

## Assistência farmacêutica e serviços farmacêuticos ofertados no contexto da saúde pública e coletiva: Revisão narrativa

Pharmaceutical care and pharmaceutical services offered in the context of public and collective health: Narrative review

Atención farmacéutica y servicios farmacéuticos ofrecidos en el contexto de la salud pública y colectiva: Revisión narrativa

Received: 16/08/2025 | Revised: 20/08/2025 | Accepted: 20/08/2025 | Published: 22/08/2025

**Tássio Luís Silva Ferreira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7612-3531>  
Universidade do Estado do Pará, Brasil  
E-mail: [tassioluis.farmacia@gmail.com](mailto:tassioluis.farmacia@gmail.com)

**Orenzio Soler**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2246-0019>  
Universidade Federal do Pará, Brasil  
E-mail: [orenziosoler@gmail.com](mailto:orenziosoler@gmail.com)

### Resumo

Objetivo: Revisitar o contexto da Assistência Farmacêutica; em especial, os principais marcos históricos e regulatórios relacionados aos Serviços de Assistência Farmacêutica no contexto da saúde pública e coletiva. Metodologia: Revisão de literatura do tipo narrativa; ou seja, uma pesquisa de natureza exploratória e qualitativa. Para recuperar e selecionar artigos relevantes foram utilizadas as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo e Google Acadêmico, utilizando os descritores: Sistema Único de Saúde; Políticas de Medicamentos; Assistência Farmacêutica; Serviços de Assistência Farmacêutica. Resultados: Apresenta-se os avanços relacionados a assistência farmacêutica e a oferta de serviços farmacêuticos no contexto da saúde pública e coletiva, fundamentados nos principais marcos históricos e regulatórios. Conclusão: Assistência Farmacêutica não é apenas um conjunto de atividades logísticas e clínicas, mas uma estratégia de saúde pública e coletiva que impacta positivamente a qualidade de vida, a sustentabilidade do sistema e a credibilidade das políticas de saúde no Brasil.

**Palavras-chave:** Saúde Pública; Saúde Coletiva; Políticas de Medicamentos; Assistência Farmacêutica; Serviços de Assistência Farmacêutica.

### Abstract

Objective: To revisit the context of Pharmaceutical Services, particularly the main historical and regulatory milestones related to Pharmaceutical Services in the context of public and collective health. Methodology: This was a narrative literature review; that is, exploratory and qualitative research. The Virtual Health Library, Scielo, and Google Scholar databases were used to retrieve and select relevant articles, using the following descriptors: Unified Health System; Medication Policies; Pharmaceutical Services; Pharmaceutical Services. Results: This study presents advances in pharmaceutical services and the provision of pharmaceutical services in the context of public and collective health, based on the main historical and regulatory milestones. Conclusion: Pharmaceutical Services is not merely a set of logistical and clinical activities, but a public and collective health strategy that positively impacts quality of life, system sustainability, and the credibility of health policies in Brazil.

**Keywords:** Public Health; Collective Health; Drug Policies; Pharmaceutical Assistance; Pharmaceutical Assistance Services.

### Resumen

Objetivo: Revisar el contexto de los Servicios Farmacéuticos, en particular los principales hitos históricos y regulatorios relacionados con los Servicios Farmacéuticos en el contexto de la salud pública y colectiva. Metodología: Se realizó una revisión narrativa de la literatura; es decir, una investigación exploratoria y cualitativa. Se utilizaron las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud, Scielo y Google Académico para recuperar y seleccionar artículos relevantes, utilizando los siguientes descriptores: Sistema Único de Salud; Políticas de Medicación; Servicios Farmacéuticos; Servicios Farmacéuticos. Resultados: Este estudio presenta avances en los servicios farmacéuticos y la prestación de servicios farmacéuticos en el contexto de la salud pública y colectiva, con base en los principales hitos históricos y regulatorios. Conclusión: Los Servicios Farmacéuticos no son simplemente un conjunto de actividades

logísticas y clínicas, sino una estrategia de salud pública y colectiva que impacta positivamente en la calidad de vida, la sostenibilidad del sistema y la credibilidad de las políticas de salud en Brasil.

**Palabras clave:** Salud Pública; Salud Colectiva; Políticas de Medicamentos; Asistencia Farmacéutica; Servicios de Asistencia Farmacéutica.

## 1. Introdução

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, a saúde pública no Brasil era marcada por forte fragmentação, desigualdade de acesso e cobertura restrita. Segue um panorama do contexto (Bertolli Filho, 2004; Barboza, Rêgo & Barros, 2020; Sousa & Fenandes, 2020; OpenAI, 2025):

### Modelo de atenção vigente

- Sistema previdenciário-contributivo: A assistência médica era majoritariamente prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), vinculado à Previdência Social.
- Cobertura limitada: Somente trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes tinham direito à assistência médica pública.
- Exclusão da população informal e rural: Milhões de pessoas — desempregados, trabalhadores informais, populações rurais, indígenas e comunidades tradicionais — estavam fora do sistema.

### Fragmentação institucional

- Múltiplas instituições prestavam serviços de forma descoordenada (INAMPS, secretarias estaduais e municipais, hospitais filantrópicos e militares).
- Ausência de integração entre ações preventivas (controle de endemias, campanhas de vacinação) e curativas (atendimento médico-hospitalar).
- Forte centralização das decisões e recursos no nível federal, com pouca autonomia local.

### Predominância do modelo hospitalocêntrico e curativista

- Foco no tratamento de doenças e no atendimento hospitalar, com pouca ênfase na atenção primária, promoção da saúde e prevenção.
- Investimento concentrado em serviços de média e alta complexidade, muitas vezes conveniados com o setor privado.

### Acesso desigual e privatização de recursos públicos

- Grande dependência de contratos com hospitais e clínicas privadas para atender a demanda do setor público.
- Recursos públicos frequentemente direcionados ao setor privado, sem mecanismos eficazes de controle de qualidade ou de gastos.
- Profunda desigualdade regional: estados do Sul e Sudeste com maior concentração de serviços e profissionais, enquanto Norte e Nordeste enfrentavam carências crônicas.

## Movimentos e pressões sociais

- A crise econômica e sanitária dos anos 1980, aliada ao processo de redemocratização, impulsionou o Movimento da Reforma Sanitária. Esse movimento defendia: Saúde como direito de todos e dever do Estado; Universalização, integralidade e equidade no acesso; Descentralização e participação social, destacando-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que foi marco fundamental na formulação das bases conceituais e operacionais do SUS.

## Principais problemas identificados

- Exclusão social de grande parte da população.
- Cobertura limitada e desigual.
- Falta de integração entre prevenção e tratamento.
- Dependência do setor privado para atendimento público.
- Ausência de participação social efetiva na formulação e fiscalização das políticas.
- Fragilidade na vigilância epidemiológica e no controle de doenças endêmicas.

Para melhor visualizar, apresenta-se um quadro comparativo estruturado, evidenciando as diferenças essenciais entre o sistema de saúde brasileiro antes do SUS e o Sistema Único de Saúde (SUS) após sua criação (Quadro 1) (OpenAI, 2025).

**Quadro 1 - Sistema de Saúde Pré-SUS x SUS.**

Aspecto	Sistema de Saúde Pré-SUS (antes de 1988)	Sistema Único de Saúde (após 1988)
Base legal	Não havia um sistema único; atendimento regido por normas previdenciárias e ações isoladas de saúde pública.	Constituição Federal de 1988 (art. 196 a 200) e Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990.
Princípio central	Saúde como benefício previdenciário, vinculada à contribuição social.	Saúde como direito de todos e dever do Estado.
Cobertura	Restrita aos trabalhadores formais e seus dependentes (via INAMPS) e alguns grupos assistidos por programas específicos.	Universal: todos os cidadãos, independentemente de vínculo empregatício ou contribuição.
Modelo de atenção	Hospitalocêntrico, curativista e fragmentado.	Integralidade da atenção: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.
Organização e gestão	Centralização das decisões e recursos no nível federal.	Descentralização e gestão compartilhada entre União, estados e municípios.
Integração de ações	Separação entre ações de saúde pública e assistência médica, com pouca articulação.	Integração das ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância.
Participação social	Inexistente ou restrita a espaços consultivos sem poder deliberativo.	Garantida por lei, com Conselhos e Conferências de Saúde em todos os níveis.
Financiamento	Recursos majoritariamente da Previdência Social e convênios com o setor privado.	Financiamento tripartite: União, estados e municípios.
Relação com setor privado	Forte dependência de hospitais e clínicas privadas para atender beneficiários da previdência.	Complementaridade: setor privado atua apenas quando a rede pública é insuficiente.
Equidade	Acesso desigual, com concentração de serviços nas regiões Sul e Sudeste.	Princípio da equidade: prioridade para populações e regiões com maiores necessidades.
Foco em saúde coletiva	Limitado; prioridade ao atendimento individual e hospitalar.	Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e ações de saúde coletiva.

Fonte: Assistência farmacêutica e serviços farmacêuticos ofertados no contexto da saúde pública e coletiva: Revisão narrativa.

O presente estudo objetiva Revisitar o contexto da Assistência Farmacêutica; em especial, os principais marcos históricos e regulatórios relacionados aos Serviços de Assistência Farmacêutica no contexto da saúde pública e coletiva.

## 2. Metodologia

Realizou-se uma revisão de literatura do tipo narrativa (Rother, 2007; Snyder, 2019; Casarin et al., 2020); ou seja, uma pesquisa de natureza exploratória e qualitativa (Minayo, 2018; Pereira et al., 2018). Para recuperar e selecionar artigos relevantes foram utilizadas as bases de dados *Biblioteca Virtual em Saúde*, *Scielo* e *Google Acadêmico*, utilizando os descritores: Sistema Único de Saúde; Políticas de Medicamentos; Assistência Farmacêutica; Serviços Farmacêuticos. Os pesquisadores selecionaram os arquivos recuperados de acordo com o ponto de vista teórico e o contexto do tema abordado, utilizando-se, também, de fontes secundárias.

## 3. Resultados e Discussão

### 3.1 Histórico de saúde no Brasil antes da implantação do Sistema Único de Saúde

O conceito de saúde sofreu diversas intervenções ao longo dos últimos 100 anos, pois foi conceituada a partir de diversas visões de mundo, numa construção social e histórica, saindo do conceito simples de ausência de doença para um conceito amplo com várias dimensões, tais como biológica, comportamental, social, ambiental, política e econômica (Carlos Neto, Dendasck & Oliveira, 2016). Nessa perspectiva, a história da saúde no Brasil tem sido marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas. Da instalação da colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional (Santos, Gabriel & Mello, 2020).

Inicialmente, entende-se que os habitantes do território antes da chegada dos europeus já tinham seus costumes de tratar, curar doenças que as acometiam, eram por plantas medicinais, por remédios caseiros, curas tradicionais, rituais (Castro et al., 2024). A partir da chegada da família real portuguesa ao Brasil determinou mudanças na administração pública colonial, inclusive na área da saúde. Então, com a vinda do império lusitano aconteceu o marco histórico do início de ações em saúde coletiva, o controle de movimentações nos portos permitia que medidas sanitárias mínimas fossem instaladas, mesmo que o principal objetivo não fosse proteger as pessoas, mas garantir o livre comércio (Santos, Gabriel, Mello, 2020). Assim, por ordem real, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro (1813) e da Bahia (1815), logo transformadas nas primeiras escolas de medicina do país (Miranzi et al., 2010).

Entretanto, desde o período colonial, o sistema de saúde no Brasil refletia as profundas desigualdades sociais e a precariedade das instituições públicas de saúde. Os cuidados eram rudimentares e concentravam-se principalmente nas Santas Casas de Misericórdia, criadas pela Igreja Católica e voltadas para atender aos mais pobres, enquanto as elites coloniais recorriam a médicos formados na Europa. (Maziero, 2019).

Na primeira década do século XX, apesar da alta mortalidade, não existiam hospitais públicos, e sim entidades filantrópicas mantidas por contribuições e auxílios governamentais. Tais entidades eram mantidas com o trabalho voluntário, e correspondiam a um depósito de doentes que eram isolados da sociedade com o objetivo de não a contagiar (Miranzi et al., 2010). Foi a partir desse cenário que o Brasil começou a passar por transformações políticas e sociais que impactariam diretamente as políticas de saúde pública.

Durante a República Velha (1889-1930), a industrialização e a urbanização aceleraram o crescimento das cidades, o que trouxe novos desafios para a saúde pública. Nesse período, o Brasil passou por importantes reformas sanitárias, como a criação dos Serviços de Inspeção de Saúde, voltados para o controle de doenças epidêmicas, e a campanha de erradicação da febre amarela liderada por Oswaldo Cruz no início do século XX. Essas campanhas sanitárias, embora eficazes em alguns aspectos, ainda não eram suficientes para atender as necessidades de uma população cada vez mais numerosa (Maziero, 2019).

Com movimentações neste período, as campanhas de saúde pública eram organizadas de tal forma que se assemelhavam a campanhas militares, dividindo as cidades em distritos, encarcerando os doentes portadores de doenças

contagiosas e obrigando, pela força, o emprego de práticas sanitárias. Esta situação levou à Revolta da Vacina, no Rio de Janeiro (Miranzi et al., 2010).

As reformas da saúde pública acompanharam as oscilações políticas do Governo Provisório, período marcado pela instabilidade política. Com todas as mudanças que estavam ocorrendo durante a transição Império-República, o governo passou a se preocupar também com a saúde das cidades, tendo em vista o aumento da venda de produtos, que significava maior circulação de pessoas pelas cidades, principalmente aquelas que trabalhavam nas indústrias (Oliveira, 2012 *apud* Castro et al., 2024).

Por volta de 1930, o Brasil passou por um período de transição da economia agrária para exportadora, que foi, por conseguinte o mesmo período em que se iniciou a Era Vargas, que duraria de 1930 a 1945 (Finkelman et al., 2002 *apud* Castro et al., 2024). No governo de Getúlio Vargas, surgiu a preocupação de prestar assistência em saúde para aqueles que estavam mais necessitados, principalmente aos trabalhadores, e para isso, era necessário tornar o Estado o principal financiador dessa assistência (Castro et al., 2024).

Durante a era Vargas houve diminuição de mortes por enfermidades epidêmicas, porém cresceram as doenças de massa, estabelecendo-se assim um quadro marcado por doenças endêmicas, entre elas, a esquistossomose, doença de Chagas, tuberculose e a hanseníase. (Miranzi et al., 2010). Nesse período, ocorreu a criação de um sistema de assistência à saúde, muito ligado às mudanças que ocorriam em relação às leis trabalhistas, juntamente com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, onde essa assistência era uma forma de proteção do trabalhador, em conjunto com outros direitos conquistados pela categoria (Castro et al., 2024). No entanto, as ações continuaram limitadas pela falta de integração entre os diversos serviços de saúde e pela ausência de uma política nacional unificada que pudesse garantir acesso equitativo a todos os brasileiros (Maziero, 2019).

Foi instaurado no Brasil a ditadura militar, no período de 1964-1985, período esse onde todas as decisões do Estado estavam na mão de um único governante. Nesse sentido, as questões pertinentes à saúde pública são negligenciadas em relação aos países da Europa (Castro et al., 2024). Foi apenas após o golpe militar de 1964 que o Brasil começou a reformular de maneira mais consistente suas políticas de saúde. Durante esse período, o regime militar centralizou o controle sobre os serviços de saúde e expandiu a oferta de serviços médicos para as classes médias urbanas. No entanto, esse modelo, conhecido como modelo previdenciário, reforçava a exclusão das populações mais pobres, que não tinham acesso ao sistema de previdência social (Maziero, 2019).

A ditadura foi um período de muita repressão, principalmente para as pessoas que estavam inseridas nos movimentos sociais da época, e uma das maneiras de ir contra essa repressão foi o surgimento do Movimento de Reforma Sanitária, que tinha como objetivo principal tornar o acesso à saúde gratuito e integral para toda a população brasileira. (Castro et al., 2024). Portanto, com as crescentes desigualdades no acesso à saúde acabaram gerando movimentos de resistência, que se fortaleceram na década de 1970 e dariam origem à Reforma Sanitária (Maziero, 2019).

As políticas públicas, entre elas, as de saúde, são o resultado dessas ações de articulação da sociedade civil com os atores políticos do país. Somente em 1998 o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído, sendo uma conquista de movimentos sociais que defendiam a democratização da saúde e reestruturação de seus sistemas (Santos, Gabriel & Mello, 2020). A Reforma Sanitária Brasileira, que começou a ganhar força no final dos anos 1970, foi liderada por profissionais da saúde, acadêmicos e movimentos sociais. O principal objetivo da reforma era garantir o acesso universal à saúde, rompendo com o modelo excludente e centralizado que havia prevalecido até então. A luta pela Reforma Sanitária culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição de 1988, que consagrou a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (Maziero, 2019).

### 3.2 A saúde após a implantação do Sistema Único de Saúde

Com a promulgação da *Constituição da República Federativa do Brasil*, promulgada em 5 de outubro de 1988 – Constituição Cidadã –, completa-se o processo de retorno do país ao regime democrático. No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Transformava-se, então, profundamente a organização da saúde pública no Brasil. Com isso, velhos problemas, como a tradicional duplidade que envolvia a separação do sistema entre saúde pública e previdenciária, passaram a ser estruturalmente enfrentados (Paiva & Teixeira, 2014).

Diante desse contexto, no campo da saúde, foi o movimento sanitarista que desencadeou a construção da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS). A reforma sanitária reafirmava as ideias de uma série de mudanças e transformações necessárias à saúde. Ressalta-se que o movimento tinha composições de várias representações sociais, como técnicos da saúde, médicos, enfermeiros e farmacêuticos, entre outros, intelectuais, partidos políticos de diferentes correntes ideológicas e movimentos sociais (Kucharski et al., 2021). Nesse sentido, a reforma sanitária foi um marco importante na saúde pública no Brasil.

Em 1986 ocorre o principal marco da reivindicação desses movimentos sociais, a 8<sup>a</sup>. Conferência Nacional de Saúde. Entendendo a saúde como um direito fundamental para garantia da cidadania, assim a Conferência possibilitou que a discussão de saúde ultrapassasse as questões técnicas. Assim, a saúde foi definida como um direito fundamental para a garantia da cidadania. Nesse sentido, a 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde pode ser considerada um dos principais marcos de organização da sociedade para a instituição de Políticas Públicas. Dessa maneira ressalta-se que as discussões apresentadas na Conferência foram a base do texto constitucional da saúde descrito nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, criando o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, a saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado (Santos, Gabriel & Mello, 2020).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, tornou-se um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, partindo dos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Pereira et al, 2024). Assim, o SUS constitui a política pública mais inclusiva realizada no Brasil, pois instituiu a cidadania em saúde, com isso, vem contribuindo significativamente, ao longo dos anos, para a melhoria dos níveis de saúde da população brasileira. Além disso, ações e serviços como práticas políticas e programas são referências internacionais (Mendes, 2019).

Partindo desse princípio, os direitos assegurados pela Constituição e o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) propiciaram avanços nas décadas subsequentes em termos de descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção, expansão do acesso a serviços públicos e melhoria de indicadores de saúde (Baptista, Lima & Machado, 2017; Rodrigues, 2014).

Ainda, de acordo com a Constituição Federal de 1988, foi determinado que fossem as três esferas de governo, federal, estadual e municipal, responsáveis por financiar o SUS, gerando receita suficiente para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessário de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema (Cobaito & Cobaito, 2022).

Como já visto, o Sistema Público de Saúde resultou de décadas de luta de um movimento que se denominou Movimento da Reforma Sanitária. A partir desse contexto foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e, consolidado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS) (Carvalho, 2013).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. A Primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e

atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Já a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros”.

Neste contexto, institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e municipais: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Outrossim, importante destacar que o Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispondo sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outras providencias(Brasil 2011) e, a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que alterou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2011).

Assim, sendo, estava estabelecido o arcabouço jurídico do SUS; entretanto, novas lutas e aprimoramentos seriam necessários (Brasil, 1990; Araújo, Cecílio & Reis, 2012; Araújo, 2010). A implantação do SUS é considerada, até hoje, como o maior marco de inclusão social de toda a história do país (Santos, Gabriel & Mello, 2020).

### **3.3 Política Nacional de Medicamentos**

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi implantada no Brasil em 1998, por meio da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, dentro de um contexto político e social marcado por profundas transformações no sistema de saúde e no papel do Estado na garantia do acesso a bens e serviços essenciais (Brasil, 1998).

O contexto político se caracterizava pela consolidação do SUS; ou seja, a década de 1990 foi o período de implementação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a universalidade, a integralidade e a equidade orientavam a reorganização das ações de saúde, incluindo a Assistência Farmacêutica. Outrossim, o governo federal buscava transferir responsabilidades para estados e municípios, fortalecendo a gestão descentralizada da saúde. Isso exigia políticas nacionais que orientassem e padronizassem ações, como no caso do fornecimento e uso de medicamentos (Marin, 2003; Gomes et al., 2010; Brasil, 2018; 2019; Soler & Leitão, 2022; Soler et al., 2023).

Havia, também, uma pressão internacional por políticas de acesso: Organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), incentivavam a adoção de políticas nacionais de medicamentos, com foco em listas essenciais, uso racional e fortalecimento da regulação. O Brasil estava se adaptando ao cenário global pós o Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS) em 1994, que impactou a produção e o acesso a medicamentos, exigindo políticas públicas para reduzir barreiras de acesso (Marin, 2003; Gomes et al., 2010; Brasil, 2018; 2019; Soler & Leitão, 2022; Soler et al., 2023).

O contexto social se caracteriza pela desigualdade no acesso a medicamentos; ou seja, antes da PNM, a Assistência Farmacêutica era fragmentada, com grande disparidade entre regiões e ausência de padronização na seleção e distribuição de medicamentos. Também, convivia-se com o aumento das doenças crônicas e infecciosas – o país enfrentava dupla carga de doenças: persistência de doenças transmissíveis (como tuberculose e hanseníase) e crescimento de doenças crônicas não transmissíveis – exigindo acesso regular e seguro a tratamentos (Marin, 2003; Gomes et al., 2010; Brasil, 2018; 2019; Soler & Leitão, 2022; Soler et al., 2023).

Importante, também, destacar que se vivia o crescimento do mercado farmacêutico com a expansão da indústria farmacêutica, em grande parte dominada por multinacionais, e o aumento dos preços de medicamentos geravam barreiras financeiras para a população e para o próprio SUS. Esse cenário proporcionou uma mobilização social e o controle social, onde

os conselhos de saúde e movimentos sociais pressionavam por políticas que garantissem medicamentos como parte do direito à saúde (Marin, 2003; Gomes et al., 2010; Brasil, 2018; 2019; Soler & Leitão, 2022; Soler et al., 2023).

Assim, sendo, o objetivo central da Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos disponíveis no país, assegurar o acesso da população a medicamentos essenciais, promover o uso racional de medicamentos; evitando desperdícios, riscos à saúde e sobrecarga orçamentária e fortalecer a Assistência Farmacêutica como componente estruturante do SUS (Marin, 2003; Gomes et al., 2010; Brasil, 2018; 2019; Soler & Leitão, 2022; Soler et al., 2023).

A seguir, uma breve linha do tempo histórica que contextualiza a Política Nacional de Medicamentos (PNM) desde o período anterior à sua formulação até os desdobramentos mais recentes, destacando o vínculo com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (OpenAI, 2025).

### **Linha do Tempo – PNM e PNAF no Brasil**

#### *Período Pré-PNM*

- Antes de 1988 – O acesso a medicamentos era fragmentado e dependente de programas verticais (ex.: controle de endemias), campanhas específicas e compras centralizadas pelo Ministério da Saúde. Não havia política estruturada de medicamentos essenciais.
- 1988 – Constituição Federal institui a saúde como direito de todos e dever do Estado (art. 196), criando as bases para o Sistema Único de Saúde (SUS).
- 1990 – Publicação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, regulamentando o SUS e estabelecendo a assistência terapêutica integral, incluindo medicamentos, como parte da atenção à saúde.
- 1991-1997 – Avanço da descentralização e da municipalização da saúde, mas a Assistência Farmacêutica ainda sem diretrizes nacionais integradas; prevaleciam listas estaduais/municipais despadronizadas.

#### *Implantação da PNM*

- 1998 – Publicação da Portaria nº 3.916/GM do Ministério da Saúde, que institui a Política Nacional de Medicamentos (PNM).
- Eixos principais:
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade.
- Adoção da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) como referência.
- Promoção do uso racional.
- Organização da Assistência Farmacêutica no SUS.

#### *Desdobramentos Pós-PNM*

- 1999-2003 – Programas como Farmácia Básica e expansão do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional (medicamentos de alto custo).
- 2004 – Criação da ANVISA (Lei nº 9.782/1999, efetivada nos anos seguintes) fortalece a regulação sanitária e farmacovigilância.
- 2004-2006 – Ampliação da RENAME e integração com protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.
- 2006 – Aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) pela Resolução CNS nº 338, incorporando a PNM como base normativa e integrando-a à organização e gestão da AF no SUS.

- Destaques da PNAF:
- Integração das ações técnico-gerenciais e técnico-assistenciais.
- Garantia da integralidade da assistência terapêutica.
- Consolidação da descentralização com financiamento tripartite.

#### *Consolidação e Expansão*

- 2007-2011 – Programas de acesso como Farmácia Popular e Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs) fortalecem a produção pública de medicamentos estratégicos.
- 2012 – Atualização da RENAME com critérios mais transparentes e participação social.
- 2014-2018 – Avanço da regulação de genéricos, biossimilares e ampliação de protocolos clínicos no SUS.
- 2018 – 20 anos da PNM, com avaliação nacional destacando desafios como judicialização, sustentabilidade financeira e incorporação tecnológica.

#### *Atualidade e Perspectivas*

- 2020-2022 – Pandemia de COVID-19 reforça a importância da PNM e da PNAF na garantia de medicamentos estratégicos (insumos para intubação, vacinas, antivirais).
- 2023-2025 – Debates sobre atualização da PNM e fortalecimento da PNAF com foco em: Produção nacional e soberania tecnológica; Uso racional de medicamentos frente ao aumento da resistência antimicrobiana; Integração da saúde digital na gestão da AF; Sustentabilidade e financiamento tripartite frente ao crescimento da demanda e custos.

#### *Vínculo PNM ↔ PNAF*

- A PNM é a política-matriz que define diretrizes técnicas e estratégicas sobre medicamentos essenciais, segurança, qualidade e uso racional.
- A PNAF é a política de execução e integração dessas diretrizes, estruturando a Assistência Farmacêutica como serviço de saúde dentro do SUS, com financiamento, gestão e monitoramento articulados.
- 

#### **3.4 Política Nacional de Assistência Farmacêutica**

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi regulamentada em 2004, por meio da Resolução CNS nº 338, de 06 de Maio de 2004, em um contexto político, social e econômico marcado por transformações estruturais no Sistema Único de Saúde (SUS) e pela necessidade de consolidar a Assistência Farmacêutica como componente essencial da atenção à saúde (Brasil, 2004).

Nos anos 2000, o SUS já contava com mais de uma década de funcionamento e passava por um processo de aperfeiçoamento institucional. As diretrizes de universalidade, integralidade e equidade exigiam que o fornecimento de medicamentos fosse garantido de forma contínua e estruturada. A gestão descentralizada, prevista nas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), transferia para estados e municípios maior responsabilidade na gestão da Assistência Farmacêutica. Faltavam, porém, diretrizes nacionais específicas para organizar essa função. Conselhos de Saúde e conferências nacionais pressionavam por políticas claras, financiamento estável e maior transparência na gestão dos medicamentos (Marin, 2003; Gomes et al., 2010; Brasil, 2018; 2019; Soler & Leitão, 2022; Soler et al., 2023).

A PNAF nasce como desdobramento e complemento da Política Nacional de Medicamentos, passando do enfoque na regulação e uso racional para uma abordagem mais ampla, contemplando a gestão e a execução dos serviços. Apesar dos avanços da PNM, havia grande disparidade no fornecimento de medicamentos entre regiões e municípios, afetando principalmente populações rurais, periféricas e indígenas. O envelhecimento populacional e a transição epidemiológica — marcada pela persistência de doenças infecciosas e aumento de doenças crônicas não transmissíveis — ampliavam a necessidade de terapias medicamentosas contínuas. Crescia o número de ações judiciais para acesso a medicamentos fora da RENAME ou de protocolos do SUS, revelando falhas de planejamento e lacunas no atendimento (Marin, 2003; Gomes et al., 2010; Brasil, 2018; 2019; Soler & Leitão, 2022; Soler et al., 2023).

Em tempo, o início dos anos 2000 foi marcado por restrições fiscais e teto de gastos em políticas sociais, exigindo mecanismos mais eficientes de gestão dos recursos da Assistência Farmacêutica. A incorporação de novas tecnologias e o aumento dos preços, especialmente de medicamentos de alto custo, pressionavam orçamentos estaduais e municipais. O governo federal buscava ampliar a capacidade de produção de medicamentos no setor público, por meio de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs) e incentivos à indústria nacional, visando reduzir a dependência de importações (Marin, 2003; Gomes et al., 2010; Brasil, 2018; 2019; Soler & Leitão, 2022; Soler et al., 2023).

Nesse contexto, os objetivos centrais da PNAF foram: Integrar a Assistência Farmacêutica à atenção integral em saúde, articulando ações técnico-gerenciais (planejamento, aquisição, distribuição) e técnico-assistenciais (dispensação, acompanhamento farmacoterapêutico); Garantir o acesso universal e igualitário a medicamentos essenciais no SUS; Promover o uso racional de medicamentos, reduzindo riscos e desperdícios; Estabelecer diretrizes claras de financiamento tripartite (União, estados e municípios); Fortalecer a governança e a transparência, estimulando o controle social (Marin, 2003; Gomes et al., 2010; Brasil, 2018; 2019; Soler & Leitão, 2022; Soler et al., 2023).

O Quadro 2 apresenta um comparativo entre a Política Nacional de Medicamentos (PNM – 1998) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF – 2004), destacando contexto histórico, objetivos e impactos, além das diferenças e complementaridades (OpenAI, 2025).

**Quadro 2 - Comparativo PNM (1998) × PNAF (2004).**

Aspecto	PNM – 1998	PNAF – 2004	Complementaridade
Contexto Histórico	- SUS em fase inicial de consolidação.- Fragmentação da Assistência Farmacêutica e ausência de diretrizes nacionais unificadas.- Pressão da OMS/OPAS por políticas nacionais de medicamentos.- Cenário internacional marcado pelo TRIPS (1994) e debates sobre acesso a medicamentos essenciais.	- SUS mais estruturado, com descentralização avançada.- Necessidade de integrar a AF à atenção integral à saúde.- Persistência de desigualdades no acesso a medicamentos.- Crescimento da judicialização da saúde.- Pressão por financiamento sustentável e transparência na gestão.	A PNAF nasce como desdobramento da PNM, transformando diretrizes técnicas em política estruturante para gestão e execução da Assistência Farmacêutica.
Natureza da Política	Política setorial e temática voltada especificamente à regulação, seleção, qualidade e uso racional de medicamentos.	Política estrutural e organizativa que incorpora a PNM e define a Assistência Farmacêutica como parte essencial da atenção à saúde.	A PNM foca na base técnica e a PNAF no modelo de gestão e integração ao SUS.
Objetivos Principais	1. Garantir a segurança, eficácia e qualidade.2. Assegurar acesso a medicamentos essenciais.3. Promover o uso racional.4. Estruturar a RENAME como referência nacional.5. Fortalecer a regulação sanitária.	1. Integrar a AF à atenção integral à saúde.2. Garantir acesso universal e igualitário a medicamentos.3. Promover o uso racional.4. Estabelecer diretrizes de financiamento tripartite.5. Organizar ações técnico-gerenciais e técnico-assistenciais.6. Fortalecer o controle social.	A PNAF amplia os objetivos da PNM, incorporando gestão, financiamento e articulação intergovernamental.
Eixos de	- Qualidade, segurança e eficácia.- RENAME e	- Gestão da AF (planejamento,	PNAF operacionaliza a

Ação	medicamentos essenciais.- Uso racional de medicamentos.- Fortalecimento da regulação e vigilância.	aquisição, distribuição, dispensação).- Integração com protocolos clínicos.- Financiamento tripartite.- Capacitação de recursos humanos.- Monitoramento e avaliação.	PNM, expandindo seu alcance para a execução prática na rede de serviços.
Instrumentos	- Portaria nº 3.916/GM (1998).- RENAME.- Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.- Fortalecimento da ANVISA (criada em 1999).	- Resolução CNS nº 338/2004.- Pactuação intergestores (CIT e CIB).- Financiamento tripartite (União, estados e municípios).- Programas como Farmácia Popular e PDPs.- Monitoramento via sistemas de informação.	A PNAF incorpora instrumentos da PNM e adiciona mecanismos de gestão e pactuação interfederativa.
Impactos	- Padronização nacional de medicamentos essenciais.- Melhoria da regulação sanitária.- Inclusão do uso racional como princípio do SUS.- Maior transparência na incorporação de medicamentos.	- Integração da AF ao cuidado integral.- Expansão do acesso com mecanismos de financiamento.- Redução parcial das desigualdades regionais.- Fortalecimento do papel do farmacêutico no SUS.- Avanços, mas desafios persistem: judicialização, custos crescentes, logística.	PNAF consolida ganhos da PNM e avança na gestão e ampliação do acesso, mas enfrenta desafios estruturais e financeiros.

Fonte: Assistência farmacêutica e serviços farmacêuticos ofertados no contexto da saúde pública e coletiva: Revisão narrativa.

### 3.5 Política Nacional de Medicamentos Genéricos

A Política Nacional de Medicamentos Genéricos foi regulamentada no Brasil em 1999, pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, e surgiu em um contexto político, econômico e social marcado por debates sobre acesso a medicamentos, redução de custos e fortalecimento da produção nacional. O acesso a medicamentos era um dos eixos estratégicos da política pública de saúde. A PNM já apontava para a necessidade de ampliar o acesso, garantir qualidade e promover o uso racional. Os genéricos eram vistos como um instrumento prático para atingir esses objetivos (Brasil, 1999).

Importante destacar que o país ajustava sua legislação às regras de propriedade intelectual definidas pelo Acordo TRIPS (1994), que reforçou patentes farmacêuticas. Isso gerou preocupação com o custo de medicamentos e a dependência de multinacionais, estimulando a busca por alternativas. Outrossim, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), regulamentada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro 1999, deu mais capacidade técnica e institucional para implementar e fiscalizar a política de genéricos (Brasil, 1999).

Destacava-se, nesse cenário, o alto custo dos medicamentos; ou seja, antes de 1999, a maioria dos medicamentos de marca tinha preços elevados, muitas vezes inacessíveis para a população e onerosos para o SUS. Também, o mercado farmacêutico brasileiro era fortemente dominado por empresas multinacionais. A produção local tinha baixa participação em inovação e formulação própria. O governo buscava alternativas para reduzir despesas na compra de medicamentos e ampliar a oferta no SUS sem comprometer a qualidade. Outrossim, a lei dos genéricos abriu espaço para laboratórios públicos e privados nacionais competirem no mercado, favorecendo a produção interna e a geração de empregos (Bermudez et al., 2018; Silva, Rodrigues & Soler, 2020; Nunes, Cordeiro & Kokudai, 2023; Teixeira et al., 2023).

Quanto ao contexto social, a compra de medicamentos representava um peso significativo no orçamento familiar, e muitos tratamentos eram interrompidos por falta de condições financeiras. Regiões mais pobres apresentavam menor acesso a terapias farmacológicas adequadas. Havia, também, desconfiança sobre medicamentos “similares”, pois não exigiam comprovação de bioequivalência e, pressão de organizações da sociedade civil, associações de pacientes e setores acadêmicos para a criação de um sistema que garantisse medicamentos eficazes e acessíveis. Os genéricos surgiram com rigor técnico, exigindo testes de equivalência terapêutica para assegurar eficácia e segurança (Bermudez et al., 2018; Silva, Rodrigues & Soler, 2020; Nunes, Cordeiro & Kokudai, 2023; Teixeira et al., 2023).

O objetivos centrais da Política de Medicamentos Genéricos pautavam-se em: Ampliar o acesso a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, a preços mais baixos; Estimular a concorrência no mercado farmacêutico, reduzindo preços; Fortalecer a produção nacional e a capacidade tecnológica; Garantir equivalência terapêutica com medicamentos de referência, aumentando a confiança dos profissionais e usuários (Bermudez et al., 2018; Silva, Rodrigues & Soler, 2020; Nunes, Cordeiro & Kokudai, 2023; Teixeira et al., 2023).

Em adição, os impactos iniciais registraram a redução média de 30% a 50% nos preços de medicamentos genéricos em relação aos de referência; Aumento progressivo da participação dos genéricos no mercado, atingindo mais de 30% das unidades vendidas em menos de 15 anos; Fortalecimento da indústria farmacêutica nacional e da produção pública; Maior acesso da população a tratamentos contínuos, especialmente para doenças crônicas (Bermudez et al., 2018; Silva, Rodrigues & Soler, 2020; Nunes, Cordeiro & Kokudai, 2023; Teixeira et al., 2023).

Apresenta-se a seguir o Quadro 3 detalhando o processo que levou à criação da Política Nacional de Medicamentos Genéricos no Brasil, desde o cenário pré-1999 até os desdobramentos mais recentes no mercado (OpenAI, 2025).

**Quadro 3 - Quadro Cronológico – Evolução da Política de Medicamentos Genéricos no Brasil.**

Período	Marcos e Acontecimentos	Contexto e Relevância
Antes de 1990	Mercado farmacêutico dominado por medicamentos de marca.- Predomínio de multinacionais no Brasil.- Baixa regulação de qualidade para medicamentos similares.	Pouca concorrência e preços elevados.- População de baixa renda com acesso restrito.- Dependência de importações e tecnologia externa.
1990–1994	Criação do SUS (1988) e regulamentação pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990.- Pressão internacional por ajustes na propriedade intelectual (Acordo TRIPS – 1994).	Necessidade de garantir medicamentos no SUS com custos reduzidos.- TRIPS estabeleceu regras para patentes farmacêuticas, afetando o acesso e encarecendo medicamentos novos.
1995–1997	Discussões técnicas no Ministério da Saúde sobre adoção de medicamentos equivalentes aos de marca com comprovação de bioequivalência.- Referências a experiências internacionais de genéricos (EUA, Europa).	Reconhecimento de que apenas genéricos com comprovação científica poderiam gerar confiança e ampliar o acesso.- Primeiras propostas normativas surgem.
1998	Publicação da Política Nacional de Medicamentos (Portaria nº 3.916/GM).- A PNM inclui como diretriz a promoção do uso racional e o estímulo a medicamentos essenciais, abrindo caminho para a política de genéricos.	A PNM cria a base política e técnica para a futura lei, destacando a necessidade de concorrência e preços acessíveis.
1999	Publicação da Lei nº 9.787/1999, regulamentando os medicamentos genéricos no Brasil.- Criação da ANVISA no mesmo ano para regular e fiscalizar a qualidade.	Lei estabelece critérios rigorosos de bioequivalência e biodisponibilidade.- Garante que genéricos sejam intercambiáveis com medicamentos de referência.
2000–2005	Primeiras listas de genéricos publicadas.- Início da fabricação por laboratórios públicos e privados nacionais.- Queda de preços entre 30% e 50% em relação aos medicamentos de referência.	Crescimento rápido da confiança nos genéricos.- Expansão no fornecimento pelo SUS e farmácias privadas.
2006–2010	Campanhas nacionais de incentivo ao uso de genéricos.- Entrada de genéricos em tratamentos para doenças crônicas de grande impacto no SUS (hipertensão, diabetes, depressão).	Consolidação da imagem de qualidade e economia.- Aumento da participação no mercado farmacêutico.
2011–2018	Expansão para medicamentos mais complexos e início dos biossimilares.- Fortalecimento da produção nacional e das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs).	Redução da dependência externa para alguns medicamentos estratégicos.- Mercado de genéricos supera 25% das unidades vendidas.
2019–2025	Inclusão de genéricos em políticas de saúde digital e prescrição eletrônica.- Avanço nos biossimilares e na produção nacional.- Genéricos representam cerca de 35% das unidades vendidas no país.	Política de genéricos continua essencial para a sustentabilidade do SUS.- Desafios: manutenção da qualidade, inovação tecnológica e resistência da indústria de referência.

Fonte: Assistência farmacêutica e serviços farmacêuticos ofertados no contexto da saúde pública e coletiva: Revisão narrativa.

### 3.6 Programa Farmácia Popular do Brasil

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) foi regulamentado pelo Decreto Presidencial nº 5.090, de 20 de maio de 2004; inicialmente na modalidade rede própria e, depois, em convênio com farmácias comunitárias privadas, inaugurando o sistema de copagamento no Brasil, num contexto social, econômico e político marcado por transformações importantes na saúde pública brasileira e no cenário macroeconômico. Tem sua base normativa alinhado à Política Nacional de Medicamentos (1998) e à Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004).

Registra-se que o PFPB foi instituído em um contexto social caracterizado pela: Ampliação do SUS: No início dos anos 2000, o Sistema Único de Saúde ainda estava em processo de consolidação, buscando ampliar a cobertura de ações e serviços, especialmente na atenção básica; Baixa cobertura de medicamentos essenciais: Pesquisas e relatórios do Ministério da Saúde indicavam dificuldades de acesso da população, principalmente de baixa renda, a medicamentos para doenças crônicas como hipertensão, diabetes e asma; Desigualdade regional: Havia grande disparidade no acesso a medicamentos entre capitais, áreas urbanas periféricas e regiões rurais e remotas; Transição demográfica e epidemiológica: O Brasil vivia um aumento da expectativa de vida e crescimento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, elevando a demanda por uso contínuo de medicamentos (Alencar et al., 2018; Almeida & Júnior, 2019; Rocha, 2019; Silva, Martins, Soler & Silva, 2024).

O contexto econômico se apresentava em um crescimento econômico moderado: O início do governo Lula (2003–2004) registrava estabilização monetária herdada do Plano Real, mas com desafios de controle inflacionário. Política de valorização do salário mínimo e combate à pobreza: Programas como o Bolsa Família ampliavam o poder de compra das famílias mais pobres, mas o gasto com medicamentos ainda comprometia grande parte da renda em muitos lares. Outrossim, o Brasil possuía um mercado concentrado em medicamentos de marca e importados, com preços elevados e dependência externa. O estímulo ao setor de genéricos (desde 1999) já começava a produzir impacto, mas ainda havia barreiras de acesso (Alencar et al., 2018; Almeida & Júnior, 2019; Rocha, 2019; Silva, Martins, Soler & Silva, 2024).

Já o contexto político o Ministério da Saúde, sob gestão de Humberto Costa, priorizou políticas de acesso a medicamentos como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF, 2004). O governo buscava integrar União, estados e municípios na execução de programas sociais, com descentralização e parcerias público-privadas. O lançamento do PFPB estava inserido no eixo de inclusão social, o programa foi criado com o objetivo de ampliar o acesso a medicamentos a preços reduzidos por meio de rede própria de farmácias públicas vinculadas à Fiocruz (Farmácias Populares) e, posteriormente (2006), a estratégia “Aqui Tem Farmácia Popular” com farmácias privadas credenciadas (Alencar et al., 2018; Almeida & Júnior, 2019; Rocha, 2019; Silva, Martins, Soler & Silva, 2024).

Em síntese, o PFPB nasceu como resposta a um problema social urgente (falta de acesso a medicamentos), em um cenário econômico de modesta recuperação e desigualdade persistente, e dentro de uma agenda política de ampliação das políticas sociais e fortalecimento do SUS, com uso de estratégias inovadoras de parceria público-privada para reduzir custos e aumentar a capilaridade do atendimento. O Quadro 4, resume o contexto pré-2004 até as mudanças recentes no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), com destaque para marcos sociais, econômicos, políticos e normativos (OpenAI, 2025).

**Quadro 4** - Linha do tempo do contexto e evolução do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB).

Período	Contexto Social	Contexto Econômico	Contexto Político e Normativo	Situação do PFPB
Antes de 1998	Baixa cobertura de medicamentos essenciais pelo sistema público; forte desigualdade regional no acesso; alta dependência de medicamentos de marca.	Inflação crônica até meados dos anos 1990; renda média baixa; gasto familiar elevado com medicamentos.	Sem política nacional específica; SUS em consolidação após Constituição de 1988.	PFPB inexistente.
1998	Ampliação do debate sobre acesso a medicamentos essenciais e doenças crônicas.	Estabilização monetária com o Plano Real; início de ajustes fiscais.	Política Nacional de Medicamentos (PNM) é lançada, priorizando o acesso a medicamentos essenciais e genéricos.	PFPB inexistente.
1999–2003	Crescente prevalência de doenças crônicas; déficit de cobertura na atenção básica.	Introdução dos medicamentos genéricos (Lei nº 9.787/1999) e início de redução de preços em alguns segmentos.	Consolidação da PNM; avanços na regulação sanitária via ANVISA (1999).	PFPB inexistente.
2004	Acesso limitado a medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, sobretudo nas classes de menor renda.	Crescimento econômico moderado; ampliação de programas sociais como Bolsa Família.	Governo Lula lança Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e regulamenta o PFPB (Portaria nº 491/2004/MS). Implementação de farmácias públicas vinculadas à Fiocruz.	Início do PFPB – Rede própria de farmácias públicas.
2006–2009	Demanda crescente por medicamentos de uso contínuo.	Expansão do mercado de genéricos.	Lançamento da modalidade “Aqui Tem Farmácia Popular” (Portaria nº 491/2006) com farmácias privadas credenciadas.	Ampliação da capilaridade; foco em medicamentos para doenças crônicas.
2011	Alta demanda social; necessidade de reduzir custos para o usuário.	Economia em expansão até 2010, mas sinais de desaceleração.	Programa Saúde Não Tem Preço garante medicamentos gratuitos para hipertensão, diabetes e asma no PFPB.	Maior impacto social, aumento de adesão ao tratamento.
2014–2016	Crise econômica e aumento do desemprego; maior dependência do SUS.	Queda no PIB; corte orçamentário nas políticas sociais.	Reavaliação dos gastos e revisão de listas de medicamentos; redução do número de farmácias próprias.	Fechamento gradual de unidades públicas; manutenção de farmácias credenciadas.
2017–2019	Continuidade de alta demanda por medicamentos gratuitos; aumento da judicialização da saúde.	Ajuste fiscal; restrição orçamentária no MS.	Foco no modelo de farmácias privadas credenciadas; encerramento das últimas unidades da rede própria em 2017.	PFPB restrito à rede credenciada.
2020–2022	Pandemia de COVID-19 aumenta a demanda por medicamentos e sobrecarga no SUS.	Recessão econômica; inflação de medicamentos.	Expansão emergencial do credenciamento para ampliar acesso durante a pandemia.	Manutenção do PFPB com prioridade para medicamentos essenciais.
2023–2025	Retomada de debates sobre acesso universal e equidade.	Recuperação econômica parcial; pressão inflacionária em saúde.	Anúncios de retomada de unidades próprias em áreas remotas; ampliação da lista de medicamentos.	Foco na integração do PFPB com políticas de atenção primária e saúde da família.

Fonte: Assistência farmacêutica e serviços farmacêuticos ofertados no contexto da saúde pública e coletiva: Revisão narrativa.

### 3.7 Serviços de assistência farmacêutica ofertados no SUS

Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferta um conjunto de serviços de Assistência Farmacêutica (AF) organizados segundo a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e diretrizes complementares do Ministério da Saúde. Esses serviços abrangem desde ações técnico-gerenciais até o cuidado direto ao paciente, respaldados pela Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas (Brasil, 2014). A seguir, resume-se os serviços por nível de atuação (Brasil, 2011; Correr, Soler, Otuki, 2011; Melo, Castro, 2017; Sá, Sousa, & Britto, 2019; Peruchi, 2021; Ferreira et al., 2022; Ribeiro et al., 2022; Silva-Junior, Silva, Piva, 2022):

1. Serviços Técnico-Gerenciais - Voltados à gestão do ciclo da AF e à garantia de disponibilidade, qualidade e uso racional dos medicamentos:

- Seleção de medicamentos: Definição das listas de medicamentos essenciais (RENAME, RESME, REMUME) com base em critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo-efetividade.
- Programação: Cálculo da quantidade necessária de medicamentos para evitar desabastecimento ou excesso.
- Aquisição: Processos licitatórios e contratações para suprimento regular de medicamentos.
- Armazenamento: Organização, controle de estoque e manutenção das condições ideais de conservação.
- Distribuição e transporte: Logística de entrega às unidades de saúde, com rastreabilidade e segurança.
- Monitoramento e avaliação: Indicadores de consumo, abastecimento e custo; auditorias e inspeções.

2. Serviços Técnico-Assistenciais (Clínicos e ao Paciente) - Focados no cuidado farmacêutico e no uso racional de medicamentos:

- Dispensação de medicamentos: Entrega responsável, com orientação sobre uso correto, posologia, armazenamento e descarte.
- Atenção farmacêutica individualizada: Acompanhamento de pacientes com uso contínuo ou de risco, como hipertensos, diabéticos e pacientes em polifarmácia.
- Acompanhamento farmacoterapêutico: Monitoramento da adesão, efetividade e segurança dos tratamentos.
- Educação em saúde: Ações comunitárias e em grupos sobre uso racional de medicamentos e prevenção de doenças.
- Farmacovigilância: Identificação, registro e comunicação de reações adversas e queixas técnicas.
- Conciliação de medicamentos: Revisão da terapia medicamentosa na transição de cuidados (alta, internação, consultas).
- Serviços especializados: Atenção farmacêutica em programas como HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, saúde mental, oncologia, entre outros.

3. Programas e Estratégias Vinculados à AF no SUS - Integram o fornecimento e o cuidado farmacêutico com políticas específicas:

- Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF): Medicamentos para atenção primária (hipertensão, diabetes, asma, antibióticos, saúde mental, etc.).
- Componente Estratégico (CESAF): Medicamentos para doenças endêmicas e programas estratégicos (HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, malária, influenza, etc.).
- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF): Medicamentos de alto custo e uso ambulatorial sob protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.
- Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB): Gratuito ou com copagamento, via farmácias credenciadas.
- Programas de fitoterapia e plantas medicinais: Previstos pela PNPI (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares).
- Atenção farmacêutica em hospitais e pronto-atendimentos: Gestão clínica e protocolos de uso de medicamentos de alto risco.
- Estratégias de teleassistência farmacêutica: Apoio remoto na atenção primária e especializada.

4. Tendências e Inovações Recentes:

- Ampliação da telefarmácia e do atendimento farmacêutico remoto.
- Implantação de protocolos clínicos eletrônicos e sistemas de rastreamento.
- Expansão de serviços clínicos farmacêuticos integrados à equipe de Saúde da Família.
- Uso de indicadores de desempenho para avaliação da qualidade da assistência farmacêutica.

O Quadro 5, apresenta um resumo sobre os serviços de Assistência Farmacêutica no SUS, com classificação, descrição e base legal (OpenAI, 2025).

**Quadro 5 - Serviços de Assistência Farmacêutica no SUS.**

Categoria	Serviço	Descrição	Base Legal / Normativa
Serviços Técnico-Gerenciais	Seleção de medicamentos	Definição de medicamentos essenciais com base em eficácia, segurança, qualidade e custo-efetividade; elaboração da RENAME e REMUME.	PNM – Portaria MS nº 3.916/1998; Resolução CNS nº 338/2004; Portaria GM/MS nº 1.554/2013.
	Programação	Estimativa das quantidades necessárias para evitar desabastecimento ou desperdício.	Resolução CNS nº 338/2004; Portaria GM/MS nº 1.555/2013.
	Aquisição	Procedimentos licitatórios e contratações para garantir suprimento.	Lei nº 8.666/1993 (substituída pela Lei nº 14.133/2021 – Nova Lei de Licitações); Resolução CNS nº 338/2004.
	Armazenamento	Conservação adequada, controle de validade e organização do estoque.	RDC ANVISA nº 430/2020; Resolução CNS nº 338/2004.
	Distribuição e transporte	Logística para entrega segura e rastreável de medicamentos às unidades de saúde.	RDC ANVISA nº 430/2020; Portaria GM/MS nº 1.555/2013.
	Monitoramento e avaliação	Uso de indicadores e auditorias para verificar desempenho da AF.	Resolução CNS nº 338/2004; Portaria GM/MS nº 1.555/2013.
Serviços Técnico-Assistenciais (Clínicos)	Dispensação	Entrega responsável de medicamentos, com orientação sobre uso correto, armazenamento e descarte.	Resolução CFF nº 357/2001; Resolução CFF nº 585/2013; Resolução CNS nº 338/2004.
	Atenção farmacêutica	Acompanhamento de pacientes com uso contínuo ou risco, com plano terapêutico.	Resolução CFF nº 585/2013; Resolução CNS nº 338/2004.
	Acompanhamento farmacoterapêutico	Monitoramento da efetividade, segurança e adesão ao tratamento.	Resolução CFF nº 585/2013; Portaria GM/MS nº 1.271/2014.
	Educação em saúde	Orientações e atividades comunitárias sobre uso racional de medicamentos.	Resolução CNS nº 338/2004; Portaria GM/MS nº 2.488/2011 (PNAB).
	Farmacovigilância	Notificação e análise de reações adversas e queixas técnicas.	RDC ANVISA nº 406/2020; Resolução CNS nº 338/2004.
	Conciliação medicamentosa	Revisão do tratamento medicamentoso na transição de cuidados.	Resolução CFF nº 675/2019; Resolução CNS nº 338/2004.
	Serviços especializados	Atenção farmacêutica em HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, oncologia, saúde mental, entre outros.	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) – diversos; Resolução CNS nº 338/2004.
Programas Vinculados à AF	Componente Básico da AF (CBAF)	Medicamentos para atenção primária (hipertensão, diabetes, antibióticos, saúde mental, etc.).	Portaria GM/MS nº 1.555/2013; RENAME.
	Componente Estratégico (CESAF)	Medicamentos para doenças endêmicas e programas estratégicos.	Portaria GM/MS nº 1.555/2013.
	Componente Especializado da AF (CEAF)	Medicamentos de alto custo definidos em PCDT.	Portaria GM/MS nº 1.554/2013.
	Programa Farmácia Popular (PFPB)	Distribuição gratuita ou com copagamento em rede própria e credenciada.	Portaria GM/MS nº 491/2004; Portaria GM/MS nº 971/2012.
	Fitoterapia e plantas medicinais	Serviços de fitoterapia na rede SUS.	PNPIC – Portaria GM/MS nº 971/2006; RENISUS.

Fonte: Assistência farmacêutica e serviços farmacêuticos ofertados no contexto da saúde pública e coletiva: Revisão narrativa.

### 3.8 Serviços de assistência farmacêutica no contexto das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

No contexto da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) no SUS, o farmacêutico atua principalmente no apoio técnico-científico, logístico e clínico às práticas reconhecidas, garantindo qualidade, segurança e acesso a insumos. Esses serviços estão previstos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF, Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004), na Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas (Brasil, 2014) e na Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006 (Plantas medicinais e Fitoterapia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Termalismo Social/Crenoterapia), Portaria GM/MS nº 849, de 27 de março de 2017 (Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala (massagem infantil), Terapia Comunitária Integrativa e Yoga) e Portaria GM/MS nº 702, de 21 de março de 2018 (Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética/Bioenergioterapia, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia (argiloterapia), Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia, Terapia de florais). O Quadro 6 faz uma síntese da Assistência Farmacêutica no contexto da PNPIC (SUS) (OpenAI, 2025).

**Quadro 6 - Assistência Farmacêutica no contexto da PNPIC (SUS).**

Prática (PNPIC)	Serviços farmacêuticos (síntese)
Plantas medicinais e Fitoterapia	Gestão da Farmácia Viva; seleção/aquisição de espécies e insumos; garantia da qualidade; preparação/dispensação de droga vegetal e fitoterápicos; orientação clínica, farmacovigilância e uso racional.
Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura	Apoio logístico e sanitário a insumos (agulhas, moxas); gerenciamento de materiais; educação em saúde e integração cuidado não farmacológico com a farmacoterapia; farmacovigilância.
Homeopatia	Gestão de manipulação/dispensação de preparações homeopáticas; garantia de qualidade; orientação clínica; farmacovigilância.
Medicina Antroposófica	Seleção/dispensação de medicamentos antroposóficos; garantia de qualidade; orientação clínica; farmacovigilância.
Termalismo Social/Crenoterapia	Apoio técnico a protocolos locais; educação em saúde; integração com cuidados e monitoramento de segurança (contraindicações, interações, hidratação).
Arteterapia	Educação em saúde, promoção de adesão ao tratamento, suporte à segurança (materiais não tóxicos), farmacovigilância de reações associadas.
Ayurveda	Orientação sobre segurança de preparações/herbometálicos; checagem de interações; seleção de fitoterápicos regularizados; farmacovigilância.
Biodança	Educação em saúde; apoio à adesão; indicadores de bem-estar; sem insumos farmacêuticos específicos.
Dança circular	Educação em saúde; adesão; autocuidado; sem insumos farmacêuticos específicos.
Meditação	Educação em saúde; programas de manejo de estresse; integração com plano farmacoterapêutico.
Musicoterapia	Educação em saúde; mapeamento de objetivos terapêuticos; integração com analgesia/ansiolíticos quando necessário.
Naturopatia	Orientação sobre chás, suplementos e fitoterápicos; avaliação de interações; farmacovigilância.
Osteopatia	Educação em saúde; conciliação medicamentosa; prevenção de interações com analgésicos/relaxantes; encaminhamentos.
Quiropraxia	Educação em saúde; conciliação medicamentosa; vigilância de sinais de alarme; encaminhamentos.
Reflexoterapia	Educação em saúde; integração com analgesia; vigilância de eventos.
Reiki	Educação em saúde; apoio à adesão; vigilância de eventos.
Shantala (massagem infantil)	Educação em saúde familiar; orientação sobre óleos seguros; vigilância de eventos; integração com puericultura.
Terapia Comunitária Integrativa	Educação em saúde; promoção do uso adequado de medicamentos; identificação de problemas relacionados a medicamentos.
Yoga	Educação em saúde; programas de dor crônica/estresse; integração com plano farmacoterapêutico.
Apiterapia	Gestão e qualificação de insumos apícolas (ex.: mel estéril para curativo); orientação de segurança (botulismo <1 ano, alergias); farmacovigilância.
Aromaterapia	Seleção/qualificação de óleos essenciais; orientação de uso seguro (diluições, vias, fototoxicidade); farmacovigilância.

Bioenergética (Bioenergioterapia)	Educação em saúde; integração com plano terapêutico; vigilância de eventos.
Constelação familiar	Educação em saúde; suporte psicossocial; sem insumos farmacêuticos.
Cromoterapia	Educação em saúde; suporte complementar; sem insumos farmacêuticos.
Geoterapia (argiloterapia)	Seleção/qualificação de insumos dermatológicos quando aplicável; vigilância de segurança cutânea.
Hipnoterapia	Educação em saúde; programas para dor/procedimentos; integração com farmacoterapia (ex.: redução de consumo de opioides quando pertinente).
Imposição de mãos	Educação em saúde; suporte à adesão; vigilância de eventos.
Ozonioterapia	Gestão de insumos/dispositivos conforme normas sanitárias locais; vigilância de segurança; checagem de indicação e vias permitidas.
Terapia de florais	Orientação sobre uso; checagem de interações/álcool; farmacovigilância; priorização de terapias com evidência robusta quando necessário.

Fonte: Assistência farmacêutica e serviços farmacêuticos ofertados no contexto da saúde pública e coletiva: Revisão narrativa.

### 3.9 Serviços de Assistência Farmacêutica na Medicina Veterinária

No contexto da Medicina Veterinária, a Assistência Farmacêutica envolve um conjunto de atividades técnicas, logísticas e clínicas voltadas à garantia do acesso, uso racional e segurança de medicamentos e insumos destinados a animais, incluindo a proteção da saúde pública por meio do controle de zoonoses e da vigilância de resíduos em alimentos de origem animal. Embora o termo “assistência farmacêutica” seja mais usado na saúde humana, os princípios e etapas se aplicam à área veterinária, ajustados ao marco regulatório e às necessidades da clínica e saúde animal. O Quadro 7 apresenta um resumo dos Serviços de assistência farmacêutica no campo da medicina veterinária (OpenAI, 2025).

**Quadro 7 - Serviços de assistência farmacêutica na medicina veterinária.**

Serviço	Descrição	Base Legal
Seleção e Padronização de Medicamentos Veterinários	Definir lista de medicamentos conforme perfil clínico do hospital, espécies atendidas e registro no MAPA, priorizando eficácia, segurança e custo-benefício.	Lei nº 5.517/1968; Resolução CFMV nº 1138/2016; IN MAPA nº 35/2017.
Aquisição e Controle de Estoque	Aquisição junto a fornecedores habilitados; controle de validade, rastreabilidade de lotes e inventários periódicos; prevenção de desabastecimento.	Lei nº 13.021/2014; IN MAPA nº 35/2017.
Armazenamento Seguro	Manter medicamentos sob condições adequadas de temperatura, umidade e proteção à luz, seguindo requisitos de biossegurança.	Resolução CFMV nº 1138/2016; IN MAPA nº 35/2017.
Dispensação	Dispensar medicamentos prescritos por médico-veterinário habilitado, com orientação sobre uso, posologia, riscos e armazenamento domiciliar.	Lei nº 5.517/1968; Código de Ética do Médico-Veterinário.
Acompanhamento Terapêutico	Monitorar eficácia e segurança, ajustar doses conforme espécie, peso, idade e condição clínica; prevenir interações medicamentosas.	IN MAPA nº 14/2018 (Farmacovigilância).
Farmacovigilância Veterinária	Registrar e notificar eventos adversos, falhas terapêuticas e resistência antimicrobiana ao MAPA.	IN MAPA nº 14/2018; PAN-BR (2022).
Controle de Antimicrobianos	Aplicar protocolos de prescrição baseados em diagnóstico e testes de sensibilidade, para prevenir resistência bacteriana.	PAN-BR (2022); OMSA Terrestrial Code (2024).
Apoio a Procedimentos Cirúrgicos e Especialidades	Gerenciar insumos anestésicos, sedativos, analgésicos e quimioterápicos; preparar soluções e kits cirúrgicos padronizados.	Resolução CFMV nº 1275/2019; Normas MAPA sobre imunobiológicos.
Gestão de Resíduos de Medicamentos	Segregar, acondicionar e destinar resíduos de medicamentos e materiais perfurocortantes conforme legislação ambiental e sanitária.	Lei nº 12.305/2010 (PNRS); Resolução CONAMA nº 358/2005.
Educação e Capacitação de Equipe	Treinar médicos-veterinários e auxiliares em farmacologia, uso racional, biossegurança e protocolos hospitalares.	Resolução CFMV nº 1138/2016.

Fonte: Assistência farmacêutica e serviços farmacêuticos ofertados no contexto da saúde pública e coletiva: Revisão narrativa.

### 3.10 Serviços de Assistência Farmacêutica no campo da estética

No campo da estética, a Assistência Farmacêutica se organiza em torno de três eixos — gestão técnica, gestão clínica do medicamento e promoção do uso seguro e racional, mas com adaptações importantes, porque envolve fármacos, cosméticos, produtos para saúde e insumos de interesse sanitário que, em muitos casos, têm regulação própria da Anvisa e demandam controle rigoroso quanto à aquisição, manipulação, armazenamento, prescrição, dispensação e descarte. O Quadro 8, apresenta um resumo dos Serviços de Assistência Farmacêutica no campo da estética (OpenAI, 2025).

**Quadro 8** - Serviços de Assistência Farmacêutica na Estética.

Serviço	Descrição	Base Legal
Seleção e Padronização de Produtos e Insumos	Escolha criteriosa de cosméticos, dermocosméticos, fármacos de uso injetável e dispositivos médicos, com base em registro na Anvisa, perfil do cliente e protocolos estéticos.	Lei nº 13.021/2014; Lei nº 5.991/1973; RDC Anvisa nº 30/2016; RDC Anvisa nº 185/2001.
Aquisição e Armazenamento Seguro	Compra de insumos junto a fornecedores regularizados; armazenamento em condições controladas de temperatura, luz e umidade; segregação por classe de risco.	Lei nº 6.360/1976; RDC Anvisa nº 67/2007.
Controle de Estoque e Validade	Sistema de rastreabilidade de lotes; inventários periódicos; prevenção de desabastecimento; controle de prazos de validade.	Lei nº 13.021/2014; RDC Anvisa nº 67/2007.
Dispensação de Produtos e Fármacos	Fornecimento de produtos prescritos ou indicados conforme protocolos técnicos, com orientação sobre uso, posologia e cuidados.	Resolução CFF nº 573/2013; Resolução CFF nº 616/2015.
Preparo e Manipulação Segura	Preparo de formulações para <i>peelings</i> , soluções injetáveis e outros produtos de uso estético, seguindo técnicas assépticas e normas sanitárias.	RDC Anvisa nº 67/2007; Resolução CFF nº 616/2015.
Acompanhamento Pós-Procedimento	Monitoramento de reações adversas, avaliação de eficácia, orientação para cuidados domiciliares e encaminhamento quando necessário.	Resolução CFF nº 616/2015; RDC Anvisa nº 67/2007.
Farmacovigilância e Tecnovigilância	Registro e notificação de eventos adversos a medicamentos, cosméticos e dispositivos médicos no sistema Notivisa da Anvisa.	Lei nº 6.360/1976; RDC Anvisa nº 67/2007.
Educação e Capacitação da Equipe	Treinamento contínuo da equipe multiprofissional sobre uso seguro de produtos, biossegurança, antisepsia e descarte de resíduos.	Resolução CFF nº 616/2015; Lei nº 13.021/2014.
Gestão de Resíduos e Biossegurança	Segregação, acondicionamento e destinação correta de resíduos químicos e perfurocortantes, conforme normas ambientais e sanitárias.	Lei nº 12.305/2010 (PNRS); Resolução CONAMA nº 358/2005.

Fonte: Assistência farmacêutica e serviços farmacêuticos ofertados no contexto da saúde pública e coletiva: Revisão narrativa.

Por fim, há evidências de que o farmacêutico no SUS é gestor, cuidador e educador, com responsabilidade compartilhada na garantia do acesso, da qualidade e do uso seguro e racional de medicamentos. Sua atuação é indispensável para a integralidade do cuidado, a segurança do paciente e a sustentabilidade do sistema de saúde. O papel do farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS) vai muito além da simples entrega de medicamentos. Ele atua como profissional de saúde essencial na equipe multiprofissional, exercendo funções técnicas, clínicas, gerenciais e educativas, com impacto direto na qualidade do cuidado e na efetividade das políticas públicas de saúde.

**Limites e viés:** Há limite quanto as bases de dados utilizadas; assim como, potencial viés quanto a fidedignidade dos dados recuperados.

## 4. Conclusão

A oferta estruturada e contínua dos serviços de Assistência Farmacêutica (AF) no Sistema Único de Saúde representa um pilar estratégico para a garantia do direito constitucional à saúde e para a efetivação da integralidade do cuidado. Ao integrar ações técnico-gerenciais e técnico-assistenciais, a AF assegura não apenas a disponibilidade e o acesso a

medicamentos de qualidade, mas também promove o uso racional, reduzindo riscos à saúde e prevenindo desperdícios de recursos públicos.

No campo social, esses serviços ampliam a equidade ao beneficiar especialmente populações vulneráveis e residentes em áreas remotas, contribuindo para a redução das desigualdades regionais. No âmbito clínico, o acompanhamento farmacoterapêutico, a dispensação qualificada e a farmacovigilância fortalecem a adesão ao tratamento, melhoram desfechos terapêuticos e reduzem complicações evitáveis.

Do ponto de vista econômico, a gestão eficiente do ciclo da AF e a adoção de protocolos clínicos baseados em evidências otimizam o uso dos recursos, permitindo maior cobertura com o mesmo investimento. Já politicamente, a oferta desses serviços consolida o papel do SUS como sistema universal e fortalece a capacidade do Estado em articular políticas intersetoriais para a promoção da saúde.

Assim, a Assistência Farmacêutica no SUS não é apenas um conjunto de atividades logísticas e clínicas, mas uma estratégia de saúde pública que impacta positivamente a qualidade de vida, a sustentabilidade do sistema e a credibilidade das políticas de saúde no Brasil.

Nesse contexto, novos estudos são essenciais para verificar o impacto dos serviços farmacêuticos quanto a efetividade, eficiência e sustentabilidade no contexto da saúde pública e coletiva.

**Contribuições dos autores:** TLSF fez a pesquisa sob supervisão de OS. TLSF e OS escreveram o artigo. Os autores leram e aprovaram a versão final do documento. O conteúdo do trabalho é de exclusiva responsabilidade individual dos autores.

**Conflitos de interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse.

## Referências

- Alencar, T. de O. S., Araújo, P. S., Costa, E. A., Barros, R. D., Lima, Y. O. R., & Paim, J. S. (2023). Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. *Saúde Em Debate*, 42(2), 159–172. <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/951>
- Araújo, M. A. D. (2010). Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27, 230-236. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v27n3/230-236>
- Barboza, N. A. S., Rêgo, T. . D. de M., & Barros, T. de M. R. R. P. (2020). A história do SUS no Brasil e a política de saúde / SUS history in Brazil and health policy. *Brazilian Journal of Development*, 6(11), 84966–84985. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-057>
- Bermudez, J. A. Z., Esher, A., Osorio-de-Castro, C. G. S., Vasconcelos, D. M. M. D., Chaves, G. C., Oliveira, M. A., ... & Luiza, V. L. (2018). Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1937-1949. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>
- Bertolli Filho, C. (2004). *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo. Ática. (4 ed.). [https://www.academia.edu/43998363/Hist%C3%83ria\\_da\\_Sa%C3%83de\\_P%C3%83blica\\_no\\_Brasil\\_Claudio\\_Bertolli\\_Filho](https://www.academia.edu/43998363/Hist%C3%83ria_da_Sa%C3%83de_P%C3%83blica_no_Brasil_Claudio_Bertolli_Filho)
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. Distrito Federal.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.142, de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília. Distrito Federal.
- Brasil. (1998). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998*. Estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Distrito Federal.
- Brasil. (1999). Congresso Nacional. *Lei nº 9.782, de 26 de janeiro 1999*. Regulamenta a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Brasília. Distrito Federal.
- Brasil. (1999). Congresso Nacional. *Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999*. Regulamenta a Política Nacional de Medicamentos Genéricos. Brasília. Distrito Federal.
- Brasil. (2011). *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, assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília. Distrito Federal.

Brasil. (2011). *Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011*. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Distrito Federal.

Brasil. (2014). Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Brasília. Distrito Federal.

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde. 125 p. : il. ISBN 978-85-334-2599-6

Brasil. (2019). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. 384 p. il. ISBN 978-85-334-2714-3

Carlos Neto, D. Dendasck, C. & Oliveira, E. de. (2016). A evolução histórica da Saúde Pública. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 01 (1): 52-67. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/a-evolucao-historica-da-saude-publica>

Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, 27(78), 7-26. <https://revistas.usp.br/eav/article/view/68675>

Casarin, S. T. et al. (2020). Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health. *Journal of Nursing and Health*. 10 (5). <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/19924>.

Castro, S. K. S., et al, (2024). Saúde Pública No Brasil: Um Panorama Ao Longo de 200 Anos de Independência. *IJHS-PDVS*, 4(1), 132-146. <https://doi.org/10.31692/2764-3433.v3i2.274>

Cobaito, F. C., & Cobaito, V. Q. (2022). SUS–Sistema Único de Saúde: A Gênese, Contemporaneidade, e os desafios do amanhã. *Inova Saúde*, 12(1), 160-177. DOI: 10.18616/inova.v12i1.6026

Correr, C. J., Otuki, M. F., & Soler, O. (2011). Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 2(3), 9-9. <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232011000300006>

Dos Santos, I. F., Gabriel, M., & de Campos Mello, T. R. (2020). Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. *Humanidades & Inovação*, 7(5), 381-391. <http://https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/2964>

Faria Ferreira, A. R., Fernandes, B. L., de Oliveira Roque, J. M., & Gama, R. S. (2021). Assistência farmacêutica: o acesso a medicamentos como garantia dos direitos humanos. *Revista Científica FACS*, 21(28), 16-21. ISSN 2594-4282.

Ferreira, S. L., Santos, M. Y. B., da Silva, H. R., Carvalho, A. M., Ferreira, S. L., Ribeiro, K. C. S. A., & Vieira, S. T. S. (2022). Assistência farmacêutica na Atenção Primária à Saúde: desafios e contribuições. *Research, Society and Development*, 11(11), e51111133295-e51111133295. DOI: 10.33448/rsd-v11i11.33295

Gomes, C.A.P. A., et al. (2010). A assistência farmacêutica na atenção à saúde. Belo Horizonte: Ed. FUNED. 144 p. ISBN: 978-85-99902-03-5

Machado, C. V., Lima, L. D. D., & Baptista, T. W. D. F. (2017). Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(suppl 2), e00129616. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00129616>

Marin, N. (2003). Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Organizado por Nelly Marin et al. Rio de Janeiro: OPAS/OMS., [373]p., ilus. <https://www.pergamum-consulta.sesa.pr.gov.br/acervo/994>

Martins, C. L. P. C., Soler, O., & Silva, M. V. S. da. (2024). Programa Farmácia Popular do Brasil e serviços de assistência farmacêutica: revisão de escopo. *Caderno Pedagógico*, 21(13), e12107. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n13-252>

Maziero, R. M. S. (2019). A influência das políticas públicas e das transformações sociais no desenvolvimento do sistema de saúde no brasil: da colonização à criação do sistema único de saúde (SUS). *Humanidades e tecnologia (finom)*, 19(1), 292-305. [https://revistas.icesp.br/index.php/FINOM\\_Humanidade\\_Tecnologia/article/view/5784/3445](https://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/5784/3445)

Melo, D. O. D., & Castro, L. L. C. D. (2017). A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 235-244. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.16202015>

Mendes, E. V. *Desafio do SUS*. Brasília, DF; CONASS, (2019). <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>.

Minayo, M. C. S.; Costa, A. P. (2018). Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, 40:139-153. ISSN 1645-7250.

Miranzi, M. A. S., de Assis, D. C., de Resende, D. V., & Iwamoto, H. H. (2010). Compreendendo a história da saúde pública de 1870-1990. *Saúde Coletiva*, 7(41), 157-162. <https://www.redalyc.org/pdf/842/84213511007.pdf>

Nunes, G. P., Cordeiro, I. H., & Kokudai, R. L. N. (2023). Evolução dos medicamentos genéricos no Brasil.. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, 9(1). <https://remunom.ojsbr.com/multidisciplinar/article/view/1404>

OpenAI. GPT-4: *Language Models and Chatbots* (2025). ChatGPT é uma inteligência artificial de linguagem natural desenvolvida pela OpenAI, que usa uma arquitetura de rede neural para gerar respostas a perguntas feitas por usuários. <https://chatgpt.com/>

Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21(1), 15-36. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>

Pereira A. S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [free e-book]. Ed.UAB/NTE/UFSCM. ISBN 978-85-8341-204-5.

Pereira, M. C. L., Moraes, B. S., de Oliveira, M. E. M. L., Bezerra, L. M. L., dos Santos, I. P., & de Freitas, R. M. L. (2024). Saúde pública no Brasil: desafios estruturais e necessidades de investimento sustentáveis para a melhoria do sistema. *Revista Cedigma*, 2(3). <https://doi.org/10.5281/ZENODO.13292623>

Peruchi, N. P. D. S. G. (2021). O papel do farmacêutico na promoção da saúde no âmbito da Atenção Básica. *Inova Saúde*, 11(2), 163-177. DOI: 10.18616/nova.v11i2.5538

Reis, D. O., Araújo, E. C. D., & Cecílio, L. C. D. O. (2012). *Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde*. Unifesp. São Paulo. s/d. [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_4](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4).

Ribeiro, A. C., Ricci, D. K. S., de Oliveira, M. C. A., Ferreira, A. P., & Schettino, G. M. (2022). Farmácia clínica: transformação do profissional farmacêutico. *Revista Científica do UBM*, 112-123. <https://doi.org/10.52397/rcubm.v0in.46.1245>

Rocha, M.D. (2019). O Programa Aqui tem Farmácia Popular e o direito fundamental à saúde. *BOLETIM CIENTÍFICO ESMPU*, 8(5): 105-132. <https://doi.org/10.63601/bcesmpu.2019.n54.105-132>

Rodrigues, P. H. D. A. (2014). Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21, 37-60. DOI: 10.1590/s0104-59702014000100003.

Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul. Enferm.* 20 (2). <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

Sá, M. S., de Sousa, V. B., & Britto, M. H. R. M. (2019). Importância do farmacêutico na Atenção Primária. *Revista da sociedade brasileira de clínica médica*, 17(3), 131-135. <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/704/374>

Silva Júnior, J. R. da, Silva, L. L. da., & Piva, L. (2022). A importância da assistência farmacêutica na atenção primária no SUS. *Scire Salutis*, 12(2), 1-9. <https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2022.002.0001>.

Silva, K. P. da, Rodrigues, S. L. , & Soler, O. (2020). Revista Política nacional de medicamentos genéricos: 21 anos no Brasil. *Revista Amazônica de Ciências Farmacêuticas*. 2020; 1(1): 45-71. DOI: 10.17648/2675-5572.racf.v1n1-5

Silva, M. E. L. S., Almeida, A. T. C., Junior, I.T.A., (2019). Análise de equidade da distribuição de recursos do Programa Farmácia Popular. *Rev. Saúde Pública*. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000731>.

Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of business research*, 104, 333-339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>

Soler, O., & Leitão, V. B. G. (2022). *Caracterização dos municípios participantes: análise da relação municipal de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica e processos de aquisição praticados pelos municípios brasileiros em 2018: Caderno 1*. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). ISBN 978-85-63923-19-6.

Soler, O., Costa, B. W. B., Macedo, C. L., & Lima, G. C. (2023). *Institucionalização da assistência farmacêutica nas 13 regiões de saúde do Estado do Pará* [livro eletrônico]. Belém, PA: LPS Serviços: COSEMS/PA., PDF. ISBN 978-65-980973-0-1.

Sousa, C., & Fenandes, V. C. (2020). Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Journal of Management & Primary Health Care*. ISSN 2179-6750, 12, 1-17. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.579>

Teixeira, G. F., Sateles, L. R. N., Xavier, M. P. & Mafra, V. R. (2023). Generic drugs, its reliability and acceptance: a literature review. *Research, Society and Development*, 12(5), e3212541419. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i5.41419>