o Indicador da Capacidade de Gestão da AF no Brasil foi de 79 pontos (IC95% 76,71–82,61) de um total de 191 pontos (41% do total) em 2015. Com esse resultado, na média, os municípios se encontravam na situação considerada de melhoria (de 25% a 49%), que sinaliza problemas importantes na gestão AF (Faraco, Rover e Leite, 2025).

Em revisão de escopo da literatura, Santos e Soler (2025) concluíram que a AF nos municípios teve alguns avanços com a implantação de comissões técnicas, de sistema e de programa federal (Hórus e Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde - Qualifar-SUS, respectivamente). Entretanto, ainda está fragmentada e desigual, apresentando lacunas em governança, financiamento, integração técnico-assistencial e monitoramento de equidade.

Em síntese, é preciso que os gestores de saúde priorizem a AF como área estratégica do SUS. Um estudo mostrou que o aumento da participação da AF na gestão municipal da saúde está associado a resultados positivos na estrutura e organização dessa área. Também está associado ao melhor uso de recursos do Programa Qualifar-SUS. Essa participação na gestão implica articulação com outros setores da secretaria de saúde, atuação no planejamento e na elaboração de relatórios de gestão, e realização de capacitações (Mendes et al, 2024).

Apesar da persistente baixa prioridade política e institucional atribuída à AF na prática cotidiana da gestão do SUS, observa-se, no plano das publicações institucionais e dos documentos oficiais de representação dos gestores, um movimento na compreensão do papel dessa política. O Instrumento de Referência dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica, elaborado pelo Conasems, expressa uma concepção ampliada da AF ao situá-la como componente estruturante da atenção à saúde, integrada à rede assistencial e orientada à qualificação do cuidado e ao uso racional de medicamentos. Ao defender a superação de abordagens predominantemente logísticas e o fortalecimento de serviços farmacêuticos articulados aos processos assistenciais, o documento sinaliza um reposicionamento normativo-conceitual da AF (Conasems, 2021). Contudo, a distância entre esse avanço discursivo e a capacidade de implementação observada nos territórios

indica que o principal desafio permanece na construção de condições institucionais, organizacionais e federativas capazes de sustentar, de forma efetiva, esse reposicionamento no âmbito do SUS.

A lógica da AF, com foco apenas na provisão, ou seja, na disponibilidade dos medicamentos, sem uma abordagem integrada no sistema de saúde e sem gestão clínica do uso desses produtos, resulta em desperdício, uso irracional e iatrogenia, com consequências sanitárias, econômicas e sociais significativas (OPS, 2013).

Relatórios da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) indicam que a má adesão terapêutica e os erros de medicação consomem uma parcela significativa dos orçamentos de saúde, custos que seriam mitigáveis por serviços farmacêuticos robustos. A baixa adesão a medicamentos em condições crônicas (diabetes, hipertensão, dislipidemias) está associada a complicações evitáveis, maior utilização de serviços e custos mais elevados para os sistemas de saúde (Khan e Socha-Dietrich, 2018). Além disso, eventos adversos relacionados a medicamentos e deficiências na segurança farmacoterapêutica também geram custos evitáveis, reforçando que investimentos em processos e sistemas de informação para melhorá-la contribuem para maior eficiência do sistema de saúde (Bienassis et al, 2022).

c) Fragilidade da institucionalização político-organizacional da AF no SUS

A institucionalização da AF no SUS constitui dimensão central para sua consolidação como política pública estratégica, transversal e sustentável. Embora existam marcos normativos, estruturas formais e mecanismos de financiamento, a AF ainda enfrenta dificuldades para se consolidar de forma estável nas rotinas decisórias, nos processos de planejamento, governança e nas práticas de cuidado nos diferentes níveis de gestão e atenção do sistema de saúde (Souza et al., 2017).

A criação do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) no Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, constituiu um marco do processo de institucionalização da AF no âmbito federal. De forma complementar, a adoção de mecanismos específicos de financiamento, com aportes das três esferas de governo destinados à aquisição de medicamentos, e a organização de

serviços farmacêuticos atuaram como importantes indutores do processo de institucionalização da AF no SUS (Brasil, 2016; Souza et al., 2017).

No entanto, a literatura aponta que a institucionalização não se resume à existência de estruturas ou recursos, mas exige a incorporação duradoura da política às práticas organizacionais, com legitimidade, continuidade e integração aos processos de gestão (Oliver, 1997; Tolbert e Zucker, 1999). Estudos no âmbito estadual e municipal indicam que a institucionalização da AF se expressa de forma desigual e depende de fatores como sua formalização nos organogramas das secretarias de saúde, a regularização das farmácias, a existência de instâncias técnicas permanentes e a participação efetiva em espaços deliberativos do SUS (Freitas, 2003; Souza et al., 2017). Esses achados evidenciam que a institucionalização se constrói nos múltiplos espaços operativos do sistema e não apenas no nível central.

Outro limite relevante refere-se à baixa incorporação da avaliação como prática regular na AF. A fragilidade dos mecanismos de monitoramento e avaliação compromete a governança da política, reduz a visibilidade dos resultados alcançados e dificulta a sustentabilidade das ações ao longo do tempo (Contandriopoulos, 2006; Souza et al., 2017).

Nesse contexto, o fortalecimento da posição institucional da AF deve ser compreendido como um desafio político-organizacional central, relacionado à sua transversalidade e ao papel estratégico do medicamento e dos serviços farmacêuticos no cuidado em saúde. Avançar na institucionalização da AF é condição necessária para sua integração efetiva nas RAS, para a coordenação do cuidado e para o alinhamento da política de medicamentos aos objetivos estruturantes do SUS como política de Estado.

d) Compreensão insuficiente dos conselheiros de saúde sobre a AF

Outra questão importante diz respeito à compreensão insuficiente dos membros ou representantes de instituições do controle social sobre a AF. Em um estudo que analisou como a AF foi pautada e discutida nos conselhos de saúde estaduais e das capitais, a partir do conteúdo disponibilizado em sítios eletrônicos e redes sociais no período de 2019 a 2021, verificou-se que a AF tinha baixa presença nas pautas dos conselhos, cuja atuação foi limitada e pouco estruturada, havendo necessidade de qualificação dos conselheiros e

de discussão institucionalizada da assistência farmacêutica nesses espaços (Manzini et al, 2026).

Em outro estudo, os autores realizaram uma análise documental das propostas aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde, identificando os eixos estratégicos da PNAF com foco na participação social. Eles concluíram que o controle social foi fundamental na construção da política, entretanto, sua atuação atual é insuficiente para consolidar a AF, havendo um descompasso entre previsão legal e prática. Embora o controle social tenha ajudado na criação da política, ele não consegue acompanhar continuamente a sua implementação, influenciar decisões, fiscalizar e cobrar resultados no cotidiano (Cabral e Sousa, 2026).

Com resultados diferentes dos mencionados anteriormente, em outro trabalho, os autores concluíram que a atuação do Conselho Nacional de Saúde foi muito relevante para a implementação da PNAF em temas como a judicialização da saúde, patentes de medicamentos, Programa Farmácia Popular do Brasil, desabastecimento de medicamentos, a farmácia como estabelecimento de saúde, comercialização dos medicamentos isentos de prescrição, no debate sobre os anorexígenos e publicidade de medicamentos (Pires et al, 2025). Mas como se pode notar pelos temas tratados no estudo, os serviços farmacêuticos do SUS não constituíram o foco da análise. Dessa forma, em relação à AF, as evidências apontam para a necessidade de preparo dos conselheiros para melhor exercício do controle social nessa área.

4.2 Macroproblema 2: problemas relacionados aos recursos

a) Financiamento insuficiente

Um problema importante decorrente da baixa prioridade política dos serviços farmacêuticos é o financiamento insuficiente. A partir de 2009, foi facultada às secretarias municipais de saúde a utilização de até 15% da soma das contrapartidas anuais, municipal e estadual relativas ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), em atividades de adequação de espaço físico das farmácias da APS, para aquisição de equipamentos e mobiliário para a AF, e realização de atividades de educação continuada do pessoal da AF na APS (Brasil, 2009a). Em 2013, a possibilidade de utilização dos recursos dessas contrapartidas foi ampliada para as secretarias estaduais de saúde e sua

aplicação deixou de ser restrita às farmácias da APS (Brasil, 2013a), regras que se mantêm até o momento (Brasil, 2017a). Caso os estados, o DF e os municípios realizassem essa aplicação, estima-se que até R\$ 192,7 milhões seriam destinados à estruturação da AF em 2025.⁶

No governo federal, em 2012, foi instituído o Qualifar-SUS com a finalidade de contribuir para o aprimoramento da AF e para a integração de suas atividades nas ações e serviços de saúde. Foram definidos quatro eixos de atuação do programa, visando: i) eixo estrutura: contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS; ii) eixo educação: promover a educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde; iii) eixo informação: produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação da AF; e iv) eixo cuidado: inserir a AF nas práticas clínicas para otimizar os benefícios e minimizar os riscos relacionados à farmacoterapia (Brasil, 2012). Em 2025, R\$ 73,0 milhões foram repassados pelo Ministério da Saúde a secretarias municipais de saúde para a qualificação da AF no SUS no âmbito desse programa.⁷

Em uma avaliação do eixo estrutura do Qualifar-SUS em 316 municípios habilitados em 2012 e 2013, identificou-se, em 2015, grau de implantação do programa insatisfatório (44%) ou crítico (21%), com fragilidades especialmente nas etapas de diagnóstico das necessidades da AF e de execução dos recursos financeiros (Rodrigues et al., 2017).

Alguns estados também destinam recursos para a estruturação da AF em municípios. Em Minas Gerais, o repasse é feito para municípios que aderirem à Política Estadual de Assistência Farmacêutica Ambulatorial e se destina à compra de equipamentos e à qualificação das ações e serviços farmacêuticos (Minas Gerais, 2025). Na Bahia, o Programa Farmácia da Bahia tem os objetivos de fortalecer a AF por meio da construção e estruturação física de unidades farmacêuticas, e de apoiar o desenvolvimento das ações nessa área nos municípios de pequeno porte (com população de até 17.250 habitantes) (Bahia, 2021).

⁶ Esta estimativa foi feita considerando os seguintes parâmetros: a) população brasileira estimada pela RIPSa de 213.421.037 de pessoas; b) contrapartidas estaduais e municipais do CBAF de R\$ 3,01 por habitante/ano; e c) 15% de aplicação da soma das contrapartidas em estruturação (Brasil, 2017; 2025b).

⁷ Plano orçamentário “0001 - Recursos financeiros a transferir às secretarias de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal para a qualificação da assistência farmacêutica” da ação “20AH - Organização dos serviços de assistência farmacêutica no SUS”. Dados obtidos do Siop.

No Paraná, o estado estabeleceu um incentivo financeiro à organização da AF nos municípios em 2012, que se mantém até o momento. Para fazer jus ao recebimento desse incentivo, os municípios devem assegurar a elaboração da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume), a implantação de um sistema informatizado de gestão da AF, viabilizar a participação dos profissionais em atividades de educação permanente, realizar melhorias de infraestrutura e de processos, e garantir a inclusão das ações de AF nos instrumentos de gestão do SUS, entre outras contrapartidas (Paraná, 2016).

No caso de municípios, em uma análise de 369 entrevistas com secretários municipais de saúde e 507 responsáveis pela AF, oriundas da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (Pnaum), realizada entre 2014 e 2015, verificou-se que, da perspectiva dos gestores de saúde, do total de municípios avaliados, 67,3% tiveram despesas com estruturação da AF no ano anterior ao da pesquisa. Sob a ótica dos responsáveis pela AF, do total de municípios, 51,3% receberam recursos dos estados ou da União para estruturação da AF e 54,8% realizaram algum tipo de gasto com essa finalidade (Faleiros et al, 2017).

Dessa forma, verifica-se que medidas vêm sendo implementadas para possibilitar a alocação de recursos para a estruturação da AF, entretanto, os aportes ainda se mostram parcos diante das deficiências ainda existentes de infraestrutura física e tecnológica das farmácias e das centrais de abastecimento farmacêutico (CAFs), da falta de farmacêuticos na maioria das unidades de saúde e da necessidade de realizar capacitação desses profissionais para melhor desempenho das atividades rotineiras e de coordenação dessa área, como se pode constatar, a seguir, neste texto.

b) Infraestrutura física e tecnológica limitada

Com relação à infraestrutura física e tecnológica da AF, após 20 anos desde a aprovação da PNM, vários problemas foram mapeados a esse respeito. Entre eles: a) farmácias funcionando em espaços improvisados, pequenos ou compartilhados com outros serviços, sem áreas definidas para atendimento, armazenamento e atividades técnicas; b) ausência ou inadequação de condições de ambiência, incluindo ventilação, iluminação, climatização e segurança; c) inexistência ou precariedade de prateleiras para o armazenamento de medicamentos; d) inexistência ou inadequação de áreas para

atendimento clínico-farmacêutico; e) falta de equipamentos básicos (computadores, impressoras, leitores, mobiliário técnico); f) existência de equipamentos obsoletos ou mal conservados, que dificultavam o controle de estoque, o registro de atividades e o atendimento qualificado; g) baixa informatização das farmácias, especialmente em municípios de pequeno porte; h) sistemas de informação fragmentados, não integrados entre si e pouco articulados com outros sistemas do SUS; i) uso limitado dos sistemas para fins de planejamento, monitoramento e avaliação; e j) ausência de interoperabilidade com prontuários eletrônicos, dificultando a integração da AF ao cuidado em saúde (Brasil, 2018a).

Estudo realizado com dados da Pnaum identificou a necessidade de estruturação da ambiência de farmácias ou unidades de dispensação, a fim de humanizar o atendimento e melhorar as condições de trabalho dos profissionais. Do total de 1.175 unidades de ambos os tipos analisadas, 40,3% tinham área superior a 14 m²; 80,2% tinham cadeiras na sala de espera; 31,8% tinham área de dispensação menor que 5m²; 23,8% tinham grades no guichê de atendimento, separando o atendente do usuário; 44,1% tinham acesso à internet; 13,7% apresentavam área para consulta farmacêutica; e, na maioria delas, a área destinada ao armazenamento não possuía refrigerador exclusivo para medicamentos (Leite et al, 2017).

Em outro trabalho, em que também foram utilizados dados da Pnaum, 455 farmácias em unidades de APS foram analisadas utilizando um guia de observação e entrevistas com profissionais da AF. Verificou-se descumprimento das condições técnicas e sanitárias requeridas em grande número de farmácias, tais como, indisponibilidade de ar-condicionado, de armário com chave para medicamentos controlados e de refrigerador exclusivo para medicamentos, além de acondicionamento de medicamentos em contato direto com o chão. As maiores deficiências em condições sanitárias foram encontradas, em geral, nas capitais do Norte e Nordeste (Pereira e Costa, 2022).

No que se refere à conectividade, dados do Censo das Unidades Básicas de Saúde (UBS) mostram que, na média, 33,1% dessas unidades tinham farmácias com computadores com acesso à internet em 2024. O acesso foi maior nas regiões Sul (47,2%) e Sudeste (36,1%), e menor nas regiões Centro-Oeste (30,6%), Norte (27,3%) e Nordeste (26,5%) (Brasil, 2025a). Esses números mostram que a conectividade ainda é uma barreira para a implantação de sistemas de informação nas farmácias públicas e para a interoperabilidade de sistemas em níveis local e nacional.

A insuficiência da infraestrutura física e tecnológica também é evidenciada pela desigualdade de capacidade institucional das secretarias estaduais de saúde para assegurar a dispensação de medicamentos do Ceaf, o que envolve a garantia de acesso ao diagnóstico e a organização das redes de atenção à saúde. Municípios e estados com menor estrutura técnica e financeira enfrentam dificuldades para manter farmácias especializadas adequadas e pessoal treinado para a abertura de processos administrativos, o que acaba dificultando o acesso da população local aos medicamentos (Zimmermann et al, 2025).

c) Profissionais em quantidade e formação insuficientes

Quanto aos profissionais, houve crescimento de 152% no número de farmacêuticos em estabelecimentos de saúde ambulatoriais do SUS entre 2008 e 2025, que passou de 0,4 para 0,9 profissionais por 10 mil habitantes. Em 2024, o número de farmacêuticos nessas unidades era de 0,8 por 10 mil habitantes⁸ e havia 4,8 farmacêuticos por 10 mil habitantes no Brasil (Vieira et al, 2026), ou seja, 17% dos farmacêuticos do país atuavam em estabelecimentos ambulatoriais de saúde do SUS. Na relação entre farmacêuticos e estabelecimentos, a proporção alterou pouco entre esses anos, de um farmacêutico para cada 9,8 estabelecimentos ambulatoriais em 2008 para 9,2 em 2025. Esses números dão uma dimensão da quantidade insuficiente desses profissionais no setor público.

Em um estudo sobre a inserção dos farmacêuticos nas UBS, com base em dados do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os autores verificaram pouca variação no percentual de unidades básicas de saúde com disponibilidade de farmacêutico, que passou de 14,4% em 2014 para 14,7% em 2017 (Peixoto et al, 2022).

De acordo com Carvalho e colaboradores (2026), a força de trabalho farmacêutico aumentou 36% nas unidades que atendem o SUS e 47% nos estabelecimentos de APS no

⁸ Esse cálculo foi feito considerando dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def>) e dados de população residente da RIPSA (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popsvs2024br.def>). Os seguintes parâmetros foram utilizados: a) categorias profissionais: inclui farmacêuticos e farmacêuticos-bioquímicos; b) ano/mês de competência: 2008, 2024 e 2025 no mês de julho; c) atendimento pelo SUS; e d) tipos de estabelecimentos de saúde: posto de saúde, centro de saúde/unidade básica, policlínica, unidade mista, unidade móvel fluvial, clínica/centro de especialidade, farmácia, unidade de saúde da família, centro de atenção hemoterapia e ou hematológica, centro de atenção psicossocial, centro de apoio a saúde da família e unidade de atenção à saúde indígena.

Brasil entre 2014 e 2023. Entretanto, 92% dos farmacêuticos não estavam vinculados à equipe de saúde, o que seria recomendável nesse nível de atenção à saúde. Além disso, os vínculos profissionais que mais cresceram naquele período foram os precários, que não garantem direitos trabalhistas, como bolsas, estágios, entre outras modalidades de contratação. Além disso, os autores verificaram distribuição geográfica e por nível de atenção desigual, com maior concentração de farmacêuticos em centros urbanos e nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

No que se refere à formação, estudo realizado com dados da Pnaum verificou que 90,7% dos 495 coordenadores de AF e 45,5% dos 1.139 responsáveis pela entrega de medicamentos na APS tinham ensino superior em 2015 (Carvalho et al, 2017). Isso mostra que a maior parte dos profissionais que atuavam nas farmácias não tinha a qualificação legal necessária para tanto.⁹

Isso não quer dizer que profissionais de ensino médio sejam prescindíveis. Muito pelo contrário. Faz-se necessário dispor de farmacêuticos nas farmácias e de equipe de apoio, técnicos e auxiliares de farmácia, para a realização de atividades técnico-operacionais sob a supervisão dos farmacêuticos (Brasil, 2010a). No entanto, a disponibilidade de pessoal de nível médio qualificados ainda pode ser uma barreira. Um mapeamento realizado para o período de 2001 a 2013 identificou elevada evasão de alunos dos cursos técnicos de farmácia e número de concluintes muito inferior ao de farmacêuticos inscritos nos conselhos de farmácia. Em 2006, último ano com dados tanto de matriculados quanto de concluintes, o percentual de concluintes foi de 19,4% e, em 2012, havia 10,8 mil matriculados em cursos técnicos de farmácia em todo o Brasil e cerca de 157 mil farmacêuticos inscritos nos conselhos (Stephanelli, 2015). A falta de regulamentação profissional para os técnicos e auxiliares de farmácia no Brasil pode ser um fator determinante do baixo interesse na procura e na desistência dos cursos nessa área (Carvalho et al, 2026).

Outra questão diz respeito à capacitação dos técnicos de farmácia. Melo e colaboradores (2017) avaliam que, com treinamento adequado, esses profissionais podem se tornar

⁹ A Lei nº 5.991/1973 estabelece que as farmácias devem ter responsável-técnico farmacêutico (Brasil, 1973) e a Lei nº 13.021/2014 reconhece as farmácias como estabelecimentos de saúde e determina a necessidade da presença do farmacêutico durante todo o seu horário de funcionamento (Brasil, 2014a). De acordo com esta última lei, a farmácia “é uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, na qual se processe a manipulação e/ou dispensação de medicamentos magistrais, oficinais, farmacopeicos ou industrializados, cosméticos, insumos farmacêuticos, produtos farmacêuticos e correlatos” (art. 3º).

aliados dos farmacêuticos na identificação e resolução de problemas relacionados aos medicamentos. Contudo, a oferta de capacitação ainda está aquém da necessária. Dessa forma, faz-se necessário ampliar tanto a disponibilidade de pessoal de nível técnico quanto a capacitação desses profissionais para uma atuação mais qualificada na AF.

4.3 Macroproblema 3: problemas relacionados à avaliação e à incorporação de medicamentos

a) Falta de prioridade da avaliação de tecnologias em saúde no SUS

A incorporação e o uso de tecnologias em saúde envolvem decisões complexas, que exigem a consideração simultânea de evidências científicas, impactos econômicos e implicações sociais para os sistemas de saúde. Nesse contexto, a avaliação de tecnologias em saúde (ATS) consolidou-se internacionalmente como um instrumento fundamental para apoiar a tomada de decisão em políticas públicas.

Segundo a OMS, a ATS pode ser definida como *“uma avaliação sistemática e multidisciplinar das propriedades de tecnologias e intervenções em saúde, abrangendo suas consequências diretas e indiretas. Trata-se de um processo multidisciplinar que visa determinar o valor de uma tecnologia em saúde e orientar a aplicação dessas tecnologias em sistemas de saúde ao redor do mundo”* (OMS, s.d., tradução nossa). O Ministério da Saúde, de forma similar, define a ATS como o *“processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde e das consequências econômicas e sociais do emprego das tecnologias em saúde”*, segundo critérios de segurança, acurácia, eficácia, efetividade, equidade, impactos éticos, culturais e ambientais, custos, custo-efetividade, e impacto orçamentário (Brasil, 2021d). Por fim, a Rede Internacional de Agências de Avaliação de Tecnologias em Saúde (do inglês, *INAHTA*) define a ATS como *“um processo multidisciplinar que utiliza métodos explícitos para determinar o valor de uma tecnologia em saúde em diferentes pontos de seu ciclo de vida. O objetivo é subsidiar a tomada de decisão, a fim de promover um sistema de saúde equitativo, eficiente e de alta qualidade”*¹⁰.

¹⁰ Disponível em: <https://www.inahta.org/>. Acesso em 04 abr. de 2026.

A ATS começou a ser institucionalizada no Brasil a partir do ano 2000. Um importante marco foi o ano de 2003, quando foi criado o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CCTI), responsável por definir diretrizes e promover a avaliação tecnológica para apoiar decisões de incorporação no SUS. Entre suas primeiras iniciativas esteve a criação do Grupo Permanente de Trabalho em Avaliação de Tecnologias em Saúde (GT/ATS), voltado à produção de estudos nessa área. Esse processo culminou, em 2006, na criação da Comissão para Incorporação de Tecnologias no Ministério da Saúde (Citec), posteriormente substituída, em 2011, pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), consolidando a institucionalização da avaliação de tecnologias em saúde no país (Araújo, Distrutti e Elias, 2017).

Para realizar estudos de ATS, o Ministério da Saúde dispõe do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS). Também contribuem para a ATS os Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS), que são uma *“estrutura que reúne, dentro de uma instituição pública ou privada sem fins lucrativos, recursos e profissionais com competência técnica para desenvolver, promover e executar a ATS”* (Brasil, 2021d). Eles compõem a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), criada pelo Ministério da Saúde. De acordo com a regulamentação da rede, seus objetivos incluem produzir e disseminar estudos e pesquisas prioritárias em ATS, padronizar metodologias de avaliação, promover a capacitação de profissionais na área e estabelecer mecanismos para o monitoramento de tecnologias novas e emergentes (Brasil, 2021d).

Contudo, apesar dos diversos avanços mencionados, a implementação efetiva da ATS enfrentou diversos obstáculos, como resistência de gestores e profissionais, falta de coordenação e de recursos, limitações metodológicas, escassez de pessoal qualificado e dificuldades na articulação federativa para a participação de estados, DF e municípios nos processos de priorização das avaliações para incorporação de tecnologias no SUS (Brasil, 2009c; Araújo, Distrutti e Elias, 2017; Kuchenbecker e Polanczyk, 2012; Silva et al., 2012).

Para Novaes e Soárez (2020), a formação em ATS tem recebido pouca prioridade nas instituições responsáveis pela preparação de profissionais para atuar no setor público, como universidades e centros de formação em saúde pública, além de permanecer praticamente ausente das agendas das associações ligadas à Saúde Pública e à Saúde Coletiva.

b) Limitações do processo decisório de incorporação de tecnologias e processo de incorporação falho

As limitações do processo decisório de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil evidenciam tensões estruturais que comprometem a qualidade, a transparência e a efetividade das decisões. Embora o modelo nacional seja orientado por evidências técnico-científicas, persistem obstáculos relativos à qualidade, à transparência e à efetividade das decisões. Recentemente, o Tribunal de Contas da União (TCU) divulgou um relatório de auditoria após acompanhar o trabalho da Conitec de 2021 a 2023 (Brasil, 2026a). Anteriormente, a Controladoria-Geral da União (CGU) também já havia avaliado os processos de incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS, em um relatório de auditoria publicado em 2020 (Brasil, 2020a). Os resultados principais de ambas as análises são apresentados a seguir e complementados com informações adicionais, quando necessário.

Em primeiro lugar, ambos os relatórios buscaram avaliar o processo de análise técnica no que tange à qualidade das evidências científicas apresentadas para atestar a eficácia, a efetividade e a segurança do medicamento objeto do processo de ATS. No relatório da CGU, foram selecionados aleatoriamente 16 relatórios de recomendação, correspondendo a 11,3% das demandas identificadas. Desse total, oito referem-se a demandas de solicitantes internos e oito a demandas de solicitantes externos. Foi identificado que, em três casos, apesar da qualidade da evidência científica ter sido considerada baixa, a decisão da Conitec foi favorável à incorporação (Brasil, 2020a). Por outro lado, o TCU encontrou, a partir de uma análise de 26 incorporações ao SUS em 2023, que 12 tecnologias (46,15%) foram aprovadas com incertezas relevantes, seja por baixa qualidade das evidências clínicas, por ultrapassarem o limiar de custo-efetividade, ou ambos (Brasil, 2026a).

Cabe enfatizar, no entanto, que a identificação de casos em que decisões favoráveis ocorreram mesmo diante de evidências classificadas como de baixa qualidade não implica ausência de rigor técnico ou inadequação das recomendações. Esse resultado reflete também, em grande medida, as limitações estruturais da produção de evidências em determinados contextos, especialmente no caso de doenças raras, nas quais ensaios clínicos robustos são frequentemente inviáveis (Brasil, 2020a). Prova disso é o fato de

que 7 dos 12 casos com baixa evidência apontados pelo TCU foram relacionados a doenças raras ou ultrarraras (Brasil, 2026a).

No entanto, um aspecto levantado em ambos os relatórios é a ausência de medidas de mitigação de risco nos casos de incorporação com baixa qualidade de evidência. No relatório do TCU, apenas 1 dos 12 casos de baixa evidência adotaram medidas de mitigação. Algumas alternativas que poderiam ser consideradas, segundo o Tribunal, são: a incorporação de condicionantes às recomendações, a celebração de acordos de compartilhamento de risco ou de acesso gerenciado e o estabelecimento de critérios claros para o monitoramento e a avaliação do desempenho das tecnologias em saúde (Brasil, 2026a).

Em relação às análises de impacto orçamentário (AIO), nota-se que houve uma evolução gradual ao longo do tempo. Evidências indicam um aumento consistente na proporção de relatórios técnicos de recomendação da Conitec que incluem AIO, passando de 13,3% dos relatórios em 2013 para 100% em 2024 (Curado e Silva, 2025). Ainda assim, permanecem desafios relacionados à robustez metodológica dessas análises. O mesmo estudo também aponta ausência de análises de sensibilidade e análises de custos limitadas aos valores de aquisição dos medicamentos, ignorando, por exemplo, os custos de administração dos medicamentos e os custos de manejo de eventos adversos (Curado e Silva, 2025).

A auditoria da CGU avaliou a compatibilidade entre o impacto orçamentário calculado no processo de ATS e o impacto orçamentário observado após a incorporação, utilizando um subconjunto de medicamentos incorporados em 2017. Foi observado que o impacto orçamentário efetivo foi inferior àquele previsto no processo de ATS em 6 dos 7 medicamentos analisados. Contribuiu para isso o fato de que, em geral, o preço e a demanda foram efetivamente menores do que o esperado. Embora esse fenômeno possa ser visto como positivo, em virtude da economia para as contas públicas, destaca-se que a superestimação da demanda também pode levar a medicamentos adquiridos em excesso, podendo causar perda de validade dos produtos e custos adicionais de estocagem. Além disso, o resultado também pode sinalizar falta de informação dos profissionais de saúde, dificuldades de diagnóstico no caso de doenças raras, entre outros (Brasil, 2020a).

Por outro lado, a auditoria do TCU chegou a conclusões diferentes. Utilizando uma amostra de tecnologias incorporadas entre 2021 e 2023, o Tribunal encontrou que as

aquisições realizadas após a decisão de incorporação frequentemente ocorreram a preços superiores àqueles considerados no processo de ATS que subsidiou as recomendações. Uma das diferenças é que, enquanto o relatório da CGU considerou apenas medicamentos com compra centralizada no Ministério da Saúde, o TCU considerou tanto compras centralizadas quanto descentralizadas. Nesse sentido, o Tribunal encontrou que a escala parece fazer diferença: quando as compras foram realizadas por estados e municípios, os preços praticados frequentemente excederam os utilizados no processo de ATS para subsidiar as recomendações (Brasil, 2026a).

Em adição, a auditoria do TCU também destaca que a avaliação orçamentária se limita ao cálculo do impacto, sem considerar a disponibilidade efetiva de recursos, o que pode comprometer a sustentabilidade financeira do SUS e dificultar a implementação das tecnologias incorporadas. Outro ponto crítico refere-se ao fluxo decisório: a incorporação da tecnologia ocorre antes da definição de quem será responsável pelo seu financiamento, uma vez que a pactuação na CIT é posterior à decisão. Isso impede a verificação prévia da viabilidade financeira da incorporação, aumentando o risco de decisões desalinhadas com a capacidade de financiamento dos entes federativos. Por fim, o Tribunal ressalta a ausência de parâmetros objetivos, como limiares de impacto orçamentário, que orientem o processo decisório. Em contraste, experiências internacionais adotam tais referenciais para classificar tecnologias de alto impacto orçamentário, permitindo a adoção de mecanismos adicionais de gestão, como negociação de preços, implementação faseada ou mesmo postergação da incorporação (Brasil, 2026a).

O baixo percentual de contribuições em consultas públicas também foi identificado como um problema no processo de incorporação. Em doze consultas públicas avaliadas pela auditoria da CGU, a maioria das contribuições foram favoráveis à incorporação do medicamento em análise, mesmo quando havia limitações nas evidências apresentadas e examinadas no relatório da ATS (Brasil, 2020a). A mobilização dos participantes de consultas públicas da Conitec tende a ser muito maior quando a recomendação inicial da comissão é pela não incorporação ou não ampliação do uso de uma tecnologia. Nessas situações, a maioria das manifestações é contrária à recomendação da comissão, tendo entre os principais participantes pacientes, familiares e associações de pacientes, especialmente em casos de doenças raras (Vieira, Piola e Servo, 2022). Por sua vez, a auditoria do TCU encontrou que onze processos de ATS não realizaram chamada pública para participação de usuários do SUS, sem que houvesse justificativa para a dispensa. Na

avaliação do Tribunal, essa situação decorre da ausência de um procedimento prévio que avalie a relevância da participação dos usuários do SUS, definindo, de forma justificada, se há necessidade de realização de chamamento público (Brasil, 2026a).

No que tange aos prazos, a legislação prevê que a incorporação ocorra no prazo de 180 dias, admitida prorrogação por 90 dias. Em seguida, o prazo máximo para disponibilização no SUS é de 180 dias, porém sem possibilidade de prorrogação. Segundo o relatório da CGU, em 6 dos 9 casos avaliados o prazo de conclusão ultrapassou 180 dias, e em 2 casos foi observado prazo superior a 280 dias. Ainda, considerando um universo de 25 medicamentos, o prazo médio decorrido entre a data de incorporação e a efetiva dispensação foi de 624 dias. Além disso, em nenhum dos casos houve cumprimento do prazo para oferta no SUS (Brasil, 2020a). O relatório do TCU divulgado em 2026 reforça os achados da CGU. Segundo a análise documental realizada pelo Tribunal, entre 2021 e 2023, cerca de 30% dos 126 processos avaliados ultrapassaram o prazo legal para a conclusão das avaliações de tecnologias. Ademais, considerando 60 tecnologias incorporadas cujas informações de implementação estavam disponíveis, foi observado que 47 (78,3%) não foram ofertadas dentro do prazo normativo estabelecido (Brasil, 2026a).

Ademais, ambos os relatórios concluem que não parece haver um processo contínuo de monitoramento após o processo de incorporação com a finalidade de subsidiar ajustes quantitativos em relação aos termos previstos no processo de ATS, apesar de alguns avanços recentes como a criação da Coordenação de Monitoramento de Tecnologias em Saúde (CMTS) a partir da Portaria GM/MS nº 2.909/2022. A CGU destaca que nenhum dos 8 relatórios analisados cuja decisão foi por incorporar o medicamento ao SUS apresentou metas e indicadores para mensuração da efetividade e do impacto orçamentário do medicamento após a incorporação. Também não foram estipulados prazos para reavaliação do medicamento após a sua incorporação (Brasil, 2020a). A mesma percepção foi corroborada pelo relatório do TCU, que verificou também a inexistência de um plano estruturado de monitoramento, com definição de prioridades, critérios, responsabilidades e cronograma. Soma-se a isso a ausência de uma estratégia de desinvestimento articulada ao acompanhamento contínuo, indicando lacunas na gestão estratégica das tecnologias em saúde. Ademais, o uso de instrumentos precários, como planilhas desatualizadas, aliado à falta de transparência e de um sistema informatizado centralizado, compromete a eficiência e a rastreabilidade do processo (Brasil, 2026a).

Outro conjunto de limitações refere-se à influência de interesses externos sobre as decisões. A literatura destaca que pressões políticas, econômicas e corporativas, provenientes da indústria, de sociedades médicas e de associações de pacientes, podem afetar a imparcialidade e a independência das recomendações, introduzindo vieses que tensionam a racionalidade técnico-científica que deveria orientar a avaliação de tecnologias em saúde (Souza e Souza, 2018, Alkhadi et al., 2026). Além disso, o relatório do TCU encontrou atuação de membros da Conitec em potenciais situações de conflito de interesses, apesar das medidas de mitigação de risco adotadas pelo DGITS, como a exigência de declarações específicas e a assinatura de termos de confidencialidade (Brasil, 2026a).

Outra questão é que o uso ainda incipiente da avaliação econômica nas recomendações da Conitec, apesar de sua previsão normativa como critério essencial para a tomada de decisão, também vem sendo citado como uma limitação relevante. Um estudo de 10 indicações diferentes para tratamento de câncer encontrou que apenas cinco possuíam análise de custo-efetividade (Ribeiro et al., 2024). Uma análise mais abrangente, considerando 101 relatórios da Conitec, encontrou que 87,1% não incluíam uma avaliação econômica completa (Yuba et al., 2018). Segundo o relatório do TCU, 7 relatórios avaliados entre 2021 e 2023 não continham avaliações econômicas nem justificativas legais para sua não apresentação (Brasil, 2026a).

Ainda assim, avanços significativos no uso de avaliações econômicas foram observados nos últimos anos. O número de relatórios sem avaliação econômica e sem justificativa legal reportados pelo TCU é relativamente baixo e menor do que estudos anteriores. Além disso, a publicação pelo DGITS da terceira edição do manual de Diretrizes Metodológicas para a Avaliação Econômica em Saúde em 2026 também significou marco relevante nesse processo ao promover a padronização de métodos e incentivar a incorporação sistemática de evidências econômicas no processo decisório¹¹.

Por fim, a ausência de parâmetros claros acerca do peso de cada critério diminui a transparência da tomada de decisão e reduz a comparabilidade entre avaliações da Conitec (Brasil, 2021a). Por exemplo, analisando o caso de tecnologias para o tratamento de câncer, um estudo encontrou que, apesar de critérios econômicos serem citados

¹¹ Ver

https://rebrats.saude.gov.br/images/DiretrizesMetodologicas/diretrizes_metodologicas_diretriz_avaliacao_economica_3ed.pdf. Acesso em 04 abr. 2026

frequentemente nos relatórios produzidos pela Conitec, os critérios clínicos parecem ter maior relevância sobre a decisão final (Campolina, Yuba e Soárez, 2022).

c) Deficiências na definição de listas de medicamentos essenciais nos estados e municípios

Conforme definido na Lei Federal nº 12.401/2011 e no Decreto nº 7.508/2011, o SUS organiza o acesso a medicamentos e insumos farmacêuticos por meio de uma arquitetura hierarquizada de listas, cujo referencial nacional é a Rename^{12,13}. Ela é publicada pelo Ministério da Saúde e era atualizada a cada dois anos (Brasil, 2011b). Mais recentemente a atualização da Rename passou a ocorrer em tempo real (Brasil, 2026b). A Conitec, também criada em 2011, é responsável por auxiliar o Ministério no processo de inclusão, exclusão e alteração da lista nacional (Brasil, 2011c).

Além disso, conforme as legislações supracitadas, os estados, o Distrito Federal e os municípios podem adotar relações de medicamentos específicas e complementares, desde que questões de saúde pública justifiquem essa necessidade. Essas são chamadas de Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (Resme) e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) (Brasil, 2011a, 2011b).

Diversos atores incentivam que Remumes e Remes sejam elaboradas por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). O estado de Minas Gerais define a CFT como uma *“instância colegiada, de natureza técnico-científica, permanente, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade assessorar o gestor e a equipe de saúde em assuntos referentes a medicamentos, visando garantir o uso seguro e racional”* (Minas Gerais, 2020).

Além de manter uma CFT em âmbito estadual, Minas Gerais também disponibiliza diretrizes para a instituição de comissões análogas nos municípios, reforçando a importância de sua institucionalização nas diferentes esferas de gestão (Minas Gerais,

¹² As listas oficiais de medicamentos essenciais existem, porém, antes mesmo da existência do SUS. Elas são produzidas no Brasil desde 1964, sendo que, em 1975, essa relação passou a receber pela primeira vez a denominação de Rename (Araújo, Distrutti e Elias, 2017).

¹³ Cabe destacar que vários medicamentos e insumos de uso hospitalar, incluindo aqueles destinados a situações de urgência e emergência, não estão contemplados na Rename, mas sim na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases). Nesses casos, o financiamento ocorre por meio do procedimento hospitalar, de modo que, uma vez assegurado o acesso ao procedimento, também se garante o acesso ao medicamento ou insumo necessário para sua realização, conforme Portaria MS/GM nº 533/2012 (Araújo, Distrutti e Elias, 2017).

2020). À CFT estadual compete a condução técnica, política e administrativa do processo de avaliação e incorporação de medicamentos no estado. Nesse contexto, a comissão atua na seleção de medicamentos a partir de uma abordagem interdisciplinar, integrando distintos saberes e considerando evidências científicas, critérios epidemiológicos e aspectos organizacionais do sistema de saúde (Minas Gerais, 2024).

Outras unidades da federação que possuem CFTs são Piauí (Piauí, 2025), Goiás (Goiás, 2013), Santa Catarina (Santa Catarina, 2022), Rio Grande do Sul (Rio Grande do Sul, 2020) e Distrito Federal (Distrito Federal, 2022). Uma análise realizada entre 2013 e 2015 em 417 municípios e Distrito Federal em 42 regiões do Brasil encontrou que 11,5% afirmaram ter CFT (Chaves et al, 2025). Apesar de serem adotadas por diversos entes, as CFTs não são regulamentadas, estimuladas ou cofinanciadas pelo Ministério da Saúde.

Um estudo apontou deficiências significativas na definição das Remumes em municípios paulistas, como grande variação no número de itens, falta de critérios padronizados e de alinhamento com as necessidades epidemiológicas locais (Chiaroti, Oliveira e Ueta, 2017). Outra análise realizada com gestores municipais e estaduais encontrou diversas deficiências, dentre as quais: (i) seleção de medicamentos de acordo com a demanda e não com as necessidades de saúde; (ii) falta de operacionalidade das CFT; (iii) desconhecimento (embora raro) do conceito de lista de medicamentos essenciais (LME); e (iv) fragilidades institucionais, como a escassez de profissionais qualificados, especialmente farmacêuticos, e a baixa institucionalização da AF nas esferas subnacionais (Magarinos-Torres et al., 2014).

Ademais, muitas listas são elaboradas sem suporte técnico e sem articulação com a Rename, revelando fragilidade na coordenação da assistência farmacêutica. Segundo o Conasems (2020), gestores locais frequentemente utilizam critérios inadequados, baseando-se nas prescrições mais comuns ou na disponibilidade dos medicamentos, em vez de critérios técnicos e epidemiológicos, o que compromete a coerência e a qualidade das listas.

Por fim, também merece ser destacado que nem todos os entes da federação possuem listas próprias de medicamentos essenciais. Estudos mencionados anteriormente reportaram a presença de Remume em 33,3% (Magarinos-Torres et al., 2014) e 54,9%, (Chaves et al, 2025) dos municípios analisados. Uma análise de 1.600 municípios apenas conseguiu identificar 794 Remumes. Os demais municípios ou não possuíam Remume

ou não disponibilizaram em websites públicos ou via pedido de acesso à informação. As regiões com maior identificação de Remumes foram Sul e Sudeste. A região com menor presença de Remumes foi a região Nordeste (Minguzzi, 2026).

d) Defasagem na revisão de medicamentos incorporados ao SUS

Uma questão apontada comumente pelos municípios é a falta de atualização na Rename dos medicamentos que constam do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). A Tabela 1 mostra que, do total de 926 apresentações farmacêuticas constantes na Rename 2024, 348 (37,6%) foram incorporadas após a publicação da Rename 2013. Dessas incorporações, apenas 7,5% foram incluídas no CBAF. Mais de 72% foram incluídas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Em mais de uma década, de 187 fármacos incorporados ao SUS, somente 7,5% (14 fármacos) foram destinados ao CBAF.

TABELA 1
Rename 2024: apresentações farmacêuticas e fármacos segundo sua inclusão na Rename 2013 e componentes da assistência farmacêutica

Componentes	Apresentações				Fármacos			
	Quantidade			% das incorporações após 2013	Quantidade			% das incorporações após 2013
	Incorporada após 2013	Constava em 2013	Total		Incorporada após 2013	Constava em 2013	Total	
Básico	26	180	206	7,5	14	98	112	7,5
Especializado	252	132	384	72,4	142	65	207	75,9
Estratégico	23	56	79	6,6	16	24	40	8,6
Hospitalar	16	142	158	4,6	8	73	81	4,3
Oncologia	31	68	99	8,9	7	35	42	3,7
Total	348	578	926	100,0	187	295	482	100,0

Fontes: Rename 2024 (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/renome/renome-2024>) e Rename 2013 (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/renome/publicacoes-antiores/renome-2013.pdf/view>).
Elaboração dos autores.

Quanto à desincorporação de medicamentos, um estudo mostra que, entre 2012 e 2023, do total de 790 relatórios de recomendação, 23 (2,9%) tratavam da exclusão de medicamentos, a partir de demandas das equipes do Ministério da Saúde. Essas solicitações de desincorporação foram motivadas pela disponibilidade de novas evidências científicas e avanços tecnológicos (Borges, Pinheiro e Rodrigues, 2025).

A inexistência de revisão periódica das tecnologias incorporadas ao SUS é apontada como uma lacuna institucional relevante (Pereira, Barreto e Neves, 2019). Evidências sobre as atividades da comissão entre 2012 e junho de 2016 demonstram que as solicitações de

desincorporação de medicamentos são significativamente inferiores ao volume de novas incorporações aprovadas, resultando em um portfólio tecnológico cada vez mais extenso no âmbito do SUS (Caetano et al., 2019). Esse padrão de acúmulo, em vez de substituição, é um fenômeno classicamente associado à elevação progressiva dos custos no setor da saúde (Santos, 2010).

4.4 Macroproblema 4: problemas de coordenação da AF

a) Coordenação federativa da AF ainda em desenvolvimento

A coordenação federativa, no contexto das relações intergovernamentais no Brasil, é entendida como um esforço intencional do nível central de governo para influenciar o comportamento dos níveis subnacionais, de modo a promover um padrão alinhado de execução de políticas públicas, mobilizando instrumentos (normas, transferência de recursos, pactuações, instâncias de negociação, sistemas de informação, entre outros) que favoreçam esse alinhamento entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios (Jaccoud, 2020).

Embora a coordenação federativa do SUS esteja bem desenvolvida - exercida por meio de relevantes instâncias como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regionais (CIR), de pactuações de responsabilidades nessas instâncias e de repasses condicionados de recursos - ainda se mostra incipiente o uso desses instrumentos para a coordenação da AF. As pactuações, de forma geral, envolvem o financiamento de medicamentos, e as iniciativas nacionais voltadas ao aperfeiçoamento dos serviços farmacêuticos estão centradas na adesão dos municípios ao Qualifar-SUS e, mais recentemente, na publicação das Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no Âmbito do SUS (Brasil, 2024a). O Qualifar-SUS é a principal estratégia federal de indução da organização dos serviços farmacêuticos no SUS e vem contribuindo para maior coordenação entre as esferas de governo na AF (Conass, 2014a). Entretanto, ainda é preciso expandir a articulação entre o Ministério da Saúde, o Conasems, o Conass e as secretarias estaduais e municipais de saúde para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos. Além disso, o financiamento federal para o aprimoramento da AF permanece insuficiente.

Segundo Costa e colaboradores (2017b), a pactuação intergovernamental é imprescindível para a efetivação da PNAF e das ações de AF no SUS, o que demanda negociação, estabelecimento de compromissos e definição de responsabilidades compartilhadas entre os gestores de saúde nas três esferas de governo. Para que isso ocorra de forma plena no SUS, os autores enfatizam a necessidade de superar alguns desafios, entre eles: i) as lacunas na coordenação das ações e na continuidade das políticas; ii) as desigualdades de capacidade estatal e fiscal entre estados e municípios; e iii) a falta de indicadores consolidados e sistemas de monitoramento integrados.

Outra questão é a interoperabilidade limitada entre os sistemas da AF nas três esferas de governo que, por sua vez, torna menos abrangente a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços de Assistência Farmacêutica (BNAFAR),¹⁴ o que dificulta a coordenação federativa. Sem dados fidedignos de consumo real e estoque as aquisições centralizadas da União e dos Estados tornam-se exercícios de estimativa imprecisa, gerando riscos de desperdício ou de desabastecimento de medicamentos.

A descentralização de responsabilidades aos municípios no que se refere à aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, entre outras atividades da AF, se não for acompanhada de coordenação e cooperação¹⁵ técnica e financeira da União e dos estados, pode resultar em indisponibilidade dos medicamentos incorporados ao SUS, em prejuízo à integralidade do atendimento e em baixa efetividade do cuidado em saúde (Vieira, 2008a). Na aquisição de medicamentos, a coordenação federativa é um dos pontos mais críticos para a sustentabilidade do SUS. A tensão entre a autonomia administrativa assegurada pela CF 1988 e a escassez de recursos motiva a busca de alternativas para conferir maior eficiência nas compras desses produtos.

Algumas experiências buscaram fortalecer a AF em municípios sob indução estadual, mas ainda enfrentam muitos desafios. Em Minas Gerais, no âmbito do Programa Farmácia de Minas, criado em 2008, o governo estadual delegou aos municípios parte das responsabilidades pela aquisição e gestão logística dos medicamentos da APS, antes centralizada no estado. Em uma avaliação sobre esse programa, verificou-se a redução do

¹⁴ Sobre a BNAFAR, ver: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/bnafar>. Acesso em: 20 jan. 2026.

¹⁵ A cooperação difere da coordenação federativa por se tratar de um esforço voluntário e discricionário de interação intergovernamental. A coordenação decorre de um esforço intencional do nível central de governo para influenciar os governos subnacionais e gerar um padrão alinhado de execução de uma política (Jaccoud, 2020).

custo de logística. Contudo, a capacidade de gestão dos municípios foi uma limitação séria, sobretudo em localidades com pouca estrutura administrativa e técnica, além de dificuldades na integração entre as esferas estadual e municipal (Carlo, 2019).

Ainda em Minas Gerais, o governo estadual mantém atas de registro de preços de medicamentos para adesão por parte dos municípios. Isso possibilitou a aquisição de medicamentos a preços menores do que se cada município licitasse individualmente. Ademais, o custo logístico ficou a cargo dos fornecedores, que passaram a entregar os produtos diretamente nos municípios ou nas Gerências Regionais de Saúde do estado (Carlo, 2019). Ao manter essas atas, o estado induz a adesão dos municípios a elas, evitando a realização de processos onerosos de licitação, especialmente em municípios de pequeno porte populacional.

No Rio Grande do Sul, o Programa Cuidar+ foi criado pela secretaria estadual de saúde, em 2021, com a finalidade de fomentar o cuidado farmacêutico nas Farmácias de Medicamentos Especiais (FME) dos municípios gaúchos (CFF, 2023). Em uma avaliação desse programa, realizada na fase inicial (2022) e na fase intermediária (2023), verificou-se ampla adesão ao programa (446 municípios, 89,7 % do total do estado); utilização significativa de recursos no Eixo Cuidado Farmacêutico para estruturação de consultórios ou espaços de atendimento e para compra de equipamentos; e realização de 5.955 atendimentos clínicos até agosto de 2022, com destaque para serviços de orientação farmacêutica e primeira dispensação, além de acompanhamento farmacoterapêutico a usuários. Nessa experiência, a indução do programa por meio do repasse de recursos foi importante para a adesão e a estruturação inicial das ações clínicas, mas a variação na utilização dos recursos pelos municípios aponta para a importância de estratégias de apoio técnico e gerencial para a efetividade das ações no SUS (Rigo et al, 2025).

No Paraná, o estado promoveu a transferência gradual da dispensação dos medicamentos do Ceaf para as secretarias municipais de saúde, de forma pactuada, considerando a capacidade dos municípios. O suporte do estado se dá por meio das regionais de saúde, que prestam apoio técnico às secretarias municipais, supervisionam a implantação da dispensação local e organizam o fluxo de pacientes e medicamentos. Além disso, o estado instituiu, desde 2012, um incentivo financeiro para a estruturação e manutenção das farmácias municipais, de forma a prestar tanto apoio técnico quanto financeiro às secretarias municipais de saúde na AF (Rossignoli et al, 2025).

No estado de São Paulo, o Programa Dose Certa tem o objetivo de promover o acesso da população aos medicamentos no âmbito da APS, por meio da aquisição e distribuição de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde para municípios com população inferior a 270 mil habitantes. Essa aquisição centralizada ocorre com os recursos referentes à contrapartida federal e estadual do CBAF. Os municípios sem adesão ao programa e os com população superior a esse patamar recebem em recurso financeiro as referidas contrapartidas na forma de transferência fundo a fundo (São Paulo, 2025).

b) Regionalização da AF pouco desenvolvida

A regionalização da AF também precisa ser desenvolvida no SUS, o que implica a organização da oferta dos medicamentos e dos serviços farmacêuticos considerando as RAS,¹⁶ tendo por base territorial as regiões de saúde.¹⁷ Não há diretriz nacional que aborde essa questão de forma abrangente. A garantia da integralidade do cuidado exige que a AF esteja articulada e integrada às linhas de cuidado e à rede de atenção, superando uma organização centrada na oferta do produto, com definição das responsabilidades quanto à aquisição, logística e dispensação de medicamentos entre os entes da federação. Se não há diretriz nacional, como fica a dispensação e o acesso aos serviços farmacêuticos para usuários de municípios de pequeno porte populacional, atendidos em unidade de saúde de referência fora de seu município, quando recebem uma prescrição de medicamento do Ceaf? Será que eles conseguem acessar o tratamento e os serviços no município de atendimento? Há farmácia estadual que dispensa os medicamentos do Ceaf na região de saúde onde reside?

Segundo Araújo e colaboradores (2017), enquanto os fluxos de referência e contrarreferência para consultas médicas e exames são relativamente desenhados, o fluxo do paciente para o serviço farmacêutico clínico, como o encaminhamento de um hipertenso não controlado para consulta farmacêutica, ainda é incipiente na maioria das regiões de saúde. Esses autores analisaram dados de todos os estabelecimentos públicos de saúde que realizavam entrega/armazenamento de medicamentos (n = 4.938) de 465

¹⁶ As RAS são um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (Brasil, 2011d).

¹⁷ As regiões de saúde são espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011d).

municípios e do Distrito Federal em 43 regiões de saúde entre dezembro de 2013 e julho de 2015. Eles observaram que havia pelo menos um serviço gerencial de apoio à rede de saúde e de armazenamento de medicamentos em todas as regiões (> 90%). Contudo, a oferta de serviços farmacêuticos clínicos era heterogênea e desigual, mostrando que esses serviços ainda não estão integrados às RAS, o que revela a necessidade de superação da ênfase tradicional da AF na logística de medicamentos e de se avançar em práticas que favoreçam a qualificação do acesso e a ampliação da oferta de cuidados clínicos aos usuários do SUS.

A morbimortalidade relacionada a medicamentos e as falhas na adesão terapêutica representam um custo sanitário e econômico elevado para o sistema, exigindo a estruturação de serviços clínicos integrados às RAS, como a dispensação qualificada, o acompanhamento farmacoterapêutico, a revisão da farmacoterapia e a conciliação de medicamentos (Pupo, 2019). A integração da AF às RAS é fundamental para a garantia da integralidade do atendimento e para se obter maior efetividade do cuidado em saúde.

c) Estruturas insuficientes no Ministério da Saúde e nas secretarias estaduais de saúde para assegurar apoio técnico e financeiro às secretarias municipais de saúde

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde é competência comum da União, dos estados, do DF e dos municípios, cabendo a esses últimos a prestação de serviços de saúde à população com a cooperação técnica e financeira federal e estadual (Brasil, 1988). Algumas experiências estaduais revelam que há iniciativas de apoio aos municípios em AF, como mencionado anteriormente. Nessa mesma linha, destaca-se o programa Qualifar-SUS do Ministério da Saúde. Contudo, essas iniciativas esbarram na insuficiência de recursos financeiros e humanos, e na ausência de estruturas organizacionais para que a cooperação se estabeleça de forma abrangente, efetiva e sustentada ao longo do tempo.

Essa insuficiência de recursos constitui provavelmente uma das principais causas dos problemas de coordenação e cooperação no SUS. Segundo Ribeiro e Moreira (2016), entre os fatores que evidenciam a crise do federalismo brasileiro estão a competição entre entes federativos por recursos, as grandes desigualdades entre municípios e regiões, o enfraquecimento dos estados como coordenadores regionais e a persistência das

desigualdades e dificuldades de coordenação nacional. É recorrente o diagnóstico de que a descentralização resultou em mais responsabilidades para os municípios sem contrapartida equivalente de recursos e apoio técnico da União e dos estados (Arretche, 2002; Silva, 2024). Ademais, de que é preciso reforçar esse apoio, especialmente para os municípios de pequeno porte populacional (CNM, 2025).

4.5 Macroproblema 5: problemas relacionados à gestão

a) Planejamento e gestão estratégica da AF incipientes

O planejamento estratégico é um processo que envolve a análise, a proposição de alternativas e a tomada de decisão sobre ações no momento presente para atingir objetivos estabelecidos em um cálculo sobre o futuro que se almeja (Toni, 2016). Por sua vez, a gestão estratégica na administração pública é o processo que conecta o planejamento estratégico à implementação, ao monitoramento e à avaliação da ação governamental. Quando a gestão estratégica é associada a mecanismos de liderança e controle, torna-se fundamental para a governança, que é a capacidade de fazer a administração pública funcionar para implementar políticas públicas e prestar serviços à sociedade (Brasil, 2020b).

Na administração pública brasileira, a gestão estratégica segue como grande desafio e pode ser caracterizada como um problema estrutural, que se manifesta pela fragilidade nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação da ação governamental. No SUS, nas três esferas de governo, o planejamento muitas vezes assume um caráter meramente formal e burocrático, desconectado da realidade operacional e das necessidades de saúde da população brasileira, o que resulta em dificuldades para garantir o acesso tempestivo, equitativo e integral à saúde (Vieira et al, 2023b).

As dificuldades de planejamento estratégico e de gestão estratégica no SUS se mostram ainda maiores para a AF, pois mesmo quando as secretarias estaduais e municipais de saúde realizam seu planejamento estratégico, muitas vezes a visão que os dirigentes têm sobre a assistência farmacêutica permanece restrita à oferta de medicamentos. Como mencionado anteriormente, a invisibilidade da AF decorre, em parte, de uma compreensão limitada sobre sua natureza, abrangência e relevância para a garantia da efetividade do cuidado em saúde. Na ausência de participação de representantes das

coordenações de AF no processo de planejamento das unidades gestoras do SUS, dificilmente se alteram as visões sobre a AF e se conquista representatividade da área nos planos de governo, conforme já alertava Mário Testa (Giovanella, 1992). Nesse aspecto, muito ainda precisa ser feito.

Em um estudo sobre a participação dos responsáveis pela AF no processo de planejamento em saúde, entrevistaram-se profissionais de 417 municípios e do Distrito Federal entre dezembro de 2013 e julho de 2015. Os autores verificaram baixa participação desses profissionais na elaboração dos instrumentos de planejamento da administração pública e do SUS: plano plurianual (24%), lei orçamentária anual (12%), plano de saúde (52%) e programação anual de saúde (33%) (Nora et al, 2019).

b) Monitoramento e avaliação da AF incipientes

Como o planejamento da AF é incipiente, acabam sendo incipientes também os processos de monitoramento e avaliação, que se seguem ao primeiro. Essa deficiência é agravada por sistemas de informação fragmentados, falta de cultura de avaliação institucional e baixa utilização de indicadores para a tomada de decisão estratégica nos três níveis de governo. Nesse contexto, torna-se difícil saber se a AF está alcançando seus objetivos, o que compromete o aperfeiçoamento das políticas e a garantia do acesso efetivo aos medicamentos e serviços (Ministério da Saúde e Opas, 2005).

A literatura técnica e acadêmica apresenta poucas publicações sobre esse assunto. Em estudo realizado em 2016, com o objetivo de avaliar a capacidade de gestão de 74 unidades municipais e estaduais do Ceaf de um estado da região Sul do Brasil, as autoras verificaram a existência de monitoramento dos tratamentos em apenas 32,3% das unidades. Para elas, isso evidencia a urgência de se priorizar o monitoramento e a avaliação das ações da AF (Rover et al, 2017).

Em outro trabalho sobre a gestão do Ceaf, foram avaliadas 35 unidades do estado de São Paulo em 2017 e 2018. As autoras constataram a não utilização ou inexistência de indicadores para o monitoramento das ações relacionadas ao Ceaf. Além disso, verificaram que apenas 0,7% dos usuários tinham registro de monitoramento dos tratamentos em sistema informatizado da secretaria de saúde (Fatel et al, 2021).

A falta de documentos institucionais do SUS sobre o monitoramento e a avaliação da AF, assim como a insuficiência na capacitação dos profissionais, evidenciam a ausência de

indução desse processo por parte do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de saúde. Isso mostra que há um gargalo importante na gestão dos serviços farmacêuticos, devido à ausência ou deficiência dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação da AF no SUS.

c) Soluções tecnológicas limitadas e com baixa implementação

O desenvolvimento do Sistema Hórus, em 2009, representa o primeiro marco estruturante dessa agenda. Segundo Costa e Nascimento Júnior (2012), o sistema foi concebido como uma inovação tecnológica para suprir a ausência de informações sistematizadas sobre a gestão, o acesso e o uso de medicamentos no SUS, apoiando o planejamento, o monitoramento e a avaliação. Desde sua origem, o sistema já funcionava como base técnica para a construção de uma base nacional de dados, ainda que esta não estivesse formalmente instituída. Foi justamente nesse movimento de ampliação e institucionalização dessa experiência que, em 2013, foi criada a BNAFAR, com a proposta de escalar nacionalmente o acúmulo produzido pelo Hórus e integrar informações provenientes de diferentes sistemas.

Nesse contexto, o Qualifar-SUS, especialmente por meio do Eixo Estrutura e Informação, representou uma inflexão na estratégia federal ao introduzir, pela primeira vez, a vinculação explícita entre o repasse de recursos financeiros e o envio regular de dados à BNAFAR. Ao condicionar a manutenção do financiamento à alimentação sistemática da base nacional com informações sobre entradas, saídas, dispensação e posição de estoque de medicamentos, o programa reconheceu a informação como elemento central da gestão da AF. Contudo, análises da implantação do Eixo Estrutura indicam que, embora esse mecanismo tenha ampliado a adesão inicial dos municípios ao envio de dados, a indução financeira, quando operada de forma isolada, mostrou-se insuficiente para superar barreiras estruturais e institucionais persistentes, resultando em graus de implantação insatisfatórios ou críticos em uma parcela expressiva dos municípios (Rodrigues et al., 2017).

Estudos mais recentes confirmam que a regularidade no envio de dados à BNAFAR está associada a maior grau de institucionalidade da AF nos municípios, expresso pela presença de gestor formal da área, pela inserção da AF nos instrumentos de planejamento governamental e pela melhor organização dos processos de trabalho. Em contraste,

contextos com menor capacidade institucional reproduzem desigualdades territoriais na informatização das redes dispensadoras e no uso da informação para a gestão, limitando o alcance das políticas nacionais (Mendes et al., 2024).

A incorporação explícita da saúde digital na AF no Plano Nacional de Saúde 2024-2027 representa um avanço relevante no planejamento governamental, ao estabelecer metas específicas para a ampliação do envio de dados à BNAFAR e para o desenvolvimento de novas soluções digitais (Brasil, 2025c). Ainda assim, as alterações normativas implementadas a partir de 2024, culminando na obrigatoriedade do envio diário de informações à BNAFAR, por meio da Portaria GM/MS nº 5.713, de 9 de dezembro de 2024 (Brasil, 2024b), reforçam o reconhecimento institucional de que, mais de uma década após sua criação, a base nacional ainda não havia se consolidado como instrumento regular de gestão da AF. Os dados públicos utilizados como linha de base pelo próprio Plano indicam que o alcance dessas metas exigirá esforços sustentados de coordenação federativa, indução federal e fortalecimento das capacidades institucionais locais.

É nesse cenário que se insere a criação do sistema e-SUS Assistência Farmacêutica (e-SUS AF), formalizado pela Portaria GM/MS nº 7.947, de 21 de agosto de 2025 (Brasil, 2025d), como nova tentativa de reorganização da arquitetura tecnológica da AF no SUS. Ao substituir gradualmente o Sistema Hórus e adotar um modelo orientado à interoperabilidade, ao desenvolvimento colaborativo, à governança tripartite e à integração com a Rede Nacional de Dados em Saúde, o e-SUS AF busca responder às fragilidades historicamente identificadas na literatura e nas avaliações institucionais.

Paralelamente à informatização da gestão, emergem experiências de telecuidado farmacêutico em âmbito nacional e local, que ampliam o escopo das soluções digitais da AF em direção ao cuidado clínico. Iniciativas conduzidas pelo Ministério da Saúde, como o serviço de telecuidado farmacêutico para pessoas com hipertensão arterial pulmonar, e experiências locais voltadas ao acompanhamento de usuários com asma em farmácias de medicamentos especiais demonstram potencial para qualificar a adesão terapêutica e o acompanhamento farmacoterapêutico (Gossenheimer et al., 2026). No entanto, essas iniciativas permanecem incipientes, pouco institucionalizadas e com baixa capilaridade no SUS, reproduzindo limitações semelhantes às observadas na trajetória dos sistemas de informação da AF.

Esse contexto ganha maior densidade institucional a partir da decisão do Supremo Tribunal Federal no julgamento do Recurso Extraordinário nº 1.366.243 (Tema 1.234), que estabelece regras vinculantes para o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS e determina a criação de uma Plataforma Nacional de Demandas de Medicamentos. Ao impor a adaptação obrigatória de sistemas e rotinas administrativas por parte dos gestores municipais, estaduais e federais, essa decisão desloca a saúde digital na AF do campo predominantemente programático para o campo da obrigatoriedade normativa, intensificando os desafios de coordenação e integração federativa (Brasil, 2024c).

Em síntese, a trajetória da saúde digital na AF do SUS evidencia que a superação das soluções tecnológicas limitadas e de sua baixa implementação exige mais do que a introdução de novas plataformas ou sistemas. Requer a consolidação de um modelo de governança capaz de articular tecnologia, financiamento, coordenação federativa com apoio técnico e uso estratégico da informação, como condição para reduzir desigualdades territoriais e qualificar, de forma sustentável, a gestão e o cuidado farmacêutico no SUS.

d) Fragmentação entre os serviços farmacêuticos

O SUS ainda apresenta elementos estruturais de fragmentação que comprometem o acesso oportuno, a continuidade assistencial e a integralidade do cuidado. Esse padrão histórico de organização, marcado pela segmentação de responsabilidades federativas, financiamento compartimentalizado e frágil articulação entre níveis de atenção, dificulta a coordenação clínica e a organização de fluxos integrados (Lavras, 2011).

As RAS foram instituídas como estratégia para enfrentar essa fragmentação, estruturando arranjos organizativos integrados por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com vistas à integralidade, à continuidade assistencial e ao uso racional de recursos (Brasil, 2010b). Contudo, a efetividade das redes depende da articulação concreta entre seus componentes e da coordenação clínica e federativa.

É nesse contexto que se evidencia o problema da fragmentação dos serviços farmacêuticos. O medicamento constitui tecnologia central no percurso assistencial e envolve decisões que atravessam todos os níveis de atenção. Contudo, a organização da AF frequentemente estrutura, de forma fragmentada, as atividades de prescrição, dispensação, administração e monitoramento, desvinculando o acesso ao produto do

acompanhamento terapêutico. Essa desarticulação transforma a farmacoterapia em processo operacional isolado, reproduzindo as discontinuidades que as redes buscam superar.

Embora reconhecida como política essencial para garantir acesso e uso racional de medicamentos (Brasil, 1998; 2004), a AF foi posicionada no marco das RAS como “sistema de apoio” (Brasil, 2010b; 2014a). Essa definição fortaleceu o ciclo logístico do medicamento, mas favoreceu uma leitura predominantemente operacional da política, com menor ênfase em sua dimensão clínico-assistencial. Como resultado, manteve-se a separação entre abastecimento e cuidado.

A própria estruturação da AF em componentes Básico, Estratégico e Especializado e, mais recentemente, o da Oncologia, com financiamento e normativa distintas, contribuiu para essa segmentação. Embora não incompatível com a lógica das redes, sua operacionalização pouco articulada dificulta a integração da farmacoterapia ao longo das linhas de cuidado, especialmente para usuários com condições crônicas que transitam entre diferentes serviços.

No âmbito do Ceaf, essa fragmentação torna-se mais visível. Estudos indicam que, apesar da ampliação do acesso a medicamentos de alto custo, a organização do Ceaf frequentemente não assegura integração ao cuidado clínico, resultando em descontinuidade assistencial e responsabilização do usuário pela coordenação de seu próprio tratamento (Rover et al., 2016). Os serviços de infusão ilustram essa tensão: em muitos territórios, há dissociação entre acesso ao medicamento, administração endovenosa e acompanhamento clínico, com limitada integração informacional e participação do farmacêutico, comprometendo segurança e eficiência (Costa et al, 2025).

O Qualifar-SUS, instituído em 2012, buscou enfrentar essa fragmentação ao estruturar a política em quatro eixos: Estrutura, Educação, Informação e Cuidado, combinando investimentos em infraestrutura, qualificação profissional, sistemas de informação e inserção do cuidado farmacêutico nas práticas clínicas. Apesar dos avanços, sua implementação revelou limites decorrentes da heterogeneidade municipal, da baixa interoperabilidade dos sistemas de informação e da persistência de uma lógica centrada no abastecimento (Rodrigues et al., 2017; Antunes, 2020; Kreutz, 2021). Em muitos contextos, os eixos foram operacionalizados de forma segmentada, sem plena articulação com a coordenação do cuidado nas redes.

Experiências internacionais demonstram que a integração da farmacoterapia depende da articulação formal entre níveis assistenciais e de instrumentos institucionais compartilhados. A experiência da Catalunha evidencia que comissões interníveis, guia farmacoterapêutica única e sistemas interoperáveis alinham a gestão do medicamento aos processos assistenciais e reduzem descontinuidades no cuidado (Costa et al., 2017a).

No plano normativo, observam-se avanços na incorporação da AF às políticas de atenção. A PNAB reforça sua inserção na APS (Brasil, 2017b) e a PNAES (Brasil, 2023a) explicita sua integração à Atenção Especializada como eixo estruturante. Contudo, a tradução dessas diretrizes em práticas integradas ainda enfrenta obstáculos, como as fragilidades na articulação entre farmácias da atenção primária, serviços especializados e hospitais, bem como nas transições assistenciais.

Superar a fragmentação dos serviços farmacêuticos exige, portanto, reavaliar o lugar institucional da AF nas RAS. Se as redes pretendem assegurar coordenação e continuidade do cuidado, a AF não pode permanecer restrita à lógica do abastecimento. É necessário integrá-la aos processos estruturantes da coordenação do cuidado, articulando suas dimensões logística e clínico-assistencial de forma efetivamente sistêmica.

e) Baixa integração entre a AF ambulatorial e hospitalar

A AF ambulatorial, que engloba a dispensação de medicamentos e o acompanhamento de pacientes não hospitalizados, é realizada principalmente por instituições públicas vinculadas às secretarias municipais de saúde, atuando predominantemente na base do SUS, na atenção primária e especializada à saúde. Por outro lado, a AF hospitalar é, em sua maioria, desenvolvida em hospitais estaduais, hospitais universitários federais ou ainda por instituições privadas e filantrópicas que prestam serviços ao SUS. Essa divisão administrativa e de gestão acabou criando barreiras operacionais significativas, dificultando a integração e o compartilhamento contínuo das informações clínicas dos pacientes entre o ambiente hospitalar e a rede ambulatorial.

Nesse contexto, evidências empíricas reforçam a importância da integração entre esses níveis de cuidado. Estudo realizado com o objetivo de verificar o impacto da transição do cuidado hospitalar para o ambulatorial reforça a relevância da articulação e da comunicação entre os serviços de saúde para a redução de reinternações e óbitos em 30

dias após a alta de pacientes adultos e idosos. O grupo que recebeu acompanhamento após a alta teve menores taxas de reinternação (19,7% versus 28,7%) e de óbito em 30 dias após a alta (5,8 % versus 13,8 %; $p=0,012$) em relação ao que não foi acompanhado (Ghenot et al, 2024).

Resultados semelhantes são observados em estudos focados no cuidado farmacêutico pós-alta. Um deles demonstrou alta taxa de adesão aos medicamentos (92,5%) em pacientes que se submeteram a transplante hepático e que tiveram teleconsulta farmacêutica pós-alta. As autoras concluíram que 37% dos problemas relacionados a medicamentos derivaram de dificuldades de acesso no sistema público (Yoshiga et al, 2025). Em conjunto, esses achados evidenciam que a falta de integração entre a AF hospitalar e ambulatorial compromete a continuidade do cuidado e reforçam a necessidade de articulação entre esses serviços.

f) Programação da aquisição de medicamentos deficiente

A programação da aquisição de medicamentos obedece a processos distintos, a depender do tipo de medicamento, instância de governo que faz a aquisição ou da finalidade da programação. Esse é o caso dos medicamentos da atenção especializada, dos medicamentos estratégicos e dos medicamentos da atenção básica, por exemplo. Entre essas, a programação da aquisição de medicamentos para a atenção básica é a mais complexa em razão da diversidade de atores envolvidos, com capacidades organizacionais e político-administrativas bastante heterogêneas.

A programação da aquisição de medicamentos faz parte do ciclo da assistência farmacêutica, composto por várias ações, ordenadas em sequência, nas quais a execução inadequada de uma etapa compromete o resultado das demais (Marin et al., 2003). A programação consiste no estabelecimento dos quantitativos de medicamentos, previamente selecionados, que devem ser adquiridos para a assistência à saúde de uma dada população (Diehl, Santos e Schaefer, 2016; Almeida e Andrade, 2014).

Uma programação adequada é essencial para se evitar, por exemplo, descontinuidades no abastecimento de medicamentos. Estudo realizado por Vieira (2008a), a partir de relatórios de fiscalização da Controladoria Geral da União, encontrou um tempo médio de desabastecimento dos medicamentos principais de 84 dias nas unidades de saúde, 74

dias nas Centrais de Abastecimento Farmacêutico Municipais (CAF-M) e 128 dias nas Centrais de Abastecimento Estaduais (CAF-E).

Para que a programação da aquisição seja mais adequada podem ser empregados métodos complementares, como: a) o consumo histórico de medicamentos que, apesar de amplamente utilizado, apresenta limitações, entre elas não retratar a necessidade real e não ser confiável em situações de desabastecimento; b) o perfil epidemiológico, considerado o mais indicado, mas cujo principal óbice é a falta de informações fidedignas sobre a incidência e prevalência das morbidades nas diferentes municipalidades (Diehl, Santos e Schaefer, 2016). Técnicas de controle de estoque e sistemas de informação, que permitem estimar com maior precisão as necessidades complementares de compras de medicamentos, também contribuem para qualificar a programação.

Como diretriz da PNM, a gestão da AF deve ser descentralizada, com a seleção dos medicamentos a serem adquiridos baseada em critérios epidemiológicos, de modo a ajustar-se às necessidades locais (Karnikowski et al, 2017). Contudo, o processo de seleção de medicamentos, apesar de criar condições para o uso de medicamentos mais seguros, eficazes e de menor custo ainda é pouco estudado (Santana et al, 2014).

A existência de uma relação padronizada de medicamentos no âmbito dos municípios é importante no fornecimento de subsídios à programação da aquisição de medicamentos pelas instâncias locais. Entretanto, a simples ocorrência desta lista não é suficiente. É necessário que as relações sejam atualizadas regularmente e que haja equipes capacitadas para realizar a programação. De acordo com dados da Pnaum, que considerou uma amostra de municípios das cinco regiões brasileiras, cerca de 85% dos municípios analisados possuíam lista de medicamentos padronizada, porém apenas 12,5% tinham CFT formalmente constituídas para atualizá-las no período de realização da pesquisa (Karnikowski et al, 2017). Ademais, prováveis falhas na programação de medicamentos podem contribuir para a alta taxa de judicialização de medicamentos constantes nas listas oficiais. Estudo de Vieira (2008b), analisando todos os processos movidos por cidadãos contra a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em 2005, verificou que 62% dos medicamentos demandados judicialmente constavam da Remume.

g) Processos de aquisição ineficientes

Diversos estudos demonstram variações significativas no valor pago em compras governamentais para um mesmo medicamento, o que sugere existir espaço para aumentar a eficiência dos processos de aquisição (de Negri et al, 2024; Rossignoli et al., 2024; Rossignoli et al., 2025). Em geral, esses estudos identificam a escala das compras como um dos principais determinantes do preço final pago (de Negri et al, 2024; Janssen Daalen et al., 2021).

Diante da realidade brasileira, marcada pela presença de numerosos entes de pequeno porte, o consorciamento entre atores governamentais para realizar aquisições centralizadas tem sido uma estratégia adotada para aumentar a eficiência das compras (Ferraes e Cordoni Júnior, 2007; Amaral e Blatt, 2011; Gonçalves et al., 2020). Entretanto, estudos demonstram que ainda há uma parcela considerável de municípios menores que não participa de consórcios para aquisição de medicamentos, o que pode ampliar desigualdades no acesso e nos preços praticados (Vieira et al., 2025b).

Além disso, outros fatores contribuem para a ineficiência dos processos de aquisição. Alguns problemas mencionados por gestores incluem: burocracia e morosidade nas licitações; ausência recorrente de cotações para determinados itens; concentração de mercado (monopólios ou duopólios) na produção; preços cotados acima dos valores de ressarcimento do Ministério da Saúde; interrupções na fabricação de alguns medicamentos; inexistência de um repositório unificado que contenha atas de registro de preços de todos os estados e de um cadastro nacional de fornecedores; e inexistência de propostas em determinadas licitações (Rover et al., 2021; Motta et al., 2025; Conass, 2014b; CNM, 2023).

h) Processos logísticos da AF pouco desenvolvidos

O armazenamento e a distribuição são duas atividades importantes do processo de assistência farmacêutica. O armazenamento, tanto nas CAF quanto nas unidades de atenção à saúde, deve ser realizado em condições adequadas à conservação dos diferentes tipos de medicamentos. A distribuição, que envolve tanto o transporte do fabricante às CAFs e destas às unidades de saúde, deve ocorrer na quantidade correta, na qualidade necessária e em tempo oportuno.

Em relação às condições de armazenamento, Vieira (2008a), ao analisar os resultados de auditorias realizadas pela CGU em 597 municípios entre fevereiro de 2005 a julho de

2007, identificou entre os principais problemas a ocorrência de “condições inadequadas de armazenamento”, encontradas em 233 (39%) dos municípios. Os maiores percentuais de inadequações ocorreram em municípios das regiões do Centro-Oeste (43,4%) e Nordeste (43,1%).

Estudo de Costa et al (2017c), com base em informações da Pnaum, realizada em 2015, constatou o descumprimento de diversos requisitos da boa conservação de medicamentos na avaliação dos recursos de infraestrutura e adequação sanitária das unidades de dispensação de medicamentos na atenção básica. Entre os achados, destaca-se que apenas 25,8% das unidades de dispensação realizavam o controle de temperatura, percentual que caiu para 5,4% das unidades situadas na região Nordeste. Além disso, o controle de estoques, função relacionada ao armazenamento, mas que contribui notadamente para a programação da aquisição de medicamentos, mostrou-se bastante desigual entre as regiões, com existência de sistemas precários.

O controle manual do estoque foi identificado em 58% das unidades e em 5% não foi identificado nenhum tipo de controle. A presença de refrigerador exclusivo para a conservação de medicamentos foi encontrada em 76% das unidades do Sudeste, percentual que cai para 37% na Região Norte e 21% na região Nordeste, com média nacional igual a 47,7%. A regulação da temperatura por meio de aparelhos de ar-condicionado foi encontrada em 72% das unidades da região Centro-Oeste e em apenas 21% das unidades da região Nordeste, com uma média nacional de 37,7%. Esses achados indicam fragilidades estruturais relevantes, que comprometem a conservação dos medicamentos e aumentam o risco de perdas e desabastecimento. Por sua vez, a distribuição de medicamentos feita em condições adequadas tem relação direta com a qualidade da programação, previne as perdas e a ocorrência de desabastecimento (Costa et al, 2017c).

Em relação às condições de transporte de medicamentos, a Pnaum procurou avaliar os problemas tendo como base três parâmetros relacionados à frota de veículos das secretarias municipais: insuficiência, inadequação e insuficiência e inadequação. De acordo com essa métrica, 10,5% dos respondentes dos municípios pesquisados consideraram a frota insuficiente, 4,4% inadequada e 7,7% insuficiente e inadequada. Ou seja, 21,6% dos municípios pesquisados relataram desconformidade com a frota utilizada para transporte de medicamentos nas municipalidades. Regionalmente, o quesito insuficiência de veículos foi o mais encontrado nas regiões Nordeste e Norte, enquanto o

questo inadequação da frota predominou nas regiões Norte, Sul e Sudeste (Costa et al, 2017c).

i) Prescrições em desacordo com as regulamentações do SUS

A prescrição, que geralmente é materializada na receita emitida por médico ou outro profissional habilitado, expressa a síntese do ato clínico do profissional, e apresenta as instruções sobre o tratamento indicado. No que se refere a medicamentos, a receita/prescrição deve conter, entre outros requisitos: a) quantidade determinada; b) intervalos de administração; c) via de administração; e d) duração do tratamento (Brasil, 2014b). A prescrição de medicamentos não é exclusiva do profissional médico. O médico veterinário, o farmacêutico, o cirurgião dentista e o profissional de enfermagem, por exemplo, podem prescrever medicamentos dentro de suas competências e limites legais, além de indicar medicamentos cuja utilização não exija a prescrição médica.

A prescrição do medicamento pelo nome genérico é obrigatória no SUS (Brasil, 1999). Os medicamentos objeto de fornecimento pelo SUS constam da Rename, que é complementada por listas estaduais e municipais.

No Brasil, uma primeira lista de medicamentos essenciais foi elaborada em 1964. Nova lista, mais extensa, foi oficializada em 1973, por ocasião da criação da antiga Central de Medicamentos (CEME) (Brasil, 2007b), ou seja, ainda antes da criação do SUS e antes da recomendação da OMS, de 1977, para a adoção de listas dessa natureza. Após a criação do SUS, em 1988, cresceu a importância dessa relação, tanto para garantia do uso racional de medicamentos, quanto para dar suporte ao compromisso constitucional de provisão integral de ações e serviços de saúde.

A relação de medicamentos essenciais deve apresentar os medicamentos pelo seu nome genérico, em conformidade com a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, em sua falta, com a Denominação Comum Internacional (DCI). A Rename teve sua última publicação em 2024, passando a ser atualizada em tempo real a partir daquele ano.¹⁸ A incorporação de novos medicamentos, produtos ou alteração de protocolo clínico ou diretriz terapêutica é atribuição do Ministério da Saúde, assessorado pela Conitec (Brasil, 1990, art. 19-Q).

¹⁸ Ver: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/renome>. Acesso em: 10 mar. 2026.

Além da Rename, Estados, Distrito Federal e Municípios possuem, como dito anteriormente, relações complementares¹⁹ de medicamentos com responsabilidade de fornecimento a cargo dos gestores estaduais e municipais (Brasil, 1990, art. 19, itens II e III).

A Rename constitui importante instrumento para a AF no setor público de saúde por incluir os produtos necessários ao tratamento e controle dos agravos sanitários prevalentes no país. Ademais, desempenha papel importante na promoção do uso racional de medicamentos, na sinalização da demanda para o setor produtivo de medicamentos e no fornecimento de subsídios para o financiamento da política pública de medicamentos no país (Brasil, 2018a).

Apesar da sua importância e do tempo já transcorrido desde sua instituição em nosso país, ainda existem dificuldades na utilização mais sistemática e abrangente da Rename. Estudo de Lima e colaboradores (2017), com base em uma amostra representativa de municípios brasileiros incluídos na Pnaum, mostrou que, entre as pessoas que buscaram assistência farmacêutica no SUS, 45% delas tiveram as prescrições integralmente atendidas com medicamentos incluídos na Rename. Dal Pizzol et al (2010), em estudo realizado em municípios de três estados brasileiros, constataram que, do total de medicamentos prescritos na rede básica dos locais estudados, 76,8% constavam da Rename.

Apesar das relações de medicamentos do SUS serem bastante abrangentes, persistem prescrições de medicamentos que não constam dessas listas ou que não observam os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas do sistema. Estudo realizado por Oliveira et al (2020), analisando um total de 987 demandas judiciais movidas contra o estado do Rio Grande do Norte no período de 2013 a 2017, identificou 1.517 medicamentos solicitados, sendo que 60,7% deles não faziam parte da Rename, embora em 75% dos casos houvesse alternativa terapêutica nas listas do SUS. O estudo demonstrou, ainda, que em 13,6% das ações, havia pelo menos um medicamento solicitado para uso “*off label*” e que profissionais médicos ligados aos serviços filantrópicos e privados lucrativos eram os que mais solicitavam medicamentos não contemplados pela Rename.

¹⁹ Muitos municípios possuem a sua Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume), com o objetivo de atender necessidades mais específicas da localidade. Os estados também possuem lista complementar de medicamentos essenciais denominada Relação Estadual de Medicamentos Estaduais (Resme).

O fornecimento de medicamentos não incluídos na Rename, mas com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), é um dos principais motivos de judicialização. Não por acaso, essa situação já foi objeto de pronunciamentos, seja do Superior Tribunal de Justiça (STJ), seja do Supremo Tribunal Federal (STF). Neste último, essa questão foi analisada no Tema 6, de repercussão geral. No julgamento, admitiu-se que, em situação excepcional, a Justiça pode determinar o fornecimento de medicamentos não incluídos nas listas (Rename, Resme e Remune), desde que o demandante atenda uma série de requisitos, como: a) laudo médico circunstanciado atestando a imprescindibilidade do medicamento pleiteado e a impossibilidade de substituição por outro medicamento constante das listas do SUS; b) hipossuficiência econômica do paciente para arcar com os custos do medicamento; e c) registro do medicamento na Anvisa, observados os usos autorizados pela agência (Brasil, 2025e).

De forma semelhante, a prescrição “*off-label*” de medicamentos, isto é, para finalidade terapêutica distinta daquela aprovada pela autoridade sanitária competente, é também frequente nos processos judiciais contra o SUS. Esse tipo de prescrição ocorre em diversas especialidades médicas, é observado em outros países e não é considerada ilegal. O uso “*off label*” de medicamentos, como diz Nobre (2013) “*é uma conta de risco-benefício feita pelo clínico assistente e que tem prós e contra descritos na literatura*”. Contudo, como a prescrição no SUS deve seguir as indicações aprovadas pela autoridade sanitária para cada medicamento, o uso “*off label*” passa a constituir mais uma das causas de judicialização no SUS.

Outra situação refere-se aos chamados “medicamentos órfãos”, destinados ao tratamento de doenças raras, cujo fornecimento pode ser aprovado quando há registro em agências estrangeiras e inexistência de produto com registro no país.

Por fim, a prescrição de medicamentos deve observar requisitos formais mínimos para garantir sua qualidade. Não se trata, nesse caso, de erros de prescrição decorrentes de indicação terapêutica inadequada, mas de falhas em requisitos legais ou formais que devem estar presentes no processo, como a legibilidade. Nesse sentido, estudo realizado por Araújo e Uchoa (2011) ao analisar a qualidade de 1.590 prescrições em um hospital de ensino, classificou 32,4% das prescrições como pouco legíveis e 3,1% totalmente ilegíveis, evidenciando problemas formais que também comprometem o uso seguro e racional dos medicamentos.

j) Falta de regulamentação nacional do acesso a medicamentos para atendimento em saúde que não tenha ocorrido pelo SUS

Planos privados de saúde, médicos ou odontológicos, que tinham uma cobertura de 28,5% da população brasileira em 2019 (Souza Júnior et al, 2021), em sua maioria, não cobrem o acesso a medicamentos de uso ambulatorial. Eles oferecem cobertura de medicamentos de forma limitada, seletiva e regulada pelo rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Por isso, é comum que as pessoas com prescrições médicas oriundas de prestadores privados de saúde, ligados à saúde suplementar, busquem o acesso a medicamentos nas farmácias do SUS. Dados da Pnaum revelam que a prevalência de acesso gratuito a todos os medicamentos utilizados no tratamento de doenças crônicas para pessoas com planos privados de saúde foi de 27,6% em 2014 no Brasil (Tavares et al, 2016).

Embora haja a defesa da tese de que a assistência terapêutica integral é garantida apenas àqueles que são atendidos pelo SUS (Santos, 2012), a jurisprudência fixada é de que o direito de acesso a medicamentos no sistema público deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente da origem da prescrição médica (STJ, 2019). A inexistência de regulamentação nacional que discipline esse acesso quando a prescrição é oriunda da saúde suplementar, contudo, resulta em práticas heterogêneas e em dificuldades operacionais, como a não observância das normas relativas à prescrição e à dispensação de medicamentos do SUS, além de produzir desigualdades no acesso aos medicamentos entre pessoas atendidas no sistema público e aquelas provenientes do setor privado, contribuindo para o aumento das iniquidades em saúde no Brasil.

k) Dispensação de medicamentos insuficiente e inadequada

A dispensação de medicamentos é atividade privativa do farmacêutico e constitui uma das atividades da AF. Segundo a PNM, a “*dispensação é ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento*” (Brasil, 1998).

Nesse conceito, segundo Angonesi (2008), fica claro que o *“farmacêutico é responsável não só pelo fornecimento do medicamento, como também pelo seu uso adequado. Além disso, insere a atividade num grupo multiprofissional de assistência à saúde, mais especificamente, a assistência farmacêutica”*. Apesar dessa definição, mais alinhada à perspectiva do cuidado farmacêutico²⁰, há dispositivos normativos que restringem a dispensação a aspectos formais e procedimentais. Ou seja, embora a PNM tenha avançado ao propor um conceito de dispensação distinto da mera entrega do produto farmacêutico à população, documentos legais como a Lei 5.991 de 1973 e a RDC n. 44, de 17 de agosto de 2009, da Anvisa (Brasil, 2009b), que trata Boas Práticas Farmacêuticas, ainda reproduzem um conceito bastante restrito e formal de dispensação, mais condizente com a lógica de estabelecimentos comerciais.

A Lei 5.991 de 1973, por exemplo, que regula o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, traz a seguinte definição para dispensação: *“ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não”*. Já a RDC nº 44 de 2009, da Anvisa, introduz a preocupação mais explícita com o usuário do serviço de dispensação ao estabelecer que este tem direito à informação e orientação quanto ao uso do medicamento a ser provido pelo estabelecimento terapêutico (Art 42, caput). A norma também define como elementos importantes da orientação, entre outros itens: *“a ênfase no cumprimento da posologia, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação do produto”*.

O Art. 43, por sua vez, estabelece que *“os medicamentos sujeitos à prescrição somente podem ser dispensados mediante apresentação da respectiva receita”*. Já os Art. 44 e 45 orientam sobre os requisitos a serem observados com relação à receita: *“Art. 44. O farmacêutico deverá avaliar as receitas observando os seguintes itens: I - legibilidade e ausência de rasuras e emendas; II - identificação do usuário; III - identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade; IV - modo de usar ou posologia; V - duração do tratamento; VI - local e data da emissão; e VII - assinatura e identificação do prescritor com o número de registro no respectivo conselho*

²⁰ A atenção farmacêutica faz parte do conceito de assistência farmacêutica e se refere às ações específicas do profissional farmacêutico no processo de assistência à população (Angonesi, 2008).

profissional. Parágrafo único. O prescritor deve ser contatado para esclarecer eventuais problemas ou dúvidas detectadas no momento da avaliação da receita e Art. 45. Não podem ser dispensados medicamentos cujas receitas estiverem ilegíveis ou que possam induzir ao erro ou confusão.”

Observa-se, portanto, um descompasso entre as normas legais que tratam da dispensação e as que abordam a inserção desse procedimento no SUS, segundo os objetivos da PNM. Mas como se organiza a rede de dispensação de medicamentos do SUS? Um estudo transversal de base populacional, realizado em Fortaleza entre 2002 e 2003, mostrou que a dispensação era muitas vezes realizada por pessoal não qualificado, sem a devida orientação técnica, havendo dispensação por farmacêutico em apenas 23,6% dos atendimentos (Arrais, Barreto e Coelho, 2007).

Embora tenha havido avanços ao longo do tempo, o quadro nacional permanece insatisfatório. Leite e colaboradores (2017b) conduziram estudo de campo com visitas de observação e entrevistas em mais de 1,7 mil municípios. Ao todo foram analisadas 1.175 farmácias/unidades de dispensação da rede de atenção básica de municípios, com entrevistas presenciais a 1.139 responsáveis pela dispensação de medicamentos e 495 coordenadores da assistência farmacêutica municipal.

Essa pesquisa é bastante representativa das condições de dispensação de medicamentos na atenção à saúde no país. Os resultados evidenciaram grandes diferenças regionais com relação à estrutura física e aos profissionais envolvidos na dispensação de medicamentos na atenção básica. A concentração da dispensação dos medicamentos da atenção básica em “farmácias isoladas” é mais comum nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, onde essas unidades apresentam melhores condições estruturais e de profissionais, do que as “farmácias” localizadas em unidades de saúde. Serviços de dispensação em UBS são mais frequentes na região Nordeste (91,1%) e menos frequentes na região Sudeste (51,1%). Constatou-se ainda que 66,2% das unidades de dispensação observadas contavam com área exclusiva para a dispensação, sendo que, na maioria dos casos (53,8%), o espaço destinado a esse serviço era inferior a 10 m² (Leite et al, 2017b).

Fato elucidativo, mas curioso na sua distribuição regional, referente às condições de infraestrutura física encontradas na pesquisa, foi a presença de grades ou barreiras entre dispensador e usuário, observada em quase 42% das unidades de dispensação do Sudeste e Centro-Oeste, e proporções menores no Norte (24%), Nordeste (14%) e Sul (5,4%). Por

outro lado, apenas 41,7% das unidades pesquisadas possuíam sistema informatizado para a farmácia e com grandes diferenças regionais: perto de 15% das unidades do Norte e Nordeste, cerca de 60% no Centro-Oeste e Sudeste, e 68,8% no Sul.

A presença de farmacêutico exclusivo foi encontrada em 46% das unidades pesquisadas no Brasil, com maior proporção de regularidade técnica nas regiões Sudeste (79,0%) e Centro-Oeste (71,8%). Ao comentar esse cenário, Leite et al (2017b) afirmam que *“mesmo assumindo um conceito operacional de dispensação, composto por rotinas de validação da prescrição, separação do medicamento, checagem da receita, entrega do medicamento, comunicação com o usuário para informações pertinentes ao uso adequado dos medicamentos e registro do atendimento, há forte limitação para o desenvolvimento da dispensação como um serviço de saúde”*.

No tocante à gestão e à força de trabalho envolvida na prestação de AF no SUS, Carvalho e colaboradores (2017) constataram que a gestão municipal da assistência farmacêutica era, preponderantemente, exercida por farmacêuticos. Entretanto, nas unidades de dispensação, havia a predominância de trabalhadores de nível médio, principalmente técnicos e auxiliares de enfermagem, alcançando 33,3% da força de trabalho.

Ademais, é importante mencionar as iniciativas de entrega domiciliar de medicamentos no SUS, particularmente voltadas para idosos com doenças crônicas e com mobilidade reduzida (Simões e Monteiro, 2006; Comiran et al, 2018; Damo, Peruzzo e Santos, 2023). Embora facilitem o acesso a medicamentos, essas iniciativas reduzem as oportunidades de dispensação com possibilidade de orientação farmacêutica e avaliação do uso desses produtos no momento da obtenção pelos usuários.

Por fim, destaca-se a persistência de lacunas relevantes no processo de orientação farmacêutica, que se somam a problemas relacionados à prescrição médica. Um estudo transversal de base populacional realizado em Fortaleza, no Ceará, entre 2002 e 2003, evidenciou que os médicos frequentemente deixavam de investigar hipersensibilidades e interações medicamentosas, ao mesmo tempo em que a dispensação era realizada por pessoal não qualificado e sem a orientação técnica adequada (Arrais, Barreto e Coelho, 2007).

I) Cuidado farmacêutico com baixa institucionalização e implementação desigual

As transformações no perfil epidemiológico e nos padrões de utilização dos serviços de saúde, associadas ao envelhecimento populacional e à ampliação do uso de tecnologias farmacológicas, têm aumentado a complexidade da farmacoterapia no cuidado em saúde. A polimedicação, frequente em contextos de multimorbidade, amplia a exposição dos usuários a riscos como inadequação terapêutica, baixa efetividade clínica, eventos adversos e dificuldades de adesão, com impactos relevantes sobre os resultados em saúde, a utilização dos serviços e os custos assistenciais, configurando um problema de natureza sanitária, social e econômica (Hazen et al., 2015; Messerli et al., 2016; Conasems, 2022).

Nesse cenário, a morbidade e a mortalidade relacionadas aos medicamentos (MMRM) configuram-se como um importante problema de saúde pública. Estimativas da OMS indicam que eventos adversos associados ao uso de medicamentos figuram entre as principais causas evitáveis de morbidade e mortalidade na sociedade contemporânea (WHO, 2002c). Esses eventos decorrem de problemas relacionados à farmacoterapia que envolvem múltiplos atores, como os prescritores, demais profissionais de saúde e os próprios usuários e apresentam caráter multidimensional, com repercussões clínicas, organizacionais, econômicas e sociais para os sistemas de saúde (OPS, 2013).

Evidências nacionais reforçam a relevância desse problema no Brasil. Revisão sistemática de estudos observacionais aponta elevada prevalência de eventos adversos a medicamentos em diferentes pontos da rede de atenção, especialmente em ambientes hospitalares, serviços de emergência e entre populações mais vulneráveis, como idosos e crianças. Os principais fatores de risco identificados incluem idade extrema, presença de comorbidades, polimedicação, baixa adesão terapêutica e uso de medicamentos potencialmente inapropriados, com impacto significativo sobre hospitalizações, atendimentos de urgência, custos assistenciais e qualidade de vida dos usuários (Andreazza et al., 2011; Noblat et al., 2011; Reis e Cassiani, 2011; Varallo et al., 2011; Lieber e Ribeiro, 2012).

A literatura indica que parcela expressiva desses eventos é potencialmente evitável por meio da reorganização dos processos de trabalho relacionados ao uso de medicamentos, com ênfase na gestão clínica da farmacoterapia, no acompanhamento longitudinal dos usuários e na articulação entre os diferentes profissionais e níveis de atenção. Nesse sentido, a incorporação do cuidado farmacêutico como prática estruturada e integrada aos serviços de saúde emerge como resposta sistêmica necessária para enfrentar os riscos

associados ao uso de medicamentos, qualificar a AF e fortalecer a integralidade do cuidado no SUS (Cheng et al., 2013; Correr et al., 2011).

Apesar desse contexto, a institucionalização do cuidado farmacêutico no SUS permanece limitada. A prática ainda é pouco incorporada ao cotidiano dos serviços, com implementação incipiente, desigual e heterogênea nos territórios. O próprio Ministério da Saúde reconhece que a inserção do farmacêutico nas atividades clínicas é restrita, especialmente na APS, onde predominam atribuições técnico-gerenciais e há escassez de tempo protegido para ações clínicas e de cuidado direto ao usuário (Brasil, 2020c).

A produção científica reforça esse diagnóstico ao demonstrar que, embora o cuidado farmacêutico esteja associado a benefícios clínicos relevantes, sua oferta no Brasil permanece limitada, pouco diversificada e marcada por baixa padronização, o que restringe sua expansão em escala nacional e sua integração efetiva às RAS. Os estudos também evidenciam a frágil sustentabilidade institucional das iniciativas, associada a limitações estruturais, insuficiência de recursos humanos, fragilidades na formação clínica e indefinição do papel do farmacêutico no cuidado direto ao usuário (Destro et al., 2021; Oliveira, Pontes e Miranda, 2025).

Esse descompasso está relacionado à trajetória histórica da AF no país, tradicionalmente centrada na garantia do acesso ao medicamento como insumo. Marcos normativos como a PNM (1998) e a PNAF (2004) foram fundamentais para estruturar a provisão, assegurar financiamento e regularidade no abastecimento, mas sua implementação ocorreu em um contexto predominantemente orientado pela lógica do acesso, o que resultou em menor priorização das ações voltadas ao acompanhamento do uso e dos resultados da farmacoterapia.

Ao longo da década de 2010, a AF passou a incorporar, de forma mais sistemática, diretrizes e instrumentos orientados à valorização do papel clínico do farmacêutico e à redefinição da farmácia como espaço de cuidado, por meio da produção de documentos técnicos e operacionais (Brasil, 2014c; Brasil, 2020c). Nesse processo, consolidou-se progressivamente a adoção do termo cuidado farmacêutico, em substituição à atenção farmacêutica, expressando uma mudança de enfoque orientada ao cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, em articulação com as equipes de saúde e com o sistema de saúde como um todo.

Esse movimento teve como marco estruturante a criação, em 2012, do Programa Qualifar-SUS. Ao instituir o Eixo Cuidado, o Programa explicitou a inserção dos serviços de cuidado farmacêutico nas práticas clínicas, reconhecendo que a ampliação do acesso aos medicamentos, isoladamente, não assegura resultados sustentáveis em saúde. O acompanhamento sistemático da farmacoterapia passa, assim, a ser compreendido como resposta necessária à complexidade do cuidado e aos riscos associados ao uso de medicamentos. A partir de sua implantação, verificou-se avanço progressivo do conceito e da abrangência do cuidado farmacêutico em diferentes esferas do SUS, materializado pelo desenvolvimento de projetos e estratégias voltados ao fortalecimento do papel do farmacêutico nas RAS.

No âmbito municipal, o *Instrumento de Referência dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica* elaborado pelo Conasems, reconhece o cuidado farmacêutico como função finalística dos serviços farmacêuticos, reforçando sua centralidade na organização da AF no SUS. Nesse contexto, o cuidado farmacêutico se materializa por meio de serviços clínicos dirigidos aos usuários, que abrangem ações de prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia, bem como atividades técnico-pedagógicas destinadas a usuários e profissionais de saúde. Esses serviços incluem, entre outras atividades, rastreamento em saúde, dispensação e reconciliação medicamentosa, revisão da farmacoterapia, monitorização terapêutica de medicamentos e acompanhamento farmacoterapêutico, evidenciando a complexidade e a abrangência dessa prática no SUS (Conasems, 2021).

Mais recentemente, o cuidado farmacêutico passou a ser explicitamente incorporado aos instrumentos centrais de planejamento governamental, com a inclusão, no Plano Nacional de Saúde (PNS) e no Plano Plurianual (PPA) 2024–2027, de metas específicas voltadas à ampliação desses serviços, a exemplo da diretriz que estabelece “ampliar o acesso aos serviços de cuidado farmacêutico no âmbito do SUS”. Esse movimento sinaliza o reconhecimento do cuidado farmacêutico como componente estratégico da política de saúde e como responsabilidade do Estado no horizonte do planejamento federativo.

Ademais, a publicação da Portaria GM/MS nº 4.379/2024, que institui as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico, conferiu maior densidade normativa a esse processo ao definir princípios, diretrizes operacionais e responsabilidades federativas para a institucionalização do cuidado farmacêutico em todos os níveis de atenção do SUS. As diretrizes reforçam sua integração às linhas de cuidado e às RAS, bem como a necessidade

de registro sistemático das ações e o reconhecimento do farmacêutico como profissional corresponsável pelo cuidado ao longo do percurso assistencial.

Aponta-se também na literatura que a implementação de serviços clínicos farmacêuticos é difícil na APS por causa do alto grau de ambiguidade (falta de clareza sobre o papel do farmacêutico) e de conflito (disputas por espaço com outras profissões e sobrecarga administrativa). A AF fica muitas vezes limitada à logística devido a essas tensões, havendo a necessidade de instituição de diretrizes nacionais mais claras que valorizem o cuidado direto ao paciente (Caetano, Silva e Luiza, 2020).

À luz desse diagnóstico, a incipiência e a baixa institucionalização do cuidado farmacêutico se expressam, entre outros aspectos, na fragilidade dos mecanismos de monitoramento, registro e avaliação das ações clínicas. A consolidação desses serviços depende do registro padronizado e sistemático das consultas e acompanhamentos farmacoterapêuticos nos sistemas oficiais de informação, especialmente no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), bem como da adequação do rol de procedimentos, da qualidade das informações e da integração entre sistemas como o SIA/SUS, o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS (SIGTAP) e o e-SUS APS. A qualificação desses registros, inclusive para contemplar o cuidado domiciliar e a telessaúde, é condição essencial para conferir visibilidade às práticas e sustentar sua institucionalização.

Em síntese, o cuidado farmacêutico no SUS apresenta um hiato entre o avanço normativo-conceitual e sua efetiva incorporação como prática regular nos serviços. Embora legitimado por diretrizes nacionais, instrumentos de planejamento e evidências de efetividade, permanece marcado por implementação incipiente, baixa institucionalização e heterogeneidade territorial, limitando seu potencial como componente estruturante da integralidade do cuidado, da segurança do paciente e da eficiência do sistema de saúde.

m) Fragmentação dos serviços pela judicialização da saúde

A judicialização da saúde fragmenta o acesso a serviços farmacêuticos. Ela permite que alguns usuários contornem os fluxos regulares da AF por meio de um caminho alternativo para o acesso a medicamentos. Evidências mostram que parte das ações demanda fármacos não incorporados ao SUS, envolve uso *off-label* (prescrições fora da bula) ou solicita medicamentos sem registro sanitário (Wang, 2022; Vieira et al., 2025b). Muitas

vezes, pareceres da Conitec não são mencionados e evidências científicas são ignoradas ou analisadas de maneira equivocada (CNJ, 2019; Wang et al., 2020; Domingues et al., 2023; Almeida et al., 2022; Gonçalves et al., 2024). Além disso, frequentemente o uso de medicamentos ocorre sem controle e monitoramento adequados (Freitas et al., 2020).

Nota-se que há possível prejuízo à equidade do sistema em virtude da disparidade de decisões para o mesmo medicamento em quadros clínicos semelhantes (Oliveira, 2025). Também existem evidências de que a judicialização tende a favorecer indivíduos com situação socioeconômica mais elevada em relação àqueles que normalmente utilizam o SUS (Ferraz, 2021). Além disso, os medicamentos fornecidos tendem a ser adquiridos por um preço mais alto, em virtude da incapacidade de planejamento da sua oferta (Martins, 2020, Caetano et al., 2020). Por fim, a judicialização consome recursos expressivos da AF em todos os níveis de governo, reduzindo o montante de recursos disponível para os usuários do SUS de maneira geral (Vieira et al, 2025b).

4.6 Macroproblema 6: Problemas relacionados à pesquisa e ao mercado de medicamentos

a) Influência do mercado de medicamentos nos processos decisórios do SUS

A influência do mercado de medicamentos no SUS é um tema complexo e de grande relevância para a política pública de saúde. O mercado farmacêutico exerce um papel significativo na implementação e sustentabilidade do SUS, tanto por meio de pressões econômicas quanto pelas relações institucionais e regulatórias. Tal influência se expressa na forma de lobby da indústria farmacêutica, conflitos de interesses, entre outras (Tamachiro, 2022).

Os medicamentos são um importante item de despesa do SUS. Nesse contexto, principalmente no caso de novos medicamentos, o governo negocia preços com laboratórios (nacionais e internacionais), mas empresas multinacionais muitas vezes resistem a reduções significativas de preços, especialmente para medicamentos caros, como os oncológicos. Ademais, a dependência de insumos farmacêuticos importados torna o SUS vulnerável a flutuações cambiais e crises econômicas externas.

Por outro lado, laboratórios públicos, como o Farmanguinhos/Fiocruz, desempenham papel estratégico na produção de medicamentos e vacinas, reduzindo a dependência do mercado privado e garantindo acesso a produtos essenciais. Dessa forma, o Brasil tem investido em capacidade produtiva nacional, mas ainda depende de tecnologia e insumos estrangeiros, o que limita a autonomia frente ao mercado global. Contudo, persiste o subfinanciamento de laboratórios estatais e de pesquisas em universidades públicas.

Com relação à publicidade, a Anvisa regulamenta a propaganda relacionada à promoção comercial de medicamentos por meio da *Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 96, de 17 de dezembro de 2008*. Esta resolução veda, por exemplo, práticas publicitárias que estimulem o uso indiscriminado de medicamentos. Além disso, busca prevenir conflitos de interesses na atuação de laboratórios farmacêuticos em eventos científicos (Brasil, 2008). Apesar disso, há casos de promoção indireta de medicamentos por meio de eventos médicos, patrocínios e publicações científicas, o que pode influenciar prescrições e, indiretamente, o gasto do SUS.

Outra questão é a proteção patentária, que pode limitar a entrada de genéricos e similares, encarecendo os tratamentos. A respeito dessa questão, em 2016, foi publicado o Relatório do Painel de Alto Nível do Secretário-Geral das Nações Unidas sobre Acesso a Medicamentos. Os especialistas reconheceram que as normas de patentes muitas vezes inviabilizam o acesso de milhões de pessoas a medicamentos básicos. Para reverter esse quadro, eles recomendam que essas regras sejam flexibilizadas de modo a ampliar o acesso, sobretudo às populações menos favorecidas do mundo. Ademais, enfatizaram que o Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS) deve ser interpretado à luz das necessidades de acesso à saúde, com as devidas flexibilidades nos normativos sobre patentes de medicamentos, e sugeriram que os governos elevem seus investimentos em pesquisa, inovação e tecnologia na área da saúde (United Nations, 2016).

Para defender seus interesse, a indústria farmacêutica atua fortemente no cenário político, influenciando decisões sobre registro de medicamentos, políticas de preços e inclusão nas listas do SUS. Neste último caso, a recomendação para incorporar um novo medicamento é feita pela Conitec, que analisa custo-benefício, eficácia e impacto orçamentário (Brasil, 2025c). Nesse processo, a indústria farmacêutica pode influenciar a análise com estudos patrocinados. As empresas têm por objetivo o lucro, enquanto o SUS visa o acesso

universal e equânime. Esse choque de interesses gera tensões na definição de políticas, dado o confronto entre saúde e comércio (Farias et al., 2021).

Para equilibrar um pouco a balança a favor da saúde pública e promover o acesso a medicamentos, a política de genéricos, implementada pela Lei nº 9.787, de 7 de fevereiro de 1999, foi fundamental e reduziu significativamente os preços de vários medicamentos no Brasil (Rocha, 2024). Mais recentemente, a expansão dos biossimilares também tem contribuído para controlar gastos com medicamentos. Contudo, o avanço da biotecnologia trouxe medicamentos eficazes, mas com preços exorbitantes. Nesse contexto, o SUS enfrenta dilemas éticos e orçamentários ao decidir sobre o acesso a esses tratamentos, inclusive em razão do número elevado de demandas judiciais.

A gestão eficaz do SUS depende, portanto, de uma regulação forte, negociações estratégicas com a indústria, investimento em produção pública e um compromisso inegociável com o princípio da saúde como direito de todos.

b) Má conduta de fornecedores que prejudica a disponibilidade de medicamentos no SUS

Em auditoria de conformidade da aquisição de medicamentos pela União, estados e municípios selecionados, nestes dois últimos casos com recursos federais, o TCU identificou pelo menos três problemas que prejudicaram o fornecimento de medicamentos ao SUS: (i) superfaturamento e/ou sobrepreço; (ii) superfaturamento quantitativo; e (iii) atraso (injustificado e/ou não autorizado) na entrega de medicamentos (Brasil, 2019).

Quanto ao primeiro item, o superfaturamento e/ou sobrepreço, o TCU identificou que um município, na intenção de dar preferência aos fornecedores de pequeno porte – conforme recomendado pela legislação – adquiriu medicamentos em valores bastante superiores (98 vezes acima) aos ofertados pelos demais licitantes. Além disso, no mesmo processo licitatório, sem que houvesse justificativa clara, houve reajuste médio entre 45% e 95% nos preços unitários dos medicamentos, poucos meses depois da celebração dos contratos. No relatório de auditoria, o TCU considerou que, entre as causas desse tipo de irregularidade, estariam: (i) deficiências de controles internos dos entes públicos; e (ii) não realização de pesquisa adequada de preços.

O segundo problema identificado pelo TCU, que prejudica o fornecimento de medicamentos ao SUS, é o superfaturamento quantitativo, definido como a diferença, a

menor, da quantidade entregue pelo fornecedor em relação à contratada. Em dois municípios, o TCU constatou que a documentação das transações (como comprovantes, notas fiscais e registros de entrada e saída do almoxarifado), que deve informar o volume físico de entregas, omite esse tipo de informação. Ademais, em um desses entes, o fornecedor do medicamento adquiriu o produto de fabricante diferente, e com especificações distintas do que foi acordado em contrato. No relatório do TCU, considera-se que as causas dessas irregularidades são, entre outras: (i) a importância secundária dada pelos municípios às atividades do almoxarifado e (ii) a má-fé de alguns fornecedores.

O terceiro problema identificado pelo TCU, que prejudica o fornecimento de medicamentos ao SUS, é o atraso (injustificado e/ou não autorizado) na entrega dos produtos. Em um dos estados auditados, o prazo para entrega pelo fornecedor, conforme o edital da licitação, era de 20 dias úteis. Contudo, foram feitas entregas com até 111 dias (mais de três meses), sem punição pelo ente contratante.

No que se refere à fabricação de medicamentos, o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) estudou o histórico de condutas anticompetitivas no mercado. O estudo levantou dezesseis processos administrativos do Cade, ocorridos desde 2004, que resultaram em sete condenações, sendo uma por “*sham litigation*”, que é a litigância de má fé, e seis por formação de cartel (Brasil, 2025f).

A título de exemplo, houve duas condenações, em 2016 e 2020, que trataram de aquisições de hemoderivados pelo Ministério da Saúde. Nelas, as empresas combinavam preços e dividiam o mercado, isto é, em cada licitação, as empresas desenhavam suas propostas (e, portanto, seus preços) em conluio, de modo que a vencedora não ofertasse a totalidade do lote, e então deixasse espaço para as demais empresas celebrarem contratos com o órgão. Somente assim o Ministério poderia adquirir toda a quantidade de medicamentos de que necessitava. Os preços também eram acertados de forma que ficassem acima de um valor mínimo de interesse do cartel (Brasil, 2025f).

Esses achados evidenciam que a má conduta de fabricantes e distribuidores de medicamentos é um fator que contribui para indisponibilidade de medicamentos no SUS e que precisa ser enfrentado pelos gestores públicos.

5 PROPOSTAS PARA O APERFEIÇOAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Nesta seção são apresentadas propostas de ações para o aperfeiçoamento da AF no SUS a serem implementadas pelas três esferas de governo, pelas instâncias de representação dos estados e dos municípios na CIT, Conass e Conasems, respectivamente, e pelas CIBs e CIRs, no que couber. As ações estão organizadas em macro soluções, que refletem dimensões das medidas sugeridas.

5.1 Macro solução 1: sensibilização de autoridades de saúde, profissionais e atores do controle social sobre a relevância da AF para o SUS

Para sensibilizar autoridades, profissionais de saúde e atores do controle social, é fundamental alterar a narrativa técnica dos profissionais da AF, centrada na valorização do farmacêutico e das ações e serviços farmacêuticos, para a linguagem da gestão em saúde, evidenciando a relevância dessas ações e serviços para a eficiência alocativa, a segurança do paciente, a redução de riscos de judicialização e a resolutividade da atenção à saúde no sistema de saúde (FIP, 2025). É fundamental que se demonstre para o gestor de saúde o retorno do investimento nos serviços farmacêuticos, a fim de que ele compreenda que o custo de sua provisão é pequeno quando comparado ao custo dos problemas que ele previne. Dessa forma, as seguintes ações são propostas:

a) Elaborar síntese de evidências sobre o retorno dos investimentos na AF e do custeio dos serviços farmacêuticos no SUS

A elaboração dessa síntese de evidências poderia ser demandada a especialistas pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) do Ministério da Saúde. O documento produzido poderia ser utilizado em estratégias ativas de sensibilização dos gestores do SUS, como em reuniões da CIT, da CIB, da CIR e dos colegiados de secretários de saúde do Conasems e do Conass, em que a AF seja pautada, bem como em eventos e cursos de capacitação, entre outros espaços de divulgação.

Também é preciso estimar o custo de oportunidade de cortes de recursos que seriam destinados a investimento e custeio dos serviços farmacêuticos. A realização de tais estimativas contribuirá para que os gestores tenham dimensão das implicações desses

cortes sobre a AF e, por conseguinte, sobre o acesso e o uso racional de medicamentos pela população.

b) Produzir materiais informativos sobre a AF

A produção de materiais informativos sobre o que é a AF, qual é o principal modelo de AF do SUS e sobre sua relevância para a integralidade do atendimento, a efetividade do cuidado em saúde e a eficiência do SUS, poderá contribuir para ampliar a compreensão dos gestores de saúde sobre essa área. A produção desses materiais poderia ser demandada pelo Ministério da Saúde a empresa especializada, mas o recomendado é que ela parta de documento elaborado pelo grupo de trabalho da CIT,²¹ que trata da AF, para que os informativos tenham maior aderência à realidade do SUS e abordem as questões mais centrais sobre o tema.

A produção de vídeos curtos com o objetivo de informar do que trata a AF e qual é a sua importância para o SUS gera um material que poderá ser facilmente apresentado em cursos, reuniões e eventos. Esses vídeos poderiam ser baseados em entrevista, ou não, e produzidos por instituições do SUS, aproveitando-se a infraestrutura existente, como o Canal Saúde, mantido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz),²² e a TV Mais Conasems, deste conselho.²³

c) Criar um laboratório de boas práticas em AF

Laboratórios são estruturas criadas para reunir e produzir conhecimento especializado sobre determinado tema ou área de políticas públicas. Eles servem para monitorar políticas públicas e condições sociais, produzir e disseminar informações e evidências, apoiar a formulação e a tomada de decisões, fortalecer a participação social e o debate público (Jaccoud, 2025).

²¹ A CIT é constituída pelo Plenário, a Câmara Técnica, o Comitê de Conciliação e a Secretaria Executiva. A Câmara Técnica conta com Grupos de Trabalho, constituídos por técnicos do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems, que têm a finalidade de analisar, propor medidas e acompanhar os assuntos, projetos, programas e ferramentas de operacionalização das políticas a serem deliberadas e pactuadas no Plenário (Brasil, 2021b).

²² Ver: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/pages/principal>. Acesso em: 2 mar. 2026.

²³ Ver: <https://mais.conasems.org.br/>. Acesso em: 2 mar. 2026.

d) Ampliar a participação dos conselheiros de saúde nos espaços de discussão sobre a AF e levar a AF para os espaços do controle social

Possibilitar que representantes dos conselhos de saúde em cada ente da federação possam participar de eventos, cursos e demais atividades voltadas à discussão sobre a AF ou à capacitação dos trabalhadores pode contribuir para maior aproximação entre os atores e compreensão sobre essa área. Igualmente importante é a participação dos trabalhadores da AF em reuniões dos conselhos de saúde para explicar, quando possível, do que ela trata e como ela vem sendo implementada pelo ente. Capacitações específicas para conselheiros de saúde sobre a AF também podem ser programadas.

5.2 Macro solução 2: estímulo ao fortalecimento da AF no SUS

De acordo com a FIP (2025), algumas medidas são fundamentais ao desenvolvimento dos serviços farmacêuticos, entre elas: i) o estabelecimento de políticas, estruturas de governança e marcos regulatórios que a viabilizem e sustentem; ii) a integração dos serviços farmacêuticos prestados diretamente aos usuários aos demais serviços do sistema de saúde, para assegurar sua acessibilidade e sustentabilidade; iii) a instituição de legislação e regulamentação para a ampliação do escopo de prática dos profissionais farmacêuticos, com mecanismos de remuneração justa e equitativa; e iv) a autorização para que os farmacêuticos acessem, de forma segura, os prontuários de saúde dos usuários, de modo a apoiar a continuidade e a qualidade da atenção à saúde.

a) Fortalecer o arranjo de governança tripartite do SUS na área de AF

O SUS já conta com o Grupo de Trabalho de Ciência e Tecnologia da CIT como instância de análise, proposição de medidas e acompanhamento de assuntos, projetos, programas e ferramentas de operacionalização dessa temática, incluindo as questões envolvendo os medicamentos e os serviços farmacêuticos. Contudo, faz-se necessário o reforço do debate e de proposições que tratem da AF. Dessa forma, sugere-se a denominação desse grupo para Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia (GTAF-CIT) e a priorização das discussões envolvendo os serviços farmacêuticos neste espaço, com o apoio das lideranças do Ministério da Saúde, do Conasems e do Conass.

Ao conferir suporte político e financeiro à atuação do GTAF-CIT, o grupo poderia tornar-se um propulsor de propostas de aprimoramento da AF, alicerçadas em diagnósticos dos principais problemas dessa área, visando à sua resolução ou mitigação. Além disso, os integrantes do GTAF-CIT, que são representantes do DAF, do Conasems e do Conass, poderiam dinamizar o processo de implementação das medidas que fossem aprovadas pela CIT por meio de suas redes de cooperação. Por exemplo, o DAF poderia mobilizar suas instituições parceiras e a articulação com coordenadores de AF das secretarias de saúde do SUS. O Conasems, com a Rede de Apoiadores do conselho e com o GTAF-Conasems, constituído por representantes das assessorias técnicas de AF dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems); e o Conass com a Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica (CTAF-Conass), composta por coordenadores de AF das secretarias de estado da saúde.

Além disso, poderiam ser implementadas ações para impulsionar os fóruns de discussão da AF nas CIBs e CIRs, como os GTAF bipartite e regionais, de forma a canalizar essa rede até as instâncias locais, fortalecendo os espaços de discussão e aprimorando da AF em todo o SUS.

b) Fortalecer a posição institucional da AF na governança do SUS

As propostas aqui apresentadas visam fortalecer a institucionalização da AF no SUS como política pública transversal, integrada à governança do sistema, aos processos de planejamento, gestão e organização das RAS. Partem do reconhecimento de que a consolidação da AF exige mais do que marcos normativos e financiamento. Requer inserção qualificada nos espaços decisórios, capacidades institucionais sustentáveis e articulação efetiva com o cuidado em saúde.

Nesse sentido, propõe-se elevar a posição institucional da AF na governança do SUS, de modo a situá-la em instâncias de decisão estratégica, para além de coordenações técnicas ou diretorias setoriais. Tal fortalecimento implica adequar sua inserção nos organogramas do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais. Essa configuração busca assegurar à AF participação qualificada na definição de prioridades, na alocação de recursos e na formulação de estratégias assistenciais, em coerência com seu papel sanitário, econômico e transversal no sistema de saúde.

No âmbito federal, isso significa elevar o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos à posição de secretaria do Ministério da Saúde, no mesmo nível da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), uma vez que a AF, assim como essas secretarias, possui atribuições centradas na provisão de serviços de saúde.

Recomenda-se, ainda, o reconhecimento formal da AF como política transversal no âmbito da gestão do SUS, com atribuições que integrem serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais, superando sua redução a funções exclusivamente logísticas. Esse fortalecimento institucional deve ser acompanhado da garantia de participação sistemática da AF nos espaços decisórios do sistema.

De forma complementar, torna-se necessário integrar a AF aos processos de planejamento e gestão do SUS. Para tanto, propõe-se assegurar sua inclusão explícita nos principais instrumentos de planejamento, como os Planos de Saúde, as Programações Anuais de Saúde, os Planejamentos Regional Integrado (PRI) e os Relatórios de Gestão, em todas as esferas de governo. Os planos e ações da AF devem estar alinhados às prioridades sanitárias regionais e às linhas de cuidado pactuadas, fortalecendo sua inserção na rede. Além disso, recomenda-se estimular a pactuação federativa de diretrizes, metas e responsabilidades relacionadas à institucionalização da AF nas instâncias intergestores (CIT, CIB e CIR), conferindo maior coerência e coordenação às ações desenvolvidas.

Outro eixo central das propostas refere-se à consolidação de mecanismos permanentes de monitoramento e avaliação da AF. A avaliação deve ser institucionalizada como prática regular de gestão, integrada aos ciclos de planejamento, programação e tomada de decisão. Para isso, é fundamental desenvolver e pactuar indicadores nacionais e regionais que permitam monitorar o grau de institucionalização da AF, contemplando dimensões organizacionais, assistenciais e de governança.

Paralelamente, deve-se fortalecer a capacidade técnica das equipes gestoras para a análise e o uso dos resultados da avaliação na reorientação das ações e dos serviços farmacêuticos. O fortalecimento das capacidades técnicas e gerenciais constitui outro componente indispensável para sustentar o processo de institucionalização da AF. Propõe-se investir na formação e qualificação permanente de gestores e profissionais da área, com foco em governança, planejamento, gestão, avaliação.

As propostas também enfatizam a necessidade de reforçar a institucionalização da AF no âmbito subnacional. Isso envolve estimular sua formalização nos organogramas das secretarias estaduais e municipais de saúde, com definição clara de atribuições, responsabilidades e interfaces intersetoriais. Inclui, ainda, a regularização e estruturação das farmácias nos territórios, de modo a assegurar estabilidade institucional e continuidade das ações. Soma-se a isso o incentivo à participação ativa das coordenações de AF nas instâncias deliberativas do SUS, fortalecendo seu papel na governança regional e federativa.

Por fim, propõe-se articular de forma explícita a institucionalização da AF à integração sistêmica do cuidado. Recomenda-se integrar a AF às políticas de Atenção Primária à Saúde (PNAB) e de Atenção Especializada à Saúde (PNAES), reforçando seu papel na coordenação do cuidado e na continuidade terapêutica, o que envolve, inclusive, a revisão da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que trata a AF como um mero sistema de apoio logístico (Brasil, 2010b). O cuidado farmacêutico deve ser reconhecido como componente estruturante das RAS, com definição clara de suas funções ao longo do percurso assistencial do usuário. Para sustentar essa integração, é essencial promover a interoperabilidade dos sistemas de informação, de modo a articular dados de gestão, assistência farmacêutica e cuidado nos diferentes pontos da rede.

c) Elaborar um plano de ação tripartite (Ministério da Saúde, Conass e Conasems) para aprimoramento da AF no SUS

Propõe-se que o GTAF-CIT elabore um plano de ação para o aprimoramento da AF no SUS, a ser aprovado pela CIT, com participação ativa do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems em sua implementação, a fim de criar sinergias entre as três esferas de gestão. O plano poderá incluir ações voltadas ao financiamento da estruturação dos estabelecimentos farmacêuticos públicos (farmácias e CAFs) e dos serviços farmacêuticos; à capacitação dos profissionais da AF e dos demais profissionais do SUS sobre essa área; à interoperabilidade dos sistemas de informação; ao aprimoramento da aquisição e da logística de medicamentos; à implantação de serviços farmacêuticos diretamente aos usuários; e ao monitoramento e avaliação da AF, entre outras iniciativas.

d) Ampliar a capacidade do Ministério da Saúde e das secretarias de estado da saúde para prestar cooperação técnica às secretarias municipais de saúde

A ampliação da capacidade do Ministério da Saúde e das secretarias de estado da saúde para apoiar tecnicamente as secretarias municipais de saúde demanda a expansão e a capacitação das equipes de AF, assim como o aporte de recursos pelos entes da federação que não têm previsão orçamentária para essa finalidade e a ampliação dos recursos naqueles que já os destinam para esse fim. O apoio poderá ocorrer de forma regionalizada, com incentivo à conformação de redes de cooperação em AF entre os municípios.

e) Estabelecer parâmetros para o dimensionamento da força de trabalho necessária para a AF no SUS

Algumas publicações apresentam premissas para o dimensionamento do número de farmacêuticos e técnicos de farmácia, contudo, não se identificam parâmetros publicados para a definição da força de trabalho necessária a todos os serviços farmacêuticos do SUS. Diante dessa lacuna, torna-se pertinente estabelecer referências nacionais que orientem o planejamento e a organização dessas equipes, considerando as especificidades dos diferentes níveis de atenção e tipos de serviços.

Para a APS, por exemplo, um guia publicado pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) propõe a seguinte distribuição da carga horária dos farmacêuticos: i) eixo assistencial: 75% da jornada semanal destinados à dispensação de medicamentos; ii) eixo administrativo: 15% da jornada semanal para atividades de logística (recebimento, estocagem, inventário e conservação de medicamentos, elaboração de relatórios, fracionamento de medicamentos, entre outras atividades); e iii) eixo educativo: 10% da jornada semanal para reuniões de equipe e ações educativas (Nascimento et al, 2020).

Para a farmácia hospitalar, a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH) propõe métricas de dimensionamento da equipe baseada na complexidade do cuidado e na carga de trabalho, considerando variáveis como número de leitos, perfil do hospital e nível de automação. Por exemplo, para um hospital com até 100 leitos com perfil geral (clínica médica e cirúrgica), o dimensionamento sugerido costuma incluir os seguintes parâmetros para farmacêuticos: mínimo de três a quatro - um responsável técnico com

atribuições administrativas, compras e comissões; um farmacêutico por turno de 6h/8h para validação de prescrições e supervisão da dispensação; e um profissional para cada 15-20 leitos críticos destinado à assistência direta aos pacientes (SBRAFH, 2025).

f) Estabelecer programa de educação permanente para as equipes da AF

A implementação de um programa de educação permanente para os profissionais da AF no SUS mostra-se necessária, sobretudo, diante da constante evolução do campo terapêutico e da transição de um modelo centrado no medicamento para outro orientado ao cuidado do usuário. Esse tipo de iniciativa possibilita que as equipes reconheçam e enfrentem problemas concretos do cotidiano dos serviços, promovendo transformações nas práticas de trabalho que favoreçam o uso racional de medicamentos e a segurança dos usuários.

Além disso, a educação permanente configura-se como uma importante ferramenta de gestão e valorização profissional, ao estimular o desenvolvimento técnico e a humanização do atendimento. No contexto do SUS, marcado por desigualdades regionais e limitações de recursos, a formação contínua contribui para preparar os profissionais para uma atuação multiprofissional mais efetiva e resolutiva. Ao articular ensino e prática, o programa fortalece a autonomia de farmacêuticos e técnicos na superação de entraves operacionais e na incorporação do cuidado farmacêutico na prática cotidiana.

g) Demandar aos Poderes Executivo e Legislativo federal a regulamentação das profissões de nível técnico da AF

As profissões de nível técnico em farmácia são reconhecidas pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), mas não há lei federal que as regule (MTE, 2002; Fiocruz, 2025). A regulamentação dessas profissões pode contribuir para: a) aumentar a segurança dos pacientes e reduzir os erros de dispensação e manipulação de medicamentos, uma vez que se estabelecem padrões mínimos de formação e competência; b) valorizar os profissionais e incentivar a procura pelos cursos de formação; e c) atrair mais profissionais para atuação na AF no SUS, conformando equipes de apoio aos farmacêuticos do setor público.

O técnico de farmácia desempenha funções essenciais nos serviços de saúde, atuando desde a manipulação de medicamentos até o atendimento ao público sob a supervisão de farmacêuticos. Também realiza atividades administrativas e logísticas, como controle de produtos, armazenamento, distribuição e apoio em campanhas sanitárias (Fiocruz, 2025).

A regulamentação das profissões de nível técnico da AF poderia ser demandada pelo Ministério da Saúde no âmbito do governo federal, visando a apresentação de projeto de lei para essa finalidade por parlamentar da base aliada do governo no Congresso Nacional.

5.3 Macro solução 3: ampliação do financiamento para serviços farmacêuticos

a) Induzir a estruturação e a organização da AF no SUS por meio de repasse federal fundo a fundo

A indução da estruturação e organização da AF no SUS poderá ser feita com o estabelecimento de linhas de financiamento fundo a fundo para investimento na infraestrutura física e tecnológica da área, a partir da submissão de projetos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, e para o custeio dos serviços, de forma regular e automática, a depender do cumprimento de algumas contrapartidas por parte das secretarias como, por exemplo, a interoperabilidade de sistemas ou o registro de dados da AF em sistema nacional que possibilite o monitoramento e o acompanhamento da disponibilidade e do consumo de medicamentos, bem como da oferta de serviços farmacêuticos prestados diretamente aos usuários do SUS.

A transferência de recursos federais condicionada ao cumprimento de determinados compromissos por parte de estados e municípios tem sido utilizada na implementação de programas nacionais com grande sucesso no SUS, constituindo-se em relevante instrumento de coordenação federativa do sistema de saúde (Paiva, Gonzalez e Benevides, 2020).

b) Estabelecer regulamentação da carteira de serviços farmacêuticos e incluir, na Tabela SUS, novos procedimentos para os serviços

farmacêuticos prestados diretamente aos usuários nas redes de atenção à saúde

A regulamentação da carteira de serviços farmacêuticos prestados diretamente aos usuários nas RAS, seja na APS ou na atenção especializada à saúde (AES), pode fomentar a realização desses serviços no SUS. Tal medida contribui para explicitar o escopo de atuação clínica da AF e orientar sua integração às práticas assistenciais das equipes de saúde. Além disso, a inclusão de um ou mais procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Tabela SUS) relativos à consulta ou atendimento farmacêutico, com a prestação de serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, conciliação de medicamentos ou revisão da farmacoterapia,²⁴ por exemplo, pode estimular tanto o interesse profissional em atuar como farmacêutico clínico, quanto o das secretarias de saúde em estruturar e ofertar esses serviços nas unidades de saúde, de forma integrada aos demais pontos de atenção.²⁵

No âmbito da APS, como o modelo de financiamento não é feito por produção de procedimentos individuais, mas por componentes globais baseados na organização do cuidado em saúde, no desempenho das equipes e no acompanhamento da população (Brasil, 2017a), o procedimento não teria valor de remuneração atribuído. Mas, no caso da AES, o procedimento poderia estar vinculado ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC),²⁶ com definição de valor para serviços profissionais, em um primeiro momento, integrando, posteriormente, o Teto de Média e Alta Complexidade (Teto MAC).

²⁴ O acompanhamento farmacoterapêutico é um serviço em que o farmacêutico gerencia a farmacoterapia do paciente a partir da análise de suas condições de saúde, fatores de risco e tratamento em uso. Na conciliação de medicamentos, esse profissional elabora uma lista completa e precisa de todos os medicamentos utilizados pelo paciente para garantir coerência e segurança no tratamento. E, na revisão da farmacoterapia, ele realiza uma análise estruturada e crítica dos medicamentos usados pelo paciente, a fim de reduzir problemas relacionados aos medicamentos, melhorar a adesão e os resultados terapêuticos, e evitar desperdício de recursos (CFF, 2016).

²⁵ A Tabela SUS prevê a participação de farmacêuticos em atividades de apoio e diagnóstico (02.14.01.001-5: Glicemia capilar, 02.14.01.006-6: Teste rápido de gravidez, 01.01.04.002-4: Avaliação antropométrica (peso, altura, cálculo de IMC) e 03.01.10.003-9: Aferição de pressão arterial). Para o farmacêutico que atua nas farmácias do Ceaf, há códigos específicos: 06.04.01.001-1: Dispensação de medicamentos do Componente Especializado (código geral para o serviço de farmácia); e 03.01.05.003-1: Assistência domiciliar por equipe multiprofissional (quando o farmacêutico realiza visita domiciliar).

²⁶ O FAEC tem a finalidade de financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. Os recursos financeiros são transferidos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrada pelos respectivos gestores nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH. Ver: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-media-e-alta-complexidades-mac>. Acesso em: 22 jan. 2026.

Em síntese, com o fortalecimento do arranjo de governança tripartite do SUS na área de AF, a definição de um plano de ação para o aprimoramento dessa área e o estabelecimento de uma linha de financiamento regular e automática para serviços farmacêuticos, aprimora-se a coordenação federativa e promove-se o fortalecimento da assistência farmacêutica no SUS, com atenção à regionalização dos serviços farmacêuticos.

5.4 Macro solução 4: aperfeiçoamento dos processos de avaliação de tecnologias em saúde e de sua incorporação no SUS

a) Fortalecer a Comissão Nacional de Avaliação de Tecnologias no SUS e aprimorar o seu processo de trabalho

Propõe-se fortalecer a Conitec e aprimorar seu processo de trabalho, de modo a qualificar a avaliação e a incorporação de medicamentos e de outras tecnologias, com base em evidências científicas e análises de custo-efetividade. O aprimoramento da estrutura técnica, a ampliação da transparência nos processos decisórios e o aperfeiçoamento dos fluxos de análise podem contribuir para reduzir pressões de mercado e demandas judiciais indevidas, direcionando recursos públicos a tecnologias que efetivamente tragam benefícios terapêuticos. Além disso, a atuação da Conitec orienta a organização da AF e a elaboração de protocolos clínicos que promovem o uso racional das tecnologias, conciliando inovação com sustentabilidade do SUS.

b) Estabelecer método explícito para a priorização das tecnologias a serem avaliadas

Em um sistema universal de saúde, a definição de um método explícito para priorizar medicamentos e outras tecnologias é necessária do ponto de vista ético e gerencial, pois a limitação de recursos diante de demandas amplas exige escolhas. A ausência de critérios transparentes e reprodutíveis, como benefício clínico, custo-efetividade e impacto orçamentário, pode levar a decisões arbitrárias, influenciadas por pressões grupos de interesse ou pela judicialização, em prejuízo da equidade. A adoção de uma metodologia clara permite justificar publicamente as decisões de avaliação e incorporação,

direcionando os recursos para intervenções que gerem maior benefício em saúde para a população e contribuindo para a sustentabilidade do sistema no longo prazo.

c) Definir orçamento anual para o custeio de tecnologias recém incorporadas ao SUS

A definição de um orçamento anual para o financiamento de tecnologias recém incorporadas aos SUS no ano de sua incorporação, incluindo medicamentos, contribuiria para o estabelecimento de prioridades, considerando o contexto de escassez de recursos do sistema. A previsão de dotação orçamentária específica evita que a inovação seja inviabilizada por insuficiência financeira e que novas incorporações passem a competir com terapias já financiadas ou gerem atrasos na oferta dos tratamentos.

A reserva orçamentária também proporciona maior previsibilidade para o planejamento da aquisição, da logística e da organização da rede de atenção, reduzindo o intervalo entre a decisão de incorporação e o acesso efetivo dos pacientes, além de contribuir para a sustentabilidade do sistema. Nesse contexto, seria necessário estabelecer janelas periódicas para a incorporação de tecnologias ao SUS, com a consequente adequação do modelo atual, baseado em fluxo contínuo de solicitações.

d) Estabelecer regulamentação sobre a incorporação de medicamentos ao SUS de forma suplementar por estados e municípios

A regulamentação da incorporação suplementar de medicamentos por estados e municípios é importante para garantir segurança jurídica e sustentabilidade do SUS, evitando a expansão desordenada de elencos locais sem base em evidências. Embora o pacto federativo permita ampliar o acesso a tecnologias não previstas na Rename para atender a necessidades locais, essas decisões devem seguir critérios claros de ATS e considerar as recomendações da Conitec, para evitar a adoção de terapias de baixo valor clínico e alto impacto orçamentário. Uma regulamentação adequada também contribui para a equidade regional, ao orientar prioridades conforme necessidades epidemiológicas locais e assegurar que a oferta suplementar complemente, de forma racional, a política nacional.

e) Estabelecer mecanismos que favoreçam a priorização das demandas de estados e municípios na Conitec

É possível que a revisão das exigências em relação às demandas de ATS, no caso específico dos órgãos do SUS, possam favorecer maior participação dos estados e municípios nas solicitações de avaliações de tecnologias em saúde. Também podem contribuir, para tanto, a abertura de editais periódicos e exclusivos para que gestores estaduais e municipais indiquem gargalos terapêuticos e necessidades da rede local. Além disso, o estabelecimento de reserva de pauta nas reuniões da Conitec para processos submetidos por entes subnacionais.

f) Priorizar a revisão dos medicamentos do CBAF no Comitê de Medicamentos da Conitec

Como o CBAF é responsável por assegurar o acesso a medicamentos para tratamento das doenças mais prevalentes, como hipertensão, diabetes e transtornos mentais, a falta de alinhamento entre as tecnologias disponíveis e as diretrizes clínicas atualizadas resulta em ineficiência terapêutica e aumento da pressão sobre os orçamentos municipais. Ao priorizar esse componente, a Conitec contribui para a retirada de terapias ultrapassadas e para a incorporação de opções mais custo-efetivas, promovendo não apenas a melhoria da qualidade do cuidado na APS, mas também a sustentabilidade do financiamento tripartite.

5.5 Macro solução 5: fortalecimento do planejamento, monitoramento e avaliação da AF

A AF tem uma natureza complexa porque opera simultaneamente como um sistema logístico, que requer previsibilidade de demanda, gestão de estoques e qualificação de fornecedores, e como um sistema assistencial, focado na promoção do uso racional de medicamentos, na adesão terapêutica e na segurança do paciente (Joosse, 2024). Por um lado, problemas relacionados à etapa logística resultam em indisponibilidade dos medicamentos e impactam negativamente a etapa clínica. Por outro lado, problemas na etapa clínica tornam inútil o esforço logístico. Por isso, a integração dessas etapas é

fundamental, o que depende de processos de planejamento, monitoramento e avaliação da AF robustos.

a) Atualizar referenciais do SUS sobre o planejamento, o monitoramento e a avaliação da AF

A disponibilização de documentos ou de publicações técnicas pelo Ministério da Saúde é fundamental para oferecer diretrizes e apoiar os estados e municípios na realização dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação da AF.

Há 20 anos o Ministério da Saúde publicou uma proposta de método para apoiar gestores estaduais e municipais de saúde no planejamento da AF, o Planejar é Preciso. O objetivo principal da iniciativa era promover uma cultura de planejamento nessa área, integrando-a aos instrumentos de gestão do SUS e orientando a organização dos serviços para garantir acesso a medicamentos essenciais e uso racional. O método inclui um exercício participativo em oficina para avaliar o estágio atual de desenvolvimento da AF; definir metas (estágio desejado); priorizar ações; e construir o plano de ação. É baseado em dimensões da AF: gestão; seleção; programação, aquisição, armazenamento, distribuição e transporte; prescrição; dispensação; recursos humanos; e farmacovigilância (Brasil, 2006b).

Mais recentemente, o Conasems publicou instrumento para servir de referência aos serviços farmacêuticos na APS, fazendo as seguintes recomendações sobre o planejamento da AF: i) que seja estruturado e integrado às políticas de saúde; ii) esteja baseado nas necessidades de saúde da população, considerando dados epidemiológicos, perfil de uso de medicamentos, cobertura assistencial, capacidade instalada e disponibilidade de recursos financeiros; iii) seja coordenado com os demais serviços de saúde, reforçando o papel da APS como ordenadora do cuidado em saúde; e iv) resulte em instrumentos formais, como planos, diretrizes, relatórios técnicos e documentos metodológicos. Para o monitoramento, o instrumento recomenda que seja contínuo e sistemático, não restrito apenas ao controle de estoque; utilize dados de consumo, demanda, estoques e desempenho dos serviços; apoie-se em sistemas de informação integrados, capazes de gerar relatórios gerenciais e clínicos; e sirva como base para ajustes na programação, aquisição e distribuição de medicamentos (Conasems, 2021).

Dessa forma, existem referenciais destinados a apoiar as secretarias estaduais e municipais de saúde no planejamento, monitoramento e avaliação da AF, contudo, é preciso revisitá-los e produzir uma nova diretriz técnica, atualizada e abrangente, considerando todos os níveis de complexidade da atenção à saúde. A atualização desses referenciais precisa ser periódica, dada a necessidade de aprimoramento contínuo desses processos.

b) Capacitar coordenadores e equipes técnicas de AF em planejamento, monitoramento e avaliação

A oferta de cursos à distância de planejamento, monitoramento e avaliação da AF pode ser uma estratégia eficaz e de baixo custo para alcançar um grande número de profissionais desta área em pouco tempo. Essa estratégia pode ser mais efetiva se combinada com ações de sensibilização dos gestores do SUS sobre a relevância da capacitação desses profissionais. No caso dos coordenadores de AF, os cursos à distância podem ser combinados com a participação em reuniões e eventos locais e nacionais que tratem do assunto. Seja para a oferta de cursos ou para a realização de reuniões e eventos sobre o planejamento, o monitoramento e a avaliação da AF, a disponibilidade de referenciais do SUS atualizados e abrangentes é fundamental.

5.6 Macro solução 6: indução de maior eficácia e eficiência na aquisição e na logística de medicamentos

A OCDE recomenda a observância de alguns princípios, organizados em cinco pilares, para orientar os governos a planejar e executar compras públicas (OECD, 2025):

- Pilar I: nivelar o campo de jogo para uma competição eficaz, com transparência, acesso e participação:
 - tornar todos os processos de contratação visíveis e compreensíveis para as partes interessadas, desde o planejamento até a execução e prestação de contas;
 - garantir acesso igualitário de fornecedores qualificados, estimulando competição justa e melhores ofertas de preços e qualidade;

- Pilar II: aproveitar as capacidades e a eficiência digitais para sistemas de contratação pública mais integrados, com compras eletrônicas, eficiência e integração:
 - buscar o melhor uso dos recursos públicos, alinhando a estratégia de compras com as necessidades reais de saúde e com um bom custo-benefício;
 - adotar práticas como compras agregadas, avaliação prévia de mercados, aquisições baseadas em valor (e não somente no preço), e integração de tecnologia e dados;
- Pilar III: capacitar os profissionais de compras públicas e fortalecer todo o ecossistema de aquisição:
 - desenvolver competências técnicas dos profissionais públicos envolvidos em compras, essenciais para contratações complexas como a de medicamentos;
- Pilar IV: alcançar um amplo impacto das compras públicas, inclusive por meio de seu uso estratégico, com equilíbrio, gestão de risco e avaliação:
 - promover procedimentos que reduzam riscos de práticas corruptas, como fraudes, cartelização ou conflito de interesses;
 - identificar e monitorar riscos ao longo de todo o ciclo de contratação, desde a definição de especificações até a entrega e desempenho dos contratos.

No Brasil, o Tribunal de Contas da União (TCU) fez as seguintes recomendações para as aquisições públicas de medicamentos (Brasil, 2018b):

- planejar as compras com base nas necessidades da AF e nos princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade);
- melhorar a governança dos processos de aquisição para reduzir desperdícios e falhas que comprometam o acesso aos medicamentos;
- utilizar referências e sistemas como Banco de Preços em Saúde (BPS) e o Catálogo de Materiais do Governo Federal (Catmat) para formar orçamento estimado e base de comparação de preços; e

- observar a legislação e normas específicas do SUS aplicáveis à compra e distribuição de medicamentos.

As diretrizes propostas pela OCDE e pelo TCU são importantes para guiar as aquisições de medicamentos no setor público de forma geral. Para resolver alguns problemas específicos da compra desses produtos no SUS, mapeados na seção de diagnóstico deste texto, sugerem-se as medidas que seguem.

a) Estimular o consorciamento municipal e o registro de preços para ganhos de escala nas compras

Os consórcios públicos são regidos pela Lei nº 11.107/2005 e regulamentados pelo Decreto nº 6.017/2007. Eles possibilitam que entes federados se associem para objetivos comuns (Brasil, 2005; 2007c). Na aquisição de medicamentos, os consórcios podem: a) promover economia de escala, porque a compra conjunta aumenta o volume, atrai grandes fabricantes e reduz o custo unitário (Gonçalves et al, 2020; Flexa e Barbastefano, 2020; Peters, Castro e Cavalcanti, 2022); b) racionalizar o processo de compra pública, substituindo centenas de licitações individuais por um único certame robusto; e c) garantir o abastecimento dos medicamentos incorporados ao SUS, evitando ações judiciais em decorrência da falta desses produtos nas farmácias (CNM, 2017). Destaca-se, neste caso, a experiência do Consórcio Intergestores Paraná Saúde que reúne 398 dos 399 municípios do estado para a aquisição de medicamentos do CBAF, por meio da celebração de convênios entre as secretarias municipais e a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Paraná, 2025).

A literatura apresenta alguns desafios do consorciamento na saúde no Brasil, entre eles: i) dificuldade de sustentabilidade financeira, especialmente quando há exigência de contrapartida dos municípios para manutenção das operações; ii) insuficiência de estrutura gerencial e técnica para planejar, monitorar e avaliar serviços complexos com eficácia, impactando a qualidade do atendimento; e iii) dificuldades na tomada de decisões e na continuidade de programas em decorrência de falta de cooperação entre prefeitos, secretários municipais, lideranças estaduais e gestores do consórcio (Carvalho, Silva e Nicoletto, 2025). Por isso, uma estratégia de estímulo ao consorciamento deve buscar mitigar os problemas de ordem política, financeira e técnica que comprometem a efetividade desse mecanismo de cooperação intergovernamental (Piola et al, 2023).

Outra estratégia relevante é o uso do Sistema de Registro de Preços, que pode ser formalizado em atas de registro de preços de medicamentos nacionais, para adesão pelos estados, ou estaduais, para adesão pelos municípios (Brasil, 2021c). Esse sistema possibilita a agregação de demanda entre entes públicos e a contratação futura com preços previamente negociados, promovendo maior eficiência nas aquisições (Brasil, 2020d).

O estímulo ao consorciamento e ao uso do Sistema de Registro de Preços, especialmente para os municípios, é uma medida que pode aumentar a eficácia e a eficiência nas aquisições de medicamentos. Ele pode ser feito por meio da produção de diretrizes para a conformação e operação de consórcios públicos, e para a prática de registro de preços, pela disponibilização de uma rede de apoiadores que auxiliem os entes da federação nesse processo e pela indução por parte dos estados.

b) Analisar a possibilidade de uso da modalidade de diálogo competitivo na aquisição de medicamentos e serviço de logística integrados

A Nova Lei de Licitações (Lei nº 14.133/2021) introduziu a modalidade do diálogo competitivo (art. 6º, XLII e art. 32), que pode ser utilizada na contratação de obras, serviços e compras em situações nas quais a Administração Pública necessite desenvolver, em conjunto com o mercado, alternativas capazes de atender a demandas complexas. Nessa modalidade, a Administração Pública realiza diálogos com licitantes previamente selecionados mediante critérios objetivos, com o objetivo de desenvolver uma ou mais soluções adequadas às suas necessidades, devendo os licitantes apresentar proposta final após o encerramento dos diálogos. Ela está restrita a contratações em que a Administração (Brasil, 2021c):

- I) vise contratar objeto que envolva as seguintes condições:
 - a. inovação tecnológica ou técnica;
 - b. impossibilidade de o órgão ou entidade ter sua necessidade satisfeita sem a adaptação de soluções disponíveis no mercado; e
 - c. impossibilidade de as especificações técnicas serem definidas com precisão suficiente pela Administração.

II) verifique a necessidade de definir e identificar os meios e as alternativas que possam satisfazer suas necessidades, com destaque para os seguintes aspectos:

- a. a solução técnica mais adequada;
- b. os requisitos técnicos aptos a concretizar a solução já definida; e
- c. a estrutura jurídica ou financeira do contrato.

O Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais de saúde, poderia constituir grupo de trabalho para explorar, de forma inicial, as possibilidades envolvendo o uso do diálogo competitivo na compra de medicamentos associada a serviços logísticos, com potencial para distribuição direta às farmácias das unidades de saúde do SUS. Ressalta-se que tal associação refere-se à contratação do fornecimento de medicamentos acompanhada de serviços logísticos vinculados, não implicando a transferência integral das atividades logísticas, atualmente desempenhadas pelas estruturas das secretarias de saúde, como as CAF. Sugere-se a consideração de arranjos híbridos, conforme as capacidades e especificidades de cada ente federativo.

Esse grupo poderia contar com a participação de representantes do TCU e da CGU, o que ajudaria na construção de consensos sobre as possibilidades e os limites de aplicação desse novo arcabouço legal. Adicionalmente, poderia apoiar o levantamento e a sistematização dos custos atualmente incorridos com armazenamento, transporte e distribuição de medicamentos, de modo a subsidiar a avaliação comparativa e a modelagem econômico-financeira de eventuais alternativas contratuais.

Além disso, um projeto-piloto poderia ser conduzido para estabelecer diretrizes básicas de como conduzir o diálogo, desenvolver e aprimorar um modelo de edital que possa ser adaptado ao contexto das secretarias estaduais e municipais de saúde, bem como dos consórcios públicos do país, incluindo a definição de parâmetros mínimos de monitoramento, rastreabilidade e controle da execução contratual, especialmente no que se refere à garantia de abastecimento regular das unidades de saúde.

A análise dessa modalidade de contratação e o desenvolvimento do modelo é fundamental para conferir maior segurança técnica e jurídica às secretarias licitantes. Até o momento, não foram identificados exemplos de aplicação do diálogo competitivo nesse tipo de contratação, embora essa modalidade possa ser considerada potencialmente aplicável ao objeto pretendido (aquisição de medicamentos e serviços de logística integrados), porque:

- a) não há solução “de prateleira” única; b) tem alta complexidade técnica e operacional;

c) possui forte componente de inovação (rastreadabilidade, cadeia fria, integração de sistemas); e d) há dificuldade de definir previamente a melhor modelagem contratual.

Em síntese, esse tipo de contratação poderá, a depender da modelagem adotada e dos resultados observados, contribuir para otimização dos custos com transporte e distribuição de medicamentos e para o aprimoramento da regularidade no abastecimento das farmácias públicas, com eventual redução da necessidade de manutenção de grandes estruturas de armazenamento centralizado. As CAFs poderão manter papel estratégico no armazenamento e gestão de determinados medicamentos e insumos, especialmente aqueles do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) e do Ceaf. A definição da periodicidade de fornecimento e dos fluxos logísticos deverá considerar a capacidade de monitoramento e gestão contratual existente, de modo a mitigar riscos de descontinuidade no abastecimento.²⁷

c) Fomentar a implantação de sistemas de informação interoperáveis para a gestão de estoques e a dispensação de medicamentos

A divulgação dos estoques de medicamentos é uma obrigação prevista na Lei 14.654/2023: “Art. 6ªA. *As diferentes instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) ficam obrigadas a disponibilizar nas respectivas páginas eletrônicas na internet os estoques de medicamentos das farmácias públicas que estiverem sob sua gestão, com atualização quinzenal, de forma acessível ao cidadão comum*” (Brasil, 2023b). Tal obrigação pode ter induzido a implementação de sistemas de informação distintos pelas secretarias de saúde, o que reforça ainda mais a necessidade de que tenham interfaces para interoperação com a BNAFAR.

d) Ampliar a capacitação dos profissionais que atuam na aquisição e gestão de estoques

A capacitação dos profissionais responsáveis pela aquisição e gestão de estoques é essencial para a sustentabilidade do sistema de saúde, pois contribui para que a AF se

²⁷ Distribuidoras de medicamentos conseguem garantir a entrega desses produtos em farmácias privadas de todos os municípios do Brasil. A ideia é aproveitar a cadeia de suprimentos existente para construir um modelo de contratação pública que garanta a disponibilidade de medicamentos no SUS e maior economicidade nos processos de aquisição e distribuição desses produtos às farmácias das unidades de saúde.

traduza em acesso seguro e efetivo aos medicamentos. Profissionais qualificados conseguem programar compras com base em evidências epidemiológicas, reduzindo desperdícios decorrentes de vencimentos ou estoques obsoletos e prevenindo desabastecimentos. Além disso, o domínio de processos licitatórios e da gestão de contratos favorece a seleção adequada de fornecedores, assegurando a qualidade dos insumos e a eficiência necessária para atender às demandas assistenciais.

5.7 Fomento à integralidade do cuidado em saúde

a) Promover a prescrição racional de medicamentos

A promoção da prescrição racional de medicamentos passa por uma série de iniciativas, entre elas, a garantia de acesso dos prescritores a informações independentes sobre os medicamentos, sem a influência da indústria farmacêutica, e o investimento em educação médica continuada e no ensino focado em farmacoterapia baseada em resolução de problemas desde a graduação (PAHO, S.D.).

b) Fomentar a dispensação adequada dos medicamentos

A dispensação adequada de medicamentos deve garantir a avaliação da prescrição, assegurar orientação ao paciente, promover confidencialidade e cuidado centrado no paciente, utilizar evidências e protocolos, e incentivar a substituição de medicamentos prescritos pelas marcas por genéricos. Espera-se dos farmacêuticos que, além dessas atividades, eles sejam capazes de: a) preparar, obter, proteger, distribuir, administrar e descartar produtos de saúde; b) fornecer uma gestão eficaz da farmacoterapia; c) manter e aprimorar o desempenho profissional; e d) contribuir para a melhoria da eficácia do sistema de saúde e da saúde pública (Vieira, 2007; WHO, 2011).

c) Incentivar e aperfeiçoar o cuidado farmacêutico no SUS

Para incentivar e aperfeiçoar o cuidado farmacêutico faz-se necessária a integração dos serviços farmacêuticos nas RAS e do farmacêutico aos demais profissionais de saúde. Para tanto, podem ser adotadas medidas como: a) reconhecer e tratar a farmácia como um

ponto de atenção à saúde que oferta serviços clínicos; b) estabelecer fluxos de referência e contrarreferência, nos quais os farmacêuticos possam atender pacientes encaminhados por outros profissionais para acompanhamento farmacoterapêutico, bem como encaminhá-los para atendimento por outros especialistas quando necessário; c) alinhar a formação acadêmica e a educação continuada às habilidades clínicas e de comunicação requeridas para essa atuação; d) estabelecer protocolos clínicos que oriente e padronizem o manejo de doenças; e) possibilitar o registro das intervenções dos farmacêuticos nos prontuários dos pacientes; e f) disponibilizar sistemas de informação para registro dos atendimentos clínicos realizados pelos farmacêuticos (OPAS e CFF, 2004; WHO, 1994; 2011).

Adicionalmente, para fortalecer a integração entre a AF ambulatorial e hospitalar, podem ser estabelecidos incentivos financeiros e metas de desempenho voltados à implementação do cuidado farmacêutico integral na rede de atenção à saúde.

5.8 Aprimoramento da regulação do mercado de medicamentos a fim de reduzir a influência e os impactos negativos de seus agentes sobre o SUS

Algumas medidas podem ser adotadas em âmbito nacional para reduzir a influência e os impactos negativos das práticas dos agentes do mercado de medicamentos sobre o SUS. Destacam-se entre elas: a) obrigatoriedade de médicos, gestores e membros de comissões de farmácia e terapêutica declararem o recebimento de pagamentos, viagens e brindes de empresas ligadas ao setor farmacêutico; b) limitação de visitas de representantes de vendas a instituições públicas e proibição de brindes ou amostras grátis que possam enviesar a prescrição; c) promover informação independente sobre medicamentos no SUS; d) garantir que a atualização de profissionais seja financiada pelo Estado ou por instituições acadêmicas independentes de empresas farmacêuticas; e e) garantir a aplicação das sanções administrativas previstas em lei para evitar que uma empresa que vença a licitação não cumpra o contrato firmado com a Administração Pública.

6 SÍNTESE DOS PROBLEMAS E DAS AÇÕES PROPOSTAS

A seguir, para facilitar a compreensão do leitor, a matriz apresenta a relação entre as macro soluções propostas para enfrentamento dos macroproblemas da AF no SUS (figura

4). Como um macroproblema pode ser resolvido ou mitigado por mais de uma macro solução, esta matriz oferece um panorama sobre a interseção entre essas duas categorias. A interseção é evidenciada nas células marcadas em azul. Por exemplo, as macro soluções sugeridas para os problemas relacionados à institucionalização da AF são a sensibilização de autoridades de saúde, profissionais e atores do controle social sobre a relevância da AF para o SUS; o fomento ao fortalecimento da AF; e a ampliação do financiamento para serviços farmacêuticos.

O detalhamento das ações propostas para o aperfeiçoamento da assistência farmacêutica, que compõem as macro soluções, encontra-se no quadro 1. Essas ações podem ser implementadas pelas três esferas de governo, pelas instâncias de representação dos estados e dos municípios na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), respectivamente, e pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e Comissões Intergestores Regionais (CIRs), no que couber. São propostas que podem integrar uma agenda estratégica voltada ao aperfeiçoamento da AF no SUS.

Para uma leitura abrangente da matriz (figura 4), consulte o detalhamento de cada macroproblema na seção 4 e seu resumo na figura 3 (seção 3), além das macro soluções detalhadas na seção 5 e de seu resumo no quadro 1 a seguir.

FIGURA 4: MATRIZ DAS MACRO SOLUÇÕES PARA O APERFEIÇOAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR MACROPROBLEMAS

MACRO SOLUÇÕES MACRO PROBLEMAS	Macro solução 1: Sensibilização de autoridades de saúde, profissionais e atores do controle social sobre a relevância da AF para o SUS	Macro solução 2: Estímulo ao fortalecimento da AF no SUS	Macro solução 3: Ampliação do financiamento para serviços farmacêuticos	Macro solução 4: Aperfeiçoamento dos processos de avaliação de tecnologias em saúde e de sua incorporação no SUS	Macro solução 5: Fortalecimento do planejamento, monitoramento e avaliação da AF	Macro solução 6: Indução de maior eficácia e eficiência na aquisição e na logística de medicamentos	Macro solução 7: Fomento à integralidade do cuidado em saúde	Macro solução 8: Aprimoramento da regulação do mercado de medicamentos a fim de reduzir a influência e os impactos negativos de seus agentes sobre o SUS
Macroproblema 1: Problemas relacionados à institucionalização da AF								
Macroproblema 2: Problemas relacionados aos recursos								
Macroproblema 3: Problemas relacionados à avaliação e à incorporação de medicamentos								
Macroproblema 4: Problemas de coordenação da AF								
Macroproblema 5: Problemas relacionados à gestão								
Macroproblema 6: Problemas relacionados à regulação do mercado de medicamentos								

Fonte: elaboração dos autores.

QUADRO 1

Ações propostas para o aperfeiçoamento da assistência farmacêutica no SUS

Macro soluções	Ações
Sensibilização de autoridades de saúde, profissionais e atores do controle social sobre a relevância da AF para o SUS	• Elaborar síntese de evidências sobre o retorno dos investimentos na AF e do custeio dos serviços farmacêuticos no SUS • Produzir materiais informativos e publicitários sobre a AF • Criar um laboratório de boas práticas em AF • Ampliar a participação dos conselheiros de saúde nos espaços de discussão sobre a AF e levar a AF para os espaços do controle social
Estímulo ao fortalecimento da AF no SUS	• Fortalecer o arranjo de governança tripartite do SUS na área de AF • Fortalecer a posição institucional da AF na governança do SUS • Elaborar um plano de ação tripartite (Ministério da Saúde, Conass e Conasems) para aprimoramento da AF no SUS • Ampliar a capacidade do Ministério da Saúde e das secretarias de estado da saúde para prestar cooperação técnica às secretarias municipais de saúde • Estabelecer parâmetros para o dimensionamento da força de trabalho necessária para a AF no SUS • Estabelecer programa de educação permanente para as equipes da AF • Demandar aos Poderes Executivo e Legislativo federal a regulamentação das profissões de nível técnico da AF
Ampliação do financiamento para serviços farmacêuticos	• Induzir a estruturação e a organização da AF no SUS por meio de repasse federal fundo a fundo • Estabelecer regulamentação da carteira de serviços farmacêuticos e incluir, na Tabela SUS, novos procedimentos para os serviços farmacêuticos prestados diretamente aos usuários nas redes de atenção à saúde
Aperfeiçoamento dos processos de avaliação de tecnologias em saúde e de sua incorporação no SUS	• Fortalecer a Comissão Nacional de Avaliação de Tecnologias no SUS e aprimorar seu processo de trabalho • Estabelecer método explícito para a priorização das tecnologias a serem avaliadas • Definir orçamento anual para o custeio de tecnologias recém incorporadas ao SUS • Estabelecer regulamentação sobre a incorporação de medicamentos ao SUS de forma suplementar por estados e municípios • Estabelecer mecanismos que favoreçam a priorização das demandas de estados e municípios na Conitec • Priorizar a revisão dos medicamentos do CBAF no Comitê de Medicamentos da Conitec
Fortalecimento do planejamento, monitoramento e avaliação da AF	• Atualizar referenciais do SUS sobre o planejamento, o monitoramento e a avaliação da AF • Capacitar coordenadores e equipes técnicas de AF em planejamento, monitoramento e avaliação
Indução de maior eficácia e eficiência na aquisição e na logística de medicamentos	• Estimular o consorciamento municipal e o registro de preços para ganhos de escala nas compras • Analisar a possibilidade de uso da modalidade de diálogo competitivo na aquisição de medicamentos e serviço de logística integrados • Fomentar a implantação de sistemas de informação interoperáveis para a gestão de estoques e a dispensação de medicamentos • Ampliar a capacitação dos profissionais que atuam na aquisição e gestão de estoques
Fomento à integralidade do cuidado em saúde	• Promover a prescrição racional de medicamentos • Fomentar a dispensação adequada dos medicamentos • Incentivar e aperfeiçoar o cuidado farmacêutico no SUS
Aprimoramento da regulação do mercado de medicamentos a fim de reduzir a influência e os	• Estabelecer a obrigatoriedade de médicos, gestores e membros de comissões de farmácia e terapêutica declararem o recebimento de pagamentos, viagens e brindes de empresas ligadas ao setor farmacêutico

Macro soluções	Ações
impactos negativos de seus agentes sobre o SUS	● Limitar visitas de representantes de vendas a instituições públicas e proibir brindes ou amostras grátis que possam enviesar a prescrição ● Promover informação independente sobre medicamentos no SUS ● Garantir que a atualização de profissionais seja financiada pelo Estado ou por instituições acadêmicas independentes de empresas farmacêuticas ● Garantir a aplicação das sanções administrativas previstas em lei para evitar que uma empresa que vença a licitação não cumpra o contrato firmado com a Administração Pública

Fonte: elaboração dos autores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências e análises apresentadas neste documento reiteram que a AF é um pilar indispensável para a sustentabilidade e a resolutividade do SUS. Ao diagnosticar gargalos que transcendem a dimensão logística, alcançando esferas políticas, orçamentárias e de governança federativa, este trabalho demonstra que a superação da visão reducionista da AF é urgente. A consolidação de um modelo que integre o acesso ao medicamento com o cuidado farmacêutico efetivo revela-se como o único caminho viável para reduzir a fragmentação das ações de saúde e reduzir o desembolso direto das famílias com medicamentos.

A principal contribuição deste trabalho reside na oferta de um roteiro estratégico pautado na realidade técnica e operacional da gestão pública brasileira. O ineditismo da abordagem, ilustrado pela sistematização da árvore do problema estrutural da AF, permite que gestores e formuladores de políticas identifiquem com clareza os nós críticos que geram ineficiência e judicialização. Mais do que oferecer um diagnóstico, o trabalho apresenta propostas para uma agenda estratégica, capaz de subsidiar reformas administrativas e normativas que fortaleçam o papel regulador e provedor do Estado e a equidade no acesso a medicamentos.

O aperfeiçoamento da AF no SUS depende de compromisso político que reconheça o medicamento como um bem público essencial e os serviços farmacêuticos como um direito do cidadão. Espera-se que este documento sirva como um instrumento de consulta para que as soluções apresentadas inspirem as ações a serem incluídas nos planos de saúde e nas agendas governamentais. Somente por meio de uma coordenação federativa robusta e do investimento qualificado nos serviços farmacêuticos será possível garantir que o SUS cumpra sua promessa constitucional de atenção integral, equânime e universal à saúde para toda a população.

8 AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos participantes do Fórum de Política Pública ‘Prioriza SUS Assistência Farmacêutica’, listados a seguir, pelos comentários e sugestões sobre o documento-base, os quais possibilitaram o aprimoramento da análise da política pública de AF apresentada neste texto para discussão. O fórum foi realizado em Brasília no dia 24 de março de 2026 e a participação dos convidados neste evento teve caráter exclusivamente consultivo e colaborativo, não implicando, necessariamente, concordância dos participantes ou das instituições que representam com o diagnóstico elaborado ou com as propostas formuladas para o aperfeiçoamento da AF no SUS.

Participantes:

- Deise Regina Sprada Pontarolli - Secretaria de Estado da Saúde do Paraná;
- Dirce Cruz Marques - Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (Cosems/SP);
- Felipe Tadeu Carvalho Santos - Universidade de São Paulo (USP);
- Fernanda De Negri - Ministério da Saúde, que participou da abertura do evento;
- Henrique Vogado - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass);
- Ivan Ricardo Zimmermann - Universidade de Brasília (UnB);
- Jans Bastos Izidoro - Ministério da Saúde;
- José Aparecido Carlos Ribeiro - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), que atuou como facilitador do fórum;
- Juracy Cavalcante Lacerda Júnior - Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF);
- Nélcio Cezar de Aquino - Ministério da Saúde;
- Noemia Urruth Leão Tavares - Universidade de Brasília (UnB);
- Paulo Sergio Dourado Arrais - Universidade Federal do Ceará (UFC);
- Priscilla Marys Limberger - Ministério da Saúde;
- Vera Lucia Luiza - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); e

- Verônica Savatin Wottrich - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Secretaria Municipal de Saúde de Senador Canedo/GO.

5 REFERÊNCIAS

ALKHADI, 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.

ALMEIDA, C. C.; ANDRADE, K. V. F. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): conceito, histórico e dispositivos legais. **Revista Saúde.com**, Feira de Santana, v. 10, n. 1, p. 80-86, 2014.

ALMEIDA, N. A. et al. Notas técnicas para judicialização de anticoagulantes orais diretos: uma avaliação do perfil. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 55, n. 2, p. e192624, 2022.

ALMEIDA, L. A. et al. Comparative economic analysis between drugs available in primary health care and in the Popular Pharmacy Program of Brazil in a Brazilian capital. **Journal of Hospital Pharmacy and Health Services**, [S. l.], v. 14, n. 4, p. 911, 2024.

AMARAL, S. M. S.; BLATT, C. R. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 799-801, ago. 2011.

ANDREAZZA, R. S. *et al.* Causes of drug-related problems in the emergency room of a hospital in southern Brazil. **Gaceta Sanitaria**, v. 25, n. 6, p. 501–506, 1 nov. 2011.

ANGONESI, D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl., p. 629-640, 2008.

ANTUNES, S. E. A. A. **Avaliação do Programa Qualifar-SUS: eixo estrutura, na qualificação da assistência farmacêutica municipal em Pernambuco**. 2020. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

ARAÚJO, D.; DISTRUTTI, M.; ELIAS, F. Priorização de tecnologias em saúde: o caso brasileiro. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 9, supl. 1, p. 4-40, 2017.

ARAÚJO, S. Q. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1181–1191, abr. 2017.

ARAÚJO, P. T. B.; UCHÔA, S. A. C. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos em um hospital de ensino. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1107-1114, 2011.

ARRAIS, P. S. D. O uso irracional de medicamentos e a farmacovigilância no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1478–1479, 2002.

ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 927–937, 2007.

ARRETCHE, M. **Federalismo e políticas sociais no Brasil**: problemas de coordenação e autonomia. São Paulo: Ed. UNESP, 2002.

BAHIA. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 554, de 31 de agosto de 2021. Autoriza a terceira fase do Programa Farmácia da Bahia e estabelece as normas para seleção e implantação de unidades do Programa Farmácia da Bahia em municípios beneficiados e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, Salvador, BA, 2 set. 2021.

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.

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, n. 6, p. e00114721, 2022.

BORGES, S. S.; PINHEIRO, F. S.; RODRIGUES, F. D. ID 30 - Desafios na Desincorporação de Tecnologias no SUS: análise das demandas e recomendação da Conitec de 2012 a 2023. **Epidemiologia & Serviços de Saúde**, v. 34, suppl 1, 4, 2025.

BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 dez. 1973.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 3 mar. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

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, 10 nov. 1998.

BRASIL. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360/1976 e institui o medicamento genérico. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 fev. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de medicamentos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mai. 2004.

BRASIL. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 698, de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 abr. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejar é preciso**: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: Conass, 2007a. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 7)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais**: RENAME. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 jan. 2007c.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 96, de 17 de dezembro de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.982, de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 nov. 2009a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 ago. 2009b.

BRASIL, M. DA S. Avaliação De Tecnologias Em Saúde: Ferramentas Para a Gestão Do Sus. Brasília, DF: Ms, 2009c.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **A assistência farmacêutica no SUS**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 31 dez. 2010b.

BRASIL. Lei Federal 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. 2011a.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011b.

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 - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 dez. 2011c.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013. Institui a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 fev. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jul. 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 ago. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota informativa sobre prescrição médica**. Brasília, DF, 2014b.

Brasil. Ministério da Saúde. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão: Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica 2009-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Orientações para aquisições públicas de medicamentos**. Brasília: TCU, 2018b.

BRASIL. Tribunal de Contas da União – TCU. **Relatório de Auditoria: TC 017.572/2017-7. Acórdão 1691/2019 - Plenário**. Brasília: TCU, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/redireciona/acordao-completo/ACORDAO-COMPLETO-2344862>. Acesso em: 6 abr. 2026.

BRASIL. Controladoria-Geral da União (CGU). **Relatório de avaliação: processo de incorporação de tecnologias em saúde**. Brasília: CGU, 2020a.

BRASIL. Ministério da Economia. **Guia técnico de gestão estratégica**. Versão 1.0. Brasília: ME, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível médio e/ou técnico nos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: melhoria da eficiência e economicidade nas compras públicas de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O uso de limiares de custo-efetividade nas decisões em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 jun. 2021b.

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 abr. 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 146, de 26 de janeiro de 2021. Altera o Anexo XIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde - REBRATS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 fev. 2021d.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional**: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019. Brasília: Ipea, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2023a.

BRASIL. Lei nº 14.654, de 23 de agosto de 2023. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tornar obrigatória a divulgação dos estoques dos medicamentos das farmácias que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.379, de 14 de junho de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para estabelecer as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 jun. 2024a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.713, de 9 de dezembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para modificar os modelos de informação a serem adotados pelos entes federados e os sistemas compositores da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde – BNAFAR/SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 dez. 2024b.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 1.366.243/SC (Tema 1234 da Repercussão Geral)**. Relator: Min. Gilmar Mendes. Julgado em: 19 set. 2024. Brasília, DF: STF, 2024c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Censo das Unidades Básicas de Saúde**: sumário executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2025a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.942, de 16 de junho de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 jun. 2025b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024–2027** (versão atualizada). Brasília: Ministério da Saúde, 2025c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_pns_2024_2027.pdf. Acesso em: 6 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 7.947, de 21 de agosto de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para estruturar a gestão e a governança tripartite do sistema eSUS Assistência Farmacêutica (eSUSAF) no âmbito do HUB de soluções digitais e para estabelecer o sistema MedSUS como repositório das relações de medicamentos dos entes federativos no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 ago. 2025d.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 566.471/RN – Tema 6 da Repercussão Geral**: Decisão – Fixada a Tese. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, 2025e.

BRASIL. Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade). **Mercado de fabricação de medicamentos para uso humano**. Brasília: Cade, 2025f. (Cadernos do Cade).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS**. Conheça a Contec. Brasília: Ministério da Saúde, 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec>. Acesso em: 13 jan. 2026.

BRASIL, Tribunal de Contas da União. **Relatório de Auditoria - TC 03.346/2023-4**. Brasília, DF: 2026a. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/uploads/noticias/pdf/2026/03/18/documentos_-_2026-03-18T150658.367.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rename em Tempo Real**. Brasília: Ministério da Saúde, 2026b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename>. Acesso em: 6 abr. 2026.

BIENASSIS, K. et al. **The economics of medication safety**: improving medication safety through collective, real-time learning. Paris: OECD, 2022. (OECD Health Working Papers No.147).

CABRAL, G. V. B.; SOUSA, A. N. A. Participação Social e Consolidação da Assistência Farmacêutica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. e15392025, 2026.

CAETANO, R. et al. Desincorporação de tecnologias pela comissão nacional de incorporação de tecnologias, 2012 a junho/2016: um processo ainda incipiente no âmbito do SUS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 8., 2019, João Pessoa, Paraíba. **Anais...** João Pessoa: Abrasco, 2019.

CAETANO, R. et al. O caso do eculizumabe: judicialização e compras pelo Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, e022, 2020.

CAETANO, M. C.; SILVA, R. M.; LUIZA, V. L. Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em Saúde à luz do modelo ambiguidade-conflito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, p. e300420, 2020.

CAMPOLINA, A. G.; YUBA, T. Y.; SOÁREZ, P. C. DE. Critérios de decisão para a alocação de recursos: uma análise de relatórios da CONITEC na área de oncologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2563–2572, 17 jun. 2022.

CAMUZI, R. C.; LIMA, T. M.; RETTO, M. P. F. Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. São Paulo: Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, 2025.

CARLO, C. C. A regionalização da assistência farmacêutica de Minas Gerais e a estratégia logística de descentralização da aquisição de medicamentos básicos para o SUS. **Economia e Políticas Públicas**, v. 7, n. 1, p. 51-75, 2019.

CARNIELLE, C. F.; et al. Judicialização da saúde e seus efeitos na gestão municipal. **Revista Vozes dos Vales**, n. 19, p. 1-15, 2021.

CARVALHO, M. N. et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, 2017.

CARVALHO, M. N. et al. A força de trabalho farmacêutico no SUS: evoluções e alertas sobre a última década (2014-2023). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. e14502025, 2026.

CARVALHO, B. G.; SILVA, J. F. M.; NICOLETTO, S. C. S. Atuação de consórcios de saúde no sistema público de saúde brasileiro: arranjos, papéis e desafios. **Saúde em Debate**, v. 49, n. 144, p. e9515, 2025.

CFF – CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade**: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: CFF, 2016.

CFF – CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Implementação do Cuidado Farmacêutico no SUS: Programa Farmácia Cuidar+. **Experiências Exitosas de Farmacêuticos no SUS**, ano X, n. 8, p. 106-110, 2023.

CHAVES, E. S. et al. Seleção de medicamentos no Sistema Único de Saúde por regiões de saúde do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 14, n. 8, e2214849312, 2025.

CHENG, Y. et al. Economic, clinical, and humanistic outcomes (ECHO) of pharmaceutical care services for minority patients: a literature review. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 9, n. 3, p. 311-29, 2013.

CHIAROTI, R.; OLIVEIRA, R. E. M.; UETA, J. Análise das relações municipais de medicamentos essenciais do estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 18, n. 2, p. 45-54, 2017.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2019.

CNM – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Consórcios públicos para aquisição de medicamentos**: alternativa para reduzir a judicialização da saúde. Brasília: CNM, 2017. (Nota Técnica nº 34/2017).

CNM – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Desabastecimento farmacêutico**: estudo técnico. 3. ed. Brasília, DF: Confederação Nacional de Municípios, 2023.

CNM – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Impactos financeiros do novo modelo federal de financiamento da APS nos municípios**. Brasília: CNM, 2025. (Estudo Técnico).

COMIRAN, E. et al. O serviço de entrega de medicamentos em casa como forma de melhoria do acesso em saúde pública. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 1, n. 1, p. 91-100, 24 jul. 2018.

CONASEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Os serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde**. Volume 4. Brasília: Conasems, 2020. (Coleção Assistência farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde).

CONASEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Instrumento de referência dos serviços farmacêuticos da atenção básica**. Brasília: Conasems, 2021.

CONASEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Guia de Orientação Técnica Aos gestores municipais de saúde quanto à seleção e aquisição de medicamentos para a Atenção Básica**. Brasília, DF: Conasems, 2022.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Qualifar SUS - Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS**: minuta de portaria que regulamenta a transferência de recursos financeiros do Eixo Estrutura para 2014. Brasília: Conass, 2014a. (Nota Técnica n. 9).

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Apresentação das dificuldades enfrentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde na aquisição de medicamentos. Brasília: Conass, 2014b. (Nota Técnica, n. 15).

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705–711, 2006.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 3, p. 41–49, set. 2011.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. HÓRUS: o sistema de informação e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 4, p. 285-294, 2012.

COSTA, E. A. et al. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 5s, 2017a.

COSTA, K. S. et al. Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interfederativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 2s, 2017b.

COSTA, E. A. et al. Situação sanitária dos medicamentos na atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, 2017c.

COSTA, K. S. et al. **Desafios no acesso de usuários do componente especializado da Assistência Farmacêutica aos serviços de infusão no Sistema Único de Saúde do Brasil**. São José dos Campos: Kune Saúde Consulting, 2025.

CUNHA, C. R. et al. Listas de medicamentos disponíveis no sistema público de saúde da Inglaterra e do Brasil para enfrentamento da carga de doenças. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, p. e34034, 2024.

CURADO, D. DA S. P.; SILVA, E. N. DA. Medicamentos incorporados no Sistema Único de Saúde: análise documental das decisões metodológicas em análises de impacto orçamentário entre 2012 e 2024. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 34, p. e20250122, 2025.

DAL PIZZOL, T. D. S. *et al.* Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 827–836, abr. 2010.

DAMO, N.; PERUZZO, R. B.; SANTOS, A. B. “Remédio em Casa” no SUS: uma revisão da bibliografia de Sul a Sudeste. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Joaçaba**, [S. l.], v. 8, p. e32788, 2023.

DE NEGRI, F.; MELLO, C. E. R.; MOURTHE, A. C. L. Aquisições de medicamentos pelo governo federal nas últimas duas décadas. In: DE NEGRI, F. (org.). **Tecnologias e preços no mercado de medicamentos**. Rio de Janeiro: Ipea, 2024. p. 131-161.

DESTRO, D. R. et al. Desafios para o cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310323, 2021.

DIEHL, E. E.; SANTOS, R. I.; SCHAEFER, S. (org.). **Logística de medicamentos**. Florianópolis: Ed. UFSC, 2016.

DISTRITO FEDERAL. Secretária de Estado de Saúde. Portaria nº 716, de 25 de novembro de 2022. Dispõe sobre o regimento interno geral das Comissões de Padronização vinculadas à Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, 29 nov. 2022.

DOMINGUES, M. L. P. et al. Avaliação do risco de viés dos ensaios clínicos referenciados nas notas técnicas sobre anticoagulantes orais diretos. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 56, n. 4, 2023.

FALEIROS, D. R. et al. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 14s, 2017.

FARACO, E. B.; ROVER, M. R. M.; LEITE, S. N. Avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica na Atenção Primária à Saúde dos municípios brasileiros. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 33, n. 3, p. e33030295, 2025.

FARIAS, M. R.; LEITE, S. N.; RECH, N.; BERMUDEZ, J. A. Z. Acesso a medicamentos: da propriedade intelectual à incorporação nos sistemas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 11, p. 5398, 2021.

FATEL, K. 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.

FERRAES, A. M. B.; CORDONI JÚNIOR, L. Consórcio de medicamentos no Paraná. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 475-486, 2007.

FERRAZ, O. L. M. **Health as a human right: the politics and judicialization of health in Brazil**. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.

FREITAS, B. C. D.; FONSECA, E. P. D.; QUELUZ, D. D. P. A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, p. e190345, 2020.

FIP – INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. **FIP statement of policy: people-centred pharmaceutical care**. Den Haag: FIP, 2025.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Técnica(o) em Farmácia: Ficha Técnica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2025. (Observatório dos Técnicos em Saúde).

FLEXA, R. G. C.; BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 325–338, 2020.

FREITAS, P. S. **A assistência farmacêutica básica no Estado de Mato Grosso: uma proposta de monitoramento e avaliação** [dissertação de mestrado profissional]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2003.

GARCIA, M. M.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ACÚRCIO, F. A. Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 221-233, 2017.

GHENO, J. et al. Impacto da transição de cuidado nos desfechos clínicos: coorte histórica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 33, p. e20230231, 2024.

GERLACK, L. F. et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 15s, 2017.

GIOVANELLA, L. A proposta de Mario Testa para o planejamento em saúde. In: Giovanella L, organizadora. **Planejamento estratégico, programação e orçamentação em saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

GOIÁS. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 283/2013-GAB-SES/SESGO, de 10 de dezembro de 2013. Adota como lista de referência para a execução da Política Estadual de Assistência Farmacêutica a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e a Relação Estadual Complementar de Medicamentos. **Diário Oficial do Estado de Goiás**, Goiânia, 29 jan. 2014.

GONÇALVES, A. C. A. et al. Profile of judicialized cannabis. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 60, e23951, 2024.

GONÇALVES, L. M. M. et al. Eficiência na aquisição de medicamentos através de consórcios intermunicipais. **RAHIS**, v. 17, n. 2, p. 85-94, 2020.

GOSSENHEIMER, A. N. et al. Impacto do telecuidado farmacêutico em pessoas com asma em uma farmácia pública do Estado do Rio Grande do Sul: um estudo de viabilidade. **JAFF – Journal of Applied Pharmaceutical Sciences and Research**, v. 11, n. 1, 2026.

HAZEN AC, SLOESERWIJ VM, ZWART DL, DE BONT AA, BOUVY ML, DE GIER JJ, WIT NJ, LEENDERTSE AJ. Design of the POINT study: Pharmacotherapy

Optimisation through Integration of a Non-dispensing pharmacist in a primary care Team (POINT). **BMC family practice**, v. 16, n. 1, p. 76, 2015.

JACCOUD, J. Introdução. In: JACCOUD, J. (org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020. p. 11-34.

JACCOUD, L. **Observatório da seguridade social: uma proposta**. Brasília: Ipea, 2025. (Texto para Discussão, n. 3144).

JACCOUD, L. B.; VIEIRA, F. S. Autonomia, integralidade e desafios de coordenação no SUS. In: JACCOUD, J. (org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020. p. 53-80.

JANSSEN DAALEN, J. M. et al. Determinants of drug prices. **BMJ Open**, v. 11, n. 7, 2021.

JOOSSE, I. R. et al. A proposed analytical framework for qualitative evaluation of access to medicines from a health systems perspective. **BMC Research Notes**, v. 17, n. 1, 159, 2024.

KARNIKOWSKI, M. G. DE O. et al. Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 9s, 13 nov. 2017.

KHAN, R.; SOCHA-DIETRICH, K. **Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency**. Paris: OECD, 2018. (OECD Health Working Paper No. 105).

KREUTZ, L. M. **Análise do programa de qualificação da assistência farmacêutica no SUS (QUALIFAR-SUS) em municípios do Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

KUCHENBECKER, R.; POLANCZYK, C. A. Institutionalizing Health Technology Assessment in Brazil: Challenges Ahead. **Value in Health Regional Issues**, v. 1, n. 2, p. 257–261, dez. 2012.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867–874, out./dez. 2011.

- LAMB, L.; SHIMIZU, H. E. Assistência farmacêutica no SUS na perspectiva dos gestores estaduais de saúde. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 143-155, 2014.
- LEITE, S. N. et al (orgs). **Gestão da Assistência Farmacêutica**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016. (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica; v. 2).
- LEITE, S. N. et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: análise dos dados da Pnaum-Serviços. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 13s, 2017a.
- LEITE, S. N. et al. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 11s, 22 set. 2017b.
- LIEBER, N. S. R.; RIBEIRO, E. Reações adversas a medicamentos levando crianças a atendimento na emergência hospitalar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 2, p. 265–274, jun. 2012.
- LIMA, M. G. et al. Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 23s, 2017.
- MAGARINOS-TORRES, R.; et al. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19, p. 3859–68, 2014.
- MANZINI, F. et al. Conselhos de saúde e Assistência Farmacêutica: desafios e perspectivas para o controle social no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. e14132025, 2026.
- MARIN, N. et al. (org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
- MARTINS, D. G. **Essays on public procurement**. Tese (Doutorado) – Insper, São Paulo, 2020.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8.ed. Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO, 2009. p.43-68.

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

MELO, D. O. et al. Capacitação e intervenções de técnicos de farmácia na dispensação de medicamentos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 261–268, 2017.

MELO, J. R. R. et al. Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. e00053221, 2021.

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.

MENOLLI, P. V. DA S.; GIROTTO, E. Insatisfação com os serviços farmacêuticos do SUS e não adesão ao uso de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 59, p. e36, 2025.

MESSERLI M, BLOZIK E, VRIENDS N, HERSBERGER KE. Impact of a community pharmacist-led medication review on medicines use in patients on polypharmacy - a prospective randomised controlled trial. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 1-16, 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Diretriz para instituir comissão de farmácia e terapêutica municipal**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG nº 9446, de 11 de abril de 2024. Dispõe sobre composição, competências e funcionamento da Comissão de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais – CFT/SES-MG e dá outras providências. **Diário Oficial de Minas Gerais**, Belo Horizonte, 15 abr. 2024.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG nº 10.397, de 20 de agosto de 2025. Aprova e define regras para a estratégia de saúde que visa financiar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica Ambulatorial no âmbito das Redes de Atenção à Saúde - Farmácia de Minas. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, MG, ago. 2025.

MINGUZZI, B. T. Depois de mais de vinte anos da PNAF: cadê a Remume dos municípios brasileiros? **Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia**, v. 11, n. s1, 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Aqui Tem Farmácia Popular**: lista de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/farmacia-popular/codigos-de-barras/2026/lista-de-medicamentos-ean-marco-2026.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**: estrutura, processo e resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MOTTA, A. L. N. et al. Desafios nas aquisições de medicamentos: estudo das licitações do Instituto Nacional do Câncer (2018-2022). **Revista do Serviço Público**, v. 76, n. 2, p. 335–358, 30 jun. 2025.

MTE - MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)**. Brasília: MTE, 2002. Disponível em: <https://cbo.mte.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>. Acesso em: 7 abr. 2002.

NASCIMENTO, E. P. L. et al. **Planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde**: material didático para secretarias de saúde. Brasília: IBICT, 2020.

NOBLAT, A. C. B. et al. Prevalência de admissão hospitalar por reação adversa a medicamentos em Salvador/BA. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.l.], v. 57, n. 1, p. 42-45, 2011.

NOBRE, P. F. S. Prescrição off-label no Brasil e nos EUA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 847-854, 2013.

NOVAES, H. M. D.; SOÁREZ, P. C. D. A Avaliação das Tecnologias em Saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais. Panorama internacional e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00006820, 2020.

NORA, L. C. D. et al. Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 278–286, 2019.

OECD - ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Implementing the OECD Recommendation on Public**

Procurement in OECD and Partner Countries: 2020-2024 Report. Paris: OECD Publishing, 2025. (OECD Public Governance Reviews).

OLIVEIRA, Y. M. C. et al. Judicialização de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, e130, 2020.

OLIVEIRA, B. C. **Núcleos de apoio técnico do judiciário (NatJus)**. Tese (Doutorado) – Insper, São Paulo, 2025.

OLIVEIRA, A. B.; PONTES, A. T.; MIRANDA, E. S. Cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de escopo. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 33, n. 4, p. e33040295, 2025.

OLIVER, C. Sustainable competitive advantage: combining institutional and resource-based views. **Strategic Management Journal**, v. 18, n. 9, p. 697-713, 1997.

OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: los medicamentos esenciales**. Washington: OPS, 1990.

OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud**. Washington: OPS, 2013. (Documento de posición de la OPS/OMS).

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; CFF - CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde: boas práticas em farmácia em ambientes comunitários e hospitalares**. Brasília: OPAS; CFF, 2004.

PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Rational use of medicines and other health technologies**. Washington: Paho, S.D. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/rational-use-medicines-and-other-health-technologies>. Acesso em: 7 abr. 2026.

PAIVA, A. B.; GONZALEZ, R.; BENEVIDES, R. Instrumentos financeiros de coordenação no SUS. In: JACCOUD, J. (org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020. p. 149-182.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SESA nº 496, de 8 de dezembro de 2016. Dispõe sobre o incentivo financeiro aos municípios do Estado do Paraná - Incentivo à Organização da Assistência Farmacêutica como parte integrante do Programa Farmácia

do Paraná. **Diário Oficial do Estado do Paraná**, dez. 2016. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/496_16.pdf. Acesso em: 6 mar. 2026.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Relatório anual da assistência farmacêutica: SESA/PR 2024**. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Relatorio-Anual-da-Assistencia-Farmaceutica>. Acesso em: 7 abr. 2026.

PEREIRA, M. T.; COSTA, E. A. Situação sanitária dos medicamentos na atenção primária no Sistema Único de Saúde nas capitais do Brasil. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 10, n. 2, p. 2–12, 2022.

PEIXOTO, R. T. et al. O farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise comparativa 2014-2017. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 133, p. 358–375, 2022.

PEREIRA, V. C.; BARRETO, J. O. M.; NEVES, F. A. R. Health technology reassessment in the Brazilian public health system: analysis of the current status. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 14, n. 7, 2019.

PETERS, J. R.; CASTRO, M. C.; CAVALCANTI, I. T. N. Análise de preços praticados nas aquisições de medicamentos pelos consórcios de saúde em comparação com as instituições municipais para o período de 2017 a 2018. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, [S. l.], v. 14, n. Suplemento 1, p. 38–51, 2022.

PIAUÍ. Secretária de Estado da Saúde. Portaria Nº 5917, de 31 de outubro de 2025. Dispõe sobre a nova composição e as atribuições da Comissão de Farmácia, Terapêutica e Avaliação de Tecnologias em Saúde – CFT/ATS, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí – SESAPI. **Diário Oficial do Estado do Piauí**, Teresina, 31 out. 2025.

PIOLA, S. F.; et al. **Prioriza SUS**: análise de problemas, recomendação de estratégias e a visão do consórcio intergovernamental público como instrumento de reforço à Coordenação Federativa do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ipea, jul. 2023.

PINTO, R. S.; FLORES, P. B. T.; SILVA, C. M. A assistência farmacêutica no plano municipal de saúde: estratégias para uma gestão integrada e eficiente. **Jornal Brasileiro de Políticas Farmacêuticas**, v. 1, e009, 2025.

PIRES, G. B. et al. Análise da atuação do Conselho Nacional de Saúde na Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Saúde em Debate**, v. 49, n. 144, p. e9512, 2025.

PUPO, G. D. **Assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde**: a percepção de profissionais farmacêuticos em um curso de educação a distância. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

RAIMUNDO, M. C.; et al. Users' perceptions of access to and quality of public health services in Brazil: a cross-sectional study in metropolitan Rio de Janeiro, including pharmaceutical services. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 22, n. 6, 967, 2025.

REIS, A. M. M.; CASSIANI, S. H. D. B. Prevalence of potential drug interactions in patients in an intensive care unit of a university hospital in Brazil. **Clinics**, v. 66, n. 1, p. 9–15, 2011.

RIBEIRO, T.; NOBRE, M.; CAMPINO, A. C. Avaliação crítica de estudos de custo-efetividade de medicamentos oncológicos recomendados para incorporação pela Conitec no Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 12, n. 2, p. 155-163, 2020.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 40, n. spe, p. 14–24, dez. 2016.

RIGO, A. P. et al. Programa Farmácia Cuidar+: avaliação da implantação dos serviços clínicos. **Saúde em Debate**, v. 49, n. 146, p. e10116, 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SES Nº 520/2020.

Dispõe sobre a regulamentação do funcionamento da Comissão de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e dá outras providências. 2020. Disponível em:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202008/14092723-520.pdf>. Acesso em 03 mar. 2026.

ROCHA, M. M. B. **Falta de medicamentos no Sistema Único de Saúde e indicadores de aquisição pública**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

ROCHA, R. C. B. Efeitos da entrada de genéricos no mercado sobre os preços de medicamentos. In: DE NEGRI, F. et al. **Tecnologias e preços no mercado de medicamentos**. Rio de Janeiro: Ipea, 2024.

RODRIGUES, P. S.; CRUZ, M. S.; TAVARES, N. U. L. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 192–208, mar. 2017.

ROSSIGNOLI, P.; PONTAROLO, R.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. Variabilidade de preços de aquisição de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, 2024.

ROSSIGNOLI, P. et al. Descentralização do acesso a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Paraná – Brasil. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 8, n. 1, p. 1-15, 2025.

ROVER, M. R. M. et al. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 691–711, 2016.

ROVER, M. R. M. et al. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2487–2499, ago. 2017.

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.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SES nº 520 de 02 de junho de 2022. Disponível em:
<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/component/edocman/regulamento-interno-da-cft-diaf-ses/download>. Acesso em 03 mar. 2026.

SANTA HELENA, E. T.; ANDERSEN, S. E.; MENONCIN, S. M. Percepção dos usuários sobre acesso aos medicamentos na atenção primária. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 280–288, 2015.

SANTANA, R. S. et al. Indicadores da seleção de medicamentos em sistemas de saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 3, 2014.

SANTOS, V. C. C. **As análises econômicas na incorporação de tecnologias em saúde: reflexões sobre a experiência brasileira**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, L. **SUS: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde - regionalizando a descentralização**. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas, 2012.

SANTOS, M. P.; SOLER, O. Evidências sobre a institucionalização da assistência farmacêutica em nível municipal no Brasil: revisão de escopo. **Revista Contemporânea**, v. 5, n. 10, p. e9305, 2025.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Assistência Farmacêutica. Assistência farmacêutica no estado de São Paulo: ações e articulação regional. **Informe Técnico**, n. 1, 2025.

SECCHI, L. **Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. São Paulo: Cengage Learning, 2016a.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2016b.

SILVA, H. P.; PETRAMALE, C. A.; ELIAS, F. T. S. Avanços e desafios da política nacional de gestão de tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. suppl 1, p. 83–90, dez. 2012.

SILVA, M. L. N. **Desafios para gestão municipal do SUS: último ano de mandato**. Brasília: CNM, 2024.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Custos da assistência farmacêutica pública frente ao Programa Farmácia Popular. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 74, 2016.

SILVA, M. A.; XAVIER, D. R.; ROCHA, V. Do global ao local: desafios para redução de riscos à saúde relacionados com mudanças climáticas, desastre e Emergências em Saúde Pública. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe2, p. 48–68, jul. 2020.

SILVEIRA, T. F. et al. Assistência Farmacêutica Municipal na percepção dos seus atores. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 17, e178111738735, 2022.

SIMÕES, J. M.; MONTEIRO, M. G. Estratégias de apoio às políticas públicas de saúde: a experiência do projeto Remédio em Casa. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v. 30, n. 2, p. 289-299, 2006. SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 49-68.

SOUZA, G. S. et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 7s, 2017.

SOUZA, K. A. O.; SOUZA, L. E. P. F. Incorporação de tecnologias no SUS. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 48-60, 2018.

SOUZA JÚNIOR, P. R. B. et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2529–2541, jun. 2021.

STEPHANELLI, L. L. **Técnicos em farmácia em atividades de assistência farmacêutica na atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde: formas de inserção e participação**. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2015.

STJ - SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **AgInt no Recurso em Mandado de Segurança nº 47529 - SC (2015/0023405-0)**. Desnecessidade de que a prescrição do medicamento seja subscrita por médico do SUS. Brasília: STJ, 2019. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201500234050&dt_publicacao=25/06/2019. Acesso em: 7 abr. 2026.

TAMACHIRO, S. T. et al. A indústria farmacêutica interfere na sustentabilidade do SUS? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 7, 2022.

TAVARES, N. U. L. et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 7s, 2016.

TOLBERT, P. S.; ZUCKER, L. G. A institucionalização da teoria institucional. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORDY, W. R. (Orgs). **Handbook de estudos organizacionais: modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 1999. v.1, p.196-219.

TONI, J. **O planejamento estratégico governamental: reflexões metodológicas e implicações na gestão pública**. Curitiba: Intersaberes, 2016.

UNITED NATIONS. **Report of the United Nations Secretary-General's High Level Panel on Access to Medicines: promoting innovation and access to health technologies**. Publicado em set. 2016. Disponível em: <<http://www.unsgaccessmeds.org/final-report/>>. Acesso em: 16 jan. 2026.

- VARALLO, F. R. *et al.* Safety Assessment of Potentially Inappropriate Medications Use in Older People and the Factors Associated with Hospital Admission. **Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences**, v. 14, n. 2, p. 283, 2 jul. 2011.
- VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 213–220, jan. 2007.
- VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008a.
- VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 365–369, 2008b.
- VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007.
- VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 73–84, jan. 2013.
- VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Gestão da assistência farmacêutica: análise da situação de alguns municípios. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 11-29, 2014.
- VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. S. Avaliação e decisão sobre tecnologias em saúde no SUS: uma análise de fatores de influência sobre o processo decisório. In: KOGA, N. M. et al. **Políticas públicas e usos de evidências no Brasil: conceitos, métodos, contextos e práticas**. Brasília: Ipea, 2022. p. 609-652.
- 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).
- VIEIRA, F. S. et al. **Prioriza SUS: aspectos metodológicos do desenvolvimento do projeto**. Brasília: Ipea, 2023a. (Nota Técnica Disoc n. 104).
- VIEIRA, F. S. et al. **Prioriza SUS: proposta para o aperfeiçoamento da gestão do SUS por meio do planejamento, do monitoramento e da avaliação da ação governamental**. Rio de Janeiro: Ipea, 2023b.
- VIEIRA, F. S. et al. **Pesquisa assistência farmacêutica no SUS: gasto em medicamentos judicializados**. Brasília, DF: Ipea, 2025a. (Texto para Discussão, n. 3119).

VIEIRA, F. S. et al. **Pesquisa assistência farmacêutica no SUS**: análise do gasto em medicamentos. Brasília, DF: Ipea, 2025b. (Texto para Discussão, n. 3120).

VIEIRA, F. S. et al. **ODS 3**: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades: avaliação do progresso das principais metas globais para o Brasil. Brasília: Ipea, 2026. (Caderno ODS 3).

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; et al. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.

VIEIRA, F. S. et al. **Como fortalecer a assistência farmacêutica no SUS**: diagnóstico e propostas para superar gargalos estruturais. Brasília: Ipea, 2026. (Policy Brief).

WANG, D. W. L. et al. Health technology assessment and judicial deference. **Social Science & Medicine**, v. 265, 2020.

WANG, D. W. L. **Health technology assessment, courts, and the right to healthcare**. London: Routledge, 2022.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The role of the pharmacist in the health care system**: report of a WHO consultative group. Geneva: WHO, 1994. (WHO/PHARM/94.569).

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the 12th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines**. Geneva: WHO, 2002a. (Technical Report Series, n. 914).

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting rational use of medicines**: core components. Geneva: WHO, 2002b.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safety of medicines**: a guide to detecting and reporting adverse drug reactions. Geneva: WHO, 2002c.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice**: standards for quality of pharmacy services. Geneva: WHO, 2011. (WHO Technical Report Series, n. 961).

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication without harm**: policy brief. Geneva: World Health Organization, 2023.

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, n. 8, p. 1648–1662, ago. 2015.

YOSHIGA, B. M. et al. Implementação de consulta farmacêutica pós-alta hospitalar para pacientes transplantados hepáticos. **Journal of Hospital Pharmacy and Health Services**, v. 16, n. 4, e1284, 2025.

YUBA, T. Y.; NOVAES, H. M. D.; SOÁREZ, P. C. DE. Challenges to decision-making processes in the national HTA agency in Brazil: operational procedures, evidence use and recommendations. **Health Research Policy and Systems**, v. 16, n. 1, p. 40, 11 maio 2018.

ZIMMERMANN, I. R.; et al. População com acesso a medicamentos especializados no Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo epidemiológico nacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 34, supl. 1, p. 52, 2025.

APÊNDICE

QUADRO A.1

Sugestões dos participantes do fórum para aprimoramento do diagnóstico da AF

Temas	Sugestões
Segurança do paciente e uso de medicamentos	- Abordar os problemas relacionados a medicamentos, a segurança do paciente e a gestão da clínica; - Destacar que há uma compreensão reducionista do termo ‘uso racional de medicamentos’, que o limitam à qualidade da prescrição ou à orientação de uso aos pacientes; - Mencionar que a compreensão limitada da AF gera um problema que permanece oculto que é o mau uso dos medicamentos;
Financiamento e investimento	- Reforçar que o investimento em qualificação da AF ainda é marginal frente aos gastos em medicamentos do Ministério da Saúde e que a infraestrutura disponível para gerir e ter acesso a dados é ainda insuficiente; - Ressaltar o problema da falta de financiamento dos serviços farmacêuticos;
Recursos humanos e trabalho na AF	- Tratar das dificuldades para preenchimento de vagas de farmacêutico em municípios de médio e pequeno porte; - Tratar da falta de dimensionamento das equipes de AF e de referenciais para realização deste trabalho; - Incluir o problema da falta de profissionais qualificados de nível técnico na AF; - Destacar que a formação profissional ainda é um desafio importante para a qualificação dos serviços farmacêuticos do SUS; - Incluir como problema a precariedade dos vínculos dos trabalhadores da AF; - Mencionar a questão da formação e capacitação dos profissionais, assim como a segurança do paciente, no contexto da pandemia da covid-19;
Infraestrutura e logística	- Ressaltar que a infraestrutura física e tecnológica da AF é um gargalo importante do SUS e que as plantas arquitetônicas de farmácias e centrais de abastecimento farmacêutico são geralmente inadequadas; - Reforçar o problema do armazenamento precário de medicamentos por falta de estrutura e da capacidade insuficiente para realizar a logística desses produtos;
Experiências e serviços na AF	Abordar as experiências de farmácias populares municipais e de entrega domiciliar de medicamentos no SUS;
Gestão, dados e informação	- Incluir a falta de registro da demanda reprimida como problema; - Mencionar as dificuldades para transformar os dados existentes em informação que subsidie a tomada de decisão na AF;
Controle social e regulação profissional	- Abordar a compreensão limitada das instâncias de controle social e dos usuários sobre a AF, bem como a dificuldade de entendimento da prestação de contas dos recursos da AF nos relatórios anuais de gestão (RAG) dos estados e dos municípios; - Mencionar que a fiscalização pelos conselhos regionais de farmácia por vezes atrapalha a participação de farmacêuticos em reuniões de equipes de saúde, porque as farmácias são multadas quando os fiscais não encontram os farmacêuticos na farmácia;
Governança e articulação institucional	Reforçar a existência de uma desarticulação entre as esferas de governo, com pouco compartilhamento de experiências;

Temas	Sugestões
Avaliação de tecnologias em saúde (ATS)	● Mencionar que ainda é baixo o acesso dos estados e dos municípios à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec); ● Utilizar a definição de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) da Rede Internacional de Agências para Avaliação de Tecnologias em Saúde (sigla em inglês INAHTA); ● Empregar fontes de informação mais robustas para tratar dos problemas envolvendo a ATS no SUS; ● Destacar que os resultados dos medicamentos incorporados e que o impacto orçamentário pós-incorporação não são monitorados; ● Incluir como problema a falta de atualização dos protocolos clínicos e das diretrizes terapêuticas (PCDT);
Regulação e mercado	● Mencionar que há iniciativas do Poder Legislativo com demandas para a padronização de medicamentos; ● Abordar os problemas relacionados aos fornecedores, como os atrasos na entrega dos medicamentos licitados; ● Mencionar que falta regulação para coibir más práticas de mercado;
Integração da AF no SUS	● Destacar as dificuldades para integração da AF nas redes de atenção à saúde (RAS); ● Incluir a falta de integração entre a AF ambulatorial e a AF hospitalar;
Política e conceituação da AF	● Ressaltar a ambiguidade presente na PNAF, que dificulta o entendimento do conceito de AF, não deixando claro que a definição comporta os serviços farmacêuticos;
Avanços e contexto histórico	● Destacar no documento que houve progressos significativos na AF nas últimas décadas.

Fonte: elaboração dos autores.

QUADRO A.2

Sugestões dos participantes do fórum sobre as propostas de aperfeiçoamento da AF

Temas	Sugestões
Inovação, tecnologia e sistemas de informação	● Incluir a possibilidade de uso de inteligência artificial para mensurar o consumo de medicamentos nas secretarias de saúde; ● Promover a integração dos diversos sistemas de informação da AF; ● Reforçar a necessidade de interoperabilidade dos sistemas de informação;
Gestão e planejamento da AF	● Na proposição de ações, sempre que possível, considerar o porte populacional dos municípios, porque as capacidades de gestão da AF são muito diferentes segundo este recorte; ● Estimular o microplanejamento na AF, considerando experiências exitosas; ● Oferecer diretrizes sobre o modelo de AF que se almeja e planos operativos que orientem sobre a implantação e funcionamento das farmácias do SUS;
Regulação e políticas públicas	● Regular a dispensação de medicamentos quando a prescrição é originária de prestadores da saúde suplementar, sem vínculo com o SUS; ● Ponderar se a existência de um orçamento anual definido para novas incorporações funcionaria em um contexto de demanda contínua; ● Incluir a necessidade de revisão de normativos que reforçam uma visão limitada da AF, centrada em seu ciclo logístico; ● Reforçar a necessidade de regulação das listas de medicamentos suplementares à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais; ● Incluir a necessidade de regulamentação das profissões de nível técnico da farmácia;
Uso racional de medicamentos e cuidado farmacêutico	● Esclarecer o sentido do termo ‘uso racional de medicamentos’; ● Evidenciar a necessidade de criação de sinergias no planejamento das ações para promoção do uso racional de medicamentos, considerando o trabalho do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos; ● Propor diretrizes nacionais para o cuidado farmacêutico; ● Reforçar o eixo Cuidado Farmacêutico do programa Qualifar-SUS;
Formação, capacitação e valorização profissional	● Reforçar as ações de formação profissional e de comunicação dos profissionais de saúde com os pacientes e entre os profissionais de saúde; ● Incluir a proposta de elaboração de um guia para dimensionamento da força de trabalho da AF; ● Incluir o estímulo ao estabelecimento de parcerias entre secretarias de saúde/Ministério da Saúde e universidades/escolas de saúde pública para ampliar o debate sobre a AF; ● Incluir o incentivo às residências em farmácia; ● Reforçar a necessidade de ter mais servidores na AF e da valorização da formação técnica em AF;
Infraestrutura e logística	● Disponibilizar plantas arquitetônicas de referência e adequadas para farmácias e centrais de abastecimento farmacêutico do SUS; ● Destacar a necessidade de investimento na melhoria da rede de frio das secretarias estaduais e municipais de saúde; ● Disponibilizar cartilhas e materiais sobre as boas práticas envolvendo a rede de frio;
Integração e articulação institucional	● Explicitar que tipo de apoio técnico o Ministério da Saúde pode oferecer para as secretarias estaduais e municipais de saúde; ● Incluir a criação de grupos de trabalho com representantes das três esferas de governo para desenvolver estratégias consistentes que poderão orientar a formulação do plano de ação tripartite; ● Reforçar a importância de fortalecimento dos fóruns regionais de AF nas instâncias colegiadas do SUS (Comissão Intergestores Tripartite, Comissão Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Regional);

Temas	Sugestões
Aquisição e acesso a medicamentos	• Deixar mais clara a proposta de estudo do diálogo competitivo como uma modalidade de licitação potencial para aquisição de medicamentos com entrega direta dos produtos nas farmácias das unidades de saúde, para evitar que tal proposta seja entendida como uma solução que torna a gestão da AF prescindível; • Incluir como solução para a melhoria dos processos de aquisição de medicamentos a disponibilização de atas de registro de preços pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais de saúde; • Incluir o planejamento da localização das farmácias que dispensam medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) como ação necessária à ampliação do acesso a medicamentos; • Disponibilizar protocolos simplificados para acesso a medicamentos;
Comunicação e controle social	• Reforçar a importância da comunicação assertiva sobre a AF; • Propor estratégias de comunicação para diversos públicos (integrantes de instâncias de controle social, usuários do SUS, agentes comunitários de saúde, entre outros) sobre a AF, aproveitando canais de divulgação como as TV e rádios universitárias;
Serviços e organização da AF	• Reforçar ações que visem incluir o farmacêutico nas equipes de saúde; • Propor incentivos estratégicos para a AF, por exemplo, para a disponibilização de farmácias móveis e de consultórios farmacêuticos;
Protocolos, listas e diretrizes terapêuticas	• Propor monitoramento das listas de medicamentos municipais a fim de identificar necessidades de apoio técnico por parte das secretarias estaduais e do Ministério da Saúde; • Incluir o fortalecimento da Subcomissão Técnica de Atualização da RENAME e do Formulário Terapêutico Nacional como ação necessária para uma lista de medicamentos de uso na atenção primária à saúde mais atualizada.

Fonte: elaboração dos autores.

LISTA DE SIGLAS

Sigla	Significado
AES	Atenção Especializada à Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
AIO	Análise de Impacto Orçamentário
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
BNAFAR	Base Nacional de Dados de Ações e Serviços de Assistência Farmacêutica
BPS	Banco de Preços em Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CCTI	Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGU	Controladoria-Geral da União
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DCB	Denominação Comum Brasileira

DCI	Denominação Comum Internacional
DGITS	Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FIP	Federação Internacional dos Farmacêuticos
GTAF	Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
LME	Lista de Medicamentos Essenciais
NATS	Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política de Atenção Básica à Saúde
PNAES	Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PRI	Plano Regional Integrado
QUALIFAR-SUS	Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RESME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais

SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SBRAFH	Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TRIPS	Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio
UBS	Unidade Básica de Saúde