

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

MARCOS ROBERTO DA GAMA COTTA

**FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE E DESIGUALDADES TERRITORIAIS: UMA ANÁLISE DOS REPASSES
FEDERAIS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 (2018–2024)**

VITÓRIA

2026

MARCOS ROBERTO DA GAMA COTTA

**FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE E DESIGUALDADES TERRITORIAIS: UMA ANÁLISE DOS REPASSES
FEDERAIS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 (2018–2024)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profa. Dra. Tassiane Cristina Morais

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

C846f Cotta, Marcos Roberto da Gama
Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde e desigualdades territoriais : uma análise dos repasses federais no contexto da pandemia da COVID-19 (2018-2024) / Marcos Roberto da Gama Cotta - 2026.
81 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Tassiane Cristina Morais.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2026.

1. Assistência farmacêutica - Brasil. 2. Financiamento em saúde. 3. COVID-19. 4. Sistema Único de Saúde (SUS). 5. Políticas Públicas. I. Morais, Tassiane Cristina. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 615.1

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisângela Terra Barbosa – CRB6/608

MARCOS ROBERTO DA GAMA COTTA

**FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE E DESIGUALDADES TERRITORIAIS: UMA ANÁLISE DOS REPASSES
FEDERAIS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 (2018–2024)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovado em 06 de abril de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Tassiane Cristina Moraes
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM
(Orientadora)

Prof. Dr. Paulo André Stein Messetti
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM
(Membro Interno)

Profa. Dra. Genilza da Silva Mello
UNIVAR - Centro Universitário do Vale do Araguaia
(Membro Externo)

Dedico este trabalho à minha família, meu alicerce e minha maior motivação. Aos meus pais, José Augusto e Claudette; aos meus irmãos, José Augusto, Patrícia e Alessandra; à minha esposa, Vanessa; e aos meus filhos, Breno e João Pedro. Por todo amor, apoio e por darem sentido a cada passo desta caminhada.

A Deus, pela vida, pela força e por me sustentar em todos os momentos desta caminhada, especialmente nos dias mais difíceis, quando pensei em desistir.

Aos meus pais, José Augusto e Claudette, por todo o amor, pelos ensinamentos e pelos valores que me formaram como pessoa. Vocês são a base de tudo que sou e a razão de cada conquista alcançada.

À minha esposa, Vanessa, pelo amor, companheirismo e paciência ao longo de toda essa trajetória. Obrigado por caminhar ao meu lado, por compreender minhas ausências e por nunca deixar que eu desistisse, mesmo nos momentos mais desafiadores.

Aos meus filhos, Breno e João Pedro, por serem minha maior motivação e inspiração diária. Tudo isso é por vocês e para vocês.

Ao meu irmão, José Augusto, e à minha cunhada, Graciela, por todo o acolhimento, carinho e generosidade. Sou profundamente grato por terem me recebido em sua casa em todos os encontros do mestrado, tornando essa caminhada mais leve e possível.

À minha irmã, Patrícia, pelo apoio, incentivo e por sempre acreditar em mim.

À minha irmã, Alessandra, pelo apoio nos momentos em que mais precisei e por estar sempre presente ao longo dessa jornada.

À minha orientadora, Tassiane Cristina Moraes, pela confiança, paciência e dedicação. Sua orientação foi essencial para a construção deste trabalho e para o meu crescimento acadêmico e profissional.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação, pelos ensinamentos compartilhados e por contribuírem de forma significativa para minha formação.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES), pelo apoio financeiro concedido por meio da bolsa de estudos, fundamental para a realização desta pesquisa.

A todos os profissionais que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

Por fim, agradeço a todos que fizeram parte desta trajetória, que me apoiaram, incentivaram e acreditaram em mim. Esta conquista também é de vocês.

Todos iguais, todos iguais
Mas uns mais iguais que os outros
Todos iguais
Tão desiguais.
(Humberto Gessinger)

RESUMO

Introdução: A pandemia da COVID-19 impôs desafios sem precedentes à capacidade de resposta do Estado brasileiro, demandando uma reorganização das políticas públicas e do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a Assistência Farmacêutica teve papel estratégico, especialmente no apoio à Atenção Primária à Saúde (APS). Entretanto, é possível que a distribuição de recursos destinados a esse componente reflita as assimetrias territoriais e as expressões da questão social que marcam o acesso às políticas públicas no Brasil. Assim, torna-se relevante analisar como se estruturaram os repasses durante o período de crise sanitária, visto que estes podem expressar tanto esforços de garantia de direitos quanto a persistência de desigualdades estruturais. **Objetivo:** Avaliar a evolução e a distribuição territorial do financiamento destinado ao componente de Assistência Farmacêutica durante a pandemia da COVID-19. **Método:** Foi realizado um estudo ecológico, utilizando dados secundários do painel InvestSUS. Foram analisados repasses fundo a fundo para o componente de Assistência Farmacêutica no período de 2018 a 2024, considerando variações temporais, regionais e valores per capita. **Resultados:** Os repasses federais cresceram de aproximadamente R\$ 1,96 bilhão em 2018 para mais de R\$ 3,36 bilhões em 2024, representando um crescimento de cerca de 71%. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram maiores valores per capita ao longo do período, enquanto Norte e Nordeste mantiveram os menores índices. A maior parte dos recursos foi destinada à manutenção da Assistência Farmacêutica no SUS. No que diz respeito aos investimentos, observou-se uma trajetória de repasses irregulares, com ocorrência de valores nulos em diferentes regiões do país, com destaque para a região Norte, onde essa situação foi observada em 2019, 2021 e 2023. Também foram identificados repasses extraordinários emergenciais em 2021 e 2022, conforme a Portaria nº 3.617/2021. Os valores foram semelhantes entre as regiões, sendo o Nordeste (R\$ 0,963) e o Norte (R\$ 0,962) as regiões que receberam maiores repasses per capita relacionados à COVID-19 em 2022. **Conclusão:** Houve ampliação do financiamento no período de 2018 a 2024, mas persistem desigualdades regionais. Reforça-se, portanto, a necessidade de aprimorar o cofinanciamento e os mecanismos de articulação entre os entes federativos, de modo a fortalecer a capacidade do Estado na garantia do direito à saúde e na redução das desigualdades no acesso à Assistência Farmacêutica.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Financiamento em Saúde. COVID-19. Sistema Único de Saúde. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic imposed unprecedented challenges on the Brazilian State's response capacity, requiring a reorganization of public policies and the financing of the Unified Health System (SUS). In this context, Pharmaceutical Assistance played a strategic role, especially in supporting Primary Health Care (PHC). However, the distribution of resources allocated to this component may reflect territorial asymmetries and the expressions of social inequalities that shape access to public policies in Brazil. Therefore, it is relevant to analyze how financial transfers were structured during the health crisis, as they may reveal both efforts to guarantee rights and the persistence of structural inequalities. **Objective:** To evaluate the evolution and territorial distribution of funding allocated to the Pharmaceutical Assistance component during the COVID-19 pandemic. **Method:** An ecological study was conducted using secondary data from the InvestSUS dashboard. Fund-to-fund transfers for the Pharmaceutical Assistance component were analyzed from 2018 to 2024, considering temporal, regional, and per capita variations. **Results:** Federal transfers increased from approximately R\$1.96 billion in 2018 to more than R\$3.36 billion in 2024, representing a growth of about 71%. The South, Southeast, and Central-West regions presented higher per capita values throughout the period, while the North and Northeast maintained the lowest levels. Most of the resources were allocated to the maintenance of Pharmaceutical Assistance within the SUS. Regarding investments, an irregular pattern of transfers was observed, including zero allocations in different regions of the country, especially in the North region, where this situation occurred in 2019, 2021, and 2023. Extraordinary emergency transfers were also identified in 2021 and 2022, according to Ordinance No. 3,617/2021. The amounts were similar across regions, with the Northeast (R\$0.963) and the North (R\$0.962) receiving the highest per capita COVID-19-related transfers in 2022. **Conclusion:** There was an expansion in funding from 2018 to 2024; however, regional inequalities persist. These findings reinforce the need to improve co-financing and coordination mechanisms among federative entities, in order to strengthen the State's capacity to guarantee the right to health and reduce inequalities in access to Pharmaceutical Assistance.

Keywords: Pharmaceutical Services. Health Financing. COVID-19. Unified Health System. Public Policies.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

AF – Assistência Farmacêutica

ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

BR – Brasil

CBAF – Componente Básico da Assistência Farmacêutica

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COVID-19 – Doença pelo Coronavírus 2019

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

InvestSUS – Plataforma de informações do Fundo Nacional de Saúde sobre repasses ao SUS

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

PNI – Programa Nacional de Imunização

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RESME – Relação Estadual de Medicamentos Essenciais

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SUS – Sistema Único de Saúde

CEME – Central de Medicamentos

CESAF – Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

CFF – Conselho Federal de Farmácia

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

COVID-19 – Doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2

DRU – Desvinculação da Receita da União

EPI(s) – Equipamento(s) de Proteção Individual

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESPII – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IFA – Insumos Farmacêuticos Ativos

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

ISAN – Insegurança Alimentar e Nutricional

ME – Medicamentos Essenciais

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAHO – Pan American Health Organization (Organização Pan-Americana da Saúde)

PFPB – Programa Farmácia Popular do Brasil

PIB – Produto Interno Bruto

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNI – Programa Nacional de Imunização

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PRMs – Problemas Relacionados a Medicamentos

PSF – Programa Saúde da Família

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

REME – Relação Estadual de Medicamentos

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SARS-CoV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SBRAFH – Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar

SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUS – Sistema Único de Saúde

URM – Uso Racional de Medicamentos

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Projeção da população das unidades da federação por sexo, idade simples ou faixa etária (2000–2070, edição 2024)	46
Tabela 2 – Distribuição dos repasses por habitante, considerando recursos normais e da COVID-19, nos períodos pré-pandemia, início da pandemia, pandemia e pós-crise sanitária.....	57
Tabela 3 – Síntese interpretativa dos achados e implicações para a Política de Assistência Farmacêutica e o papel do Estado no SUS (2018–2024)	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução dos recursos federais (a) e dos valores brutos, em reais (b), destinados à Assistência Farmacêutica no SUS, no período de 2018 a 2024, em todo o território brasileiro.....	49
Figura 2 – Evolução do financiamento per capita do componente da Assistência Farmacêutica nas regiões brasileiras, no período de 2018 a 2024.....	50
Figura 3 – Distribuição dos repasses fundo a fundo para custeio e investimento da Assistência Farmacêutica (recursos normais) nas regiões do Brasil, no período de 2018 a 2024	52
Figura 4 – Evolução dos repasses extraordinários da Assistência Farmacêutica, por região do Brasil, durante a pandemia de COVID-19, no período de 2021 a 2022	53
Figura 5 – Valores per capita dos repasses extraordinários da Assistência Farmacêutica, por região do Brasil, durante a pandemia de COVID-19, no período de 2021 a 2022	54
Figura 6 – Evolução dos repasses totais (recursos normais e da COVID-19) do componente da Assistência Farmacêutica nas regiões do Brasil, no período de 2018 a 2024	55
Figura 7 – Evolução dos repasses totais (recursos normais e da COVID-19) por habitante, referentes ao componente da Assistência Farmacêutica nas regiões do Brasil.	56

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL	21
2.2 IMPACTOS SOCIAIS DA COVID-19 E DESAFIOS PARA OS TERRITÓRIOS BRASILEIROS	22
2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – ESTRUTURA, PRINCÍPIOS E DESAFIOS DE GESTÃO	24
2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): UM PANORAMA GLOBAL, FINANCIAMENTO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	26
2.5 FINANCIAMENTO E GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: DESAFIOS ESTRUTURAIS E ESTRATÉGIAS NECESSÁRIAS	29
2.6 A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NO BRASIL: O PAPEL ESTRATÉGICO DA RENAME NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	32
2.7 DESAFIOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19	34
3 OBJETIVOS.....	42
3.1 OBJETIVO GERAL	42
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
4 MÉTODO.....	43
4.1 TIPO DE ESTUDO	43
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	43
4.3 POPULAÇÃO AMOSTRAL	44
4.3.1 Critérios de Inclusão	44
4.3.2 Critério de Exclusão.....	44
4.4 COLETA DE DADOS	45
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	45
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	46
4.7 DECLARAÇÃO DO USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL.....	47
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
5 RESULTADOS.....	49

6 DISCUSSÃO.....	60
6.1 EVOLUÇÃO DO FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	60
6.2 DESIGUALDADES TERRITORIAIS NO FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	64
6.3 IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS E FORTALECIMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	66
6.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	68
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS.....	71

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória acadêmica e profissional é marcada pela formação em Farmácia e pela atuação contínua nos serviços farmacêuticos, tanto no setor privado quanto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sou graduado em Farmácia e possuo especializações em Programa Saúde da Família e em Gestão e Assistência Farmacêutica, formações que consolidaram meu interesse pelas Políticas Públicas de saúde e pela organização da Assistência Farmacêutica. Esses fatores contribuíram para a realização do mestrado no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM.

Minha experiência profissional inclui a atuação como farmacêutico em drogarias privadas e, desde 2023, como servidor público farmacêutico no município de Presidente Kennedy/ES, com atividades na Farmácia Básica e na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). Essa vivência direta com a gestão de medicamentos no SUS foi determinante para o ingresso no mestrado, ao evidenciar a necessidade de aprofundar teoricamente os desafios enfrentados na prática cotidiana da gestão pública de saúde.

A escolha do tema desta dissertação se justifica, pessoal e profissionalmente, pela experiência vivenciada durante a pandemia da COVID-19, período em que se intensificaram as dificuldades relacionadas ao financiamento, à aquisição e à logística de medicamentos. Socialmente, o estudo se fundamenta na relevância da Assistência Farmacêutica como política pública essencial para a garantia do direito à saúde e para a redução das desigualdades no acesso a medicamentos, sobretudo em contextos de crise sanitária.

A opção pela linha de pesquisa em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local é coerente com o objeto do estudo, uma vez que a Assistência Farmacêutica constitui uma política pública que se concretiza no território, a partir da capacidade de gestão dos municípios e da operacionalização dos recursos públicos. Assim, a dissertação dialoga diretamente com a linha ao analisar como decisões estruturais do financiamento e da gestão impactam a realidade local, especialmente durante a pandemia.

A banca examinadora foi constituída por docentes cujas áreas de atuação dialogam diretamente com os eixos centrais desta pesquisa: políticas públicas de saúde, gestão do SUS, financiamento e Assistência Farmacêutica.

A banca é composta pela Profa. Dra. Tassiane Cristina Moraes, orientadora deste trabalho, Doutora em Ciências pela USP, com atuação em saúde coletiva, epidemiologia, políticas de saúde e COVID-19. Sua experiência fundamenta a orientação deste trabalho, contribuindo para o rigor metodológico e para a análise crítica das políticas públicas de saúde.

Como membro interno, integra a banca o Prof. Dr. Paulo André Stein Messetti, Doutor em Ciências da Saúde, com formação em Direito e Bioética, atua nas áreas de biodireito, saúde coletiva e avaliação de políticas públicas. Sua participação contribui para a análise dos aspectos normativos, éticos e institucionais das políticas abordadas na dissertação.

Como membro externo, integra a banca a Profa. Dra. Genilza da Silva Mello, Doutora em Ciências, com formação em Farmácia e experiência em pesquisa em temas relevantes para a saúde coletiva. Sua presença na banca fortalece a dimensão técnico-científica relacionada à política de medicamentos e à Assistência Farmacêutica.

A composição da banca assegura uma avaliação interdisciplinar, capaz de contribuir para o aprimoramento do trabalho e para a consolidação da minha formação acadêmica e profissional no campo das políticas públicas de saúde.

Após esta apresentação, a dissertação foi estruturada de modo a possibilitar a compreensão progressiva do objeto de estudo e a resposta à pergunta de pesquisa.

Inicialmente, a introdução apresenta a contextualização do tema, o problema de pesquisa e a relevância do estudo. Em seguida, o referencial teórico reúne a fundamentação teórica e contextual da pesquisa, abordando o cenário da pandemia de COVID-19 no Brasil, seus impactos sociais, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS), bem como a evolução, o financiamento e os desafios da Assistência Farmacêutica, incluindo questões relacionadas à RENAME, ao desabastecimento de medicamentos, à vacinação e ao uso racional de medicamentos.

Na sequência, são apresentados os objetivos do estudo, seguidos da descrição dos procedimentos metodológicos adotados. Posteriormente, são expostos os resultados obtidos e desenvolvida a discussão à luz da literatura. Ressalta-se que as limitações do estudo são apresentadas ao final da seção de discussão. Por fim, são apresentadas as considerações finais, com a síntese das principais conclusões e contribuições da pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 teve início em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi informada sobre casos de pneumonia causados por um novo coronavírus. A rápida disseminação levou a OMS a declarar a COVID-19 como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, em janeiro de 2020. Desde então, a pandemia se espalhou globalmente, afetando milhões de pessoas e exigindo esforços conjuntos de enfrentamento e mitigação em escala mundial (OPAS, 2023a).

Em mais de 90% dos países, houve interrupção contínua dos serviços de saúde essenciais durante a pandemia. Mesmo após dois anos desde o seu início, muitos sistemas de saúde ainda enfrentavam desafios consideráveis (OPAS, 2022).

A velocidade de disseminação da doença em escala global, seu alto potencial de contágio, o conhecimento ainda limitado sobre o vírus, a escassez de evidências sobre tratamentos farmacológicos e a ausência inicial de vacinas eficazes tornaram as estratégias de enfrentamento mais complexas e incertas (Werneck; Carvalho, 2020).

No Brasil, desde o início da pandemia, surgiram diversas novas demandas aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), o que resultou em uma reconfiguração dos processos operacionais, revisão dos fluxos assistenciais e inclusão de novos procedimentos de trabalho (Helioterio *et al.*, 2020). Esse cenário também se refletiu na Assistência Farmacêutica (AF), que, além de oferecer cuidados farmacêuticos a usuários suspeitos ou diagnosticados com COVID-19, abrangeu as atividades gerenciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos e outras tecnologias às instituições de saúde. Esses dois principais componentes da Assistência Farmacêutica tiveram suas demandas significativamente ampliadas durante a pandemia e demandaram reestruturação e aprimoramento de suas ações e serviços (Cai *et al.*, 2020; Koster; Philbert; Bouvy, 2021).

A pandemia de COVID-19 reforçou a importância da Assistência Farmacêutica no enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de medicamentos, destacando o papel do farmacêutico na minimização de riscos e na promoção do bem-estar da população. O farmacêutico atuou na linha de frente, integrando equipes multiprofissionais, orientando sobre medicamentos e apoiando a administração de vacinas e o telemonitoramento de pacientes, em farmácias, hospitais e drogarias.

Essa atuação, observada em diversos países, resultou em maior reconhecimento profissional e evidencia a necessidade de melhores condições de trabalho para o fortalecimento da Assistência Farmacêutica (Passos; Castoldi; Soler, 2021).

Com seu caráter sistêmico e multidisciplinar, a Assistência Farmacêutica atua como facilitadora e promotora do acesso e do uso racional de medicamentos, por meio do cuidado farmacêutico. Um dos principais desafios do farmacêutico consiste em equilibrar a promoção do uso racional de medicamentos com a melhoria da qualidade de vida da população, ao mesmo tempo em que busca otimizar a eficácia do sistema de distribuição pública e reduzir custos (Brasil, 2002).

A Assistência Farmacêutica no Brasil insere-se no contexto da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja base normativa remonta à Constituição Federal de 1988, que consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado. Sua previsão legal específica foi estabelecida pela Lei nº 8.080/1990, que incluiu a assistência terapêutica integral, abrangendo a Assistência Farmacêutica como componente essencial das ações de saúde (Brasil, 1988; Brasil, 1990a).

Todavia, a estruturação de uma política pública nacional ocorreu apenas com a aprovação da Resolução nº 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde, que instituiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), definindo seus princípios, diretrizes e o ciclo da assistência, incluindo seleção, programação, aquisição, distribuição e uso racional de medicamentos. Posteriormente, a Lei nº 12.401/2011 introduziu critérios de avaliação baseados em evidência científica e custo-efetividade para a incorporação de tecnologias em saúde, promovendo maior racionalidade na gestão da Assistência Farmacêutica. Esse processo evidencia a transição de um modelo normativo mais amplo para um arranjo institucional mais técnico e regulado, com impactos diretos na formulação de políticas públicas e na garantia do direito à saúde (Brasil, 2004; Brasil, 2011a).

Ao longo do tempo, diversos avanços foram alcançados com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso aos medicamentos no âmbito da Assistência Farmacêutica. Nesse contexto, destaca-se a consolidação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que orienta a formulação de políticas setoriais estratégicas, como as de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial e formação de recursos humanos. Essa política assegura a intersetorialidade que caracteriza o Sistema Único de Saúde, envolvendo tanto o setor público quanto o privado na organização da atenção à saúde (Bermudez *et al.*, 2018).

Atualmente, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Assistência Farmacêutica encontra-se estruturada em três componentes: o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Cada um desses componentes apresenta especificidades quanto à sua organização, às modalidades de financiamento e ao elenco de medicamentos ofertados, além de critérios próprios para a disponibilização e o acesso aos medicamentos pela população, refletindo diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde (Brasil, 2023b).

A disponibilização de medicamentos no âmbito da Atenção Primária à Saúde deve contemplar a integralidade das ações assistenciais, sendo operacionalizada no Brasil, principalmente, por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. O CBAF destina-se ao custeio da aquisição de medicamentos e insumos constantes nos Anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), abrangendo aqueles voltados ao atendimento dos agravos e programas de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (Oliveira; Nascimento; Lima, 2020).

Nesse cenário, torna-se fundamental analisar o comportamento do financiamento federal da Assistência Farmacêutica ao longo dos períodos pré-pandemia, pandemia e pós-crise sanitária, bem como compreender se houve mudanças no padrão de distribuição territorial dos recursos. Tal análise é especialmente relevante para verificar se a pandemia contribuiu para o aprofundamento das desigualdades regionais ou se estimulou movimentos de recomposição e maior equidade no financiamento.

Historicamente, há evidências de desigualdades regionais na Assistência Farmacêutica no SUS, com menores taxas de obtenção de medicamentos e maior dificuldade de acesso em regiões mais vulneráveis (Rover *et al.*, 2021; Mosegui *et al.*, 2026). Ademais, a implementação das ações de Assistência Farmacêutica e a disponibilidade de medicamentos na Atenção Primária à Saúde apresentam baixa efetividade e grande variação entre os municípios, o que expressa assimetrias do Estado na garantia do direito à saúde (Silva *et al.*, 2021). Essas lacunas elevam o desembolso privado e favorecem a judicialização como estratégia compensatória, contribuindo para a reprodução das desigualdades sociais (Tonéo Júnior; Silveira Neto, 2023).

Apesar da importância do tema, ainda são escassos os estudos que avaliam, de forma sistemática, a evolução e a distribuição territorial do financiamento federal da Assistência Farmacêutica, utilizando bases públicas recentes, como o InvestSUS Painéis. Essa plataforma ampliou a transparência das transferências fundo a fundo e possibilita análises detalhadas sobre os fluxos financeiros do SUS; entretanto, sua exploração acadêmica permanece limitada, configurando uma lacuna relevante na literatura.

Diante desse contexto, esta dissertação parte da seguinte pergunta de pesquisa: como evoluiu e como se distribuiu territorialmente o financiamento federal da Assistência Farmacêutica no SUS entre 2018 e 2024, considerando os períodos pré-pandemia, pandemia e pós-crise sanitária?

Ao investigar a evolução temporal dos repasses, as desigualdades regionais do financiamento per capita e a contribuição dos recursos extraordinários vinculados à COVID-19, o estudo busca contribuir para a compreensão dos limites e das potencialidades do financiamento federal da Assistência Farmacêutica, reforçando seu papel estratégico no enfrentamento de emergências em saúde pública e no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

No início da pandemia de COVID-19, diante da ausência de vacinas e de tratamentos farmacológicos eficazes, o Brasil adotou medidas não farmacológicas, como o distanciamento social, ao mesmo tempo em que reconheceu formalmente a emergência sanitária e a necessidade de ampliar a capacidade de resposta do sistema de saúde. Esse contexto foi marcado por desafios na coordenação das ações de enfrentamento, os quais evidenciaram fragilidades estruturais do SUS e a importância de respostas organizadas, sustentadas por financiamento público adequado, para garantir a continuidade das políticas essenciais de saúde (Matta *et al.*, 2021; Massuda *et al.*, 2021).

A pandemia de COVID-19 produziu impactos profundos em escala global e nacional, evidenciando a magnitude do desafio imposto aos sistemas de saúde e às políticas públicas. Com centenas de milhões de casos confirmados e milhões de óbitos no mundo, bem como números igualmente expressivos no Brasil, a crise sanitária expôs a necessidade de respostas estruturadas, capazes de sustentar a continuidade dos serviços essenciais e de garantir a provisão de insumos estratégicos em saúde, especialmente em contextos de elevada pressão assistencial (OMS, 2025; Brasil, 2025b).

Em maio de 2023, a Organização Mundial da Saúde declarou o encerramento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional relacionada à COVID-19. Essa decisão não representou o fim da circulação da doença, mas sinalizou a transição de uma resposta emergencial para um modelo de gerenciamento contínuo, incorporando a COVID-19 ao conjunto de agravos monitorados rotineiramente pelos sistemas de saúde. Tal mudança reforçou a necessidade de políticas públicas sustentáveis e financeiramente estruturadas, capazes de assegurar a manutenção dos serviços (OPAS, 2023b).

2.2 IMPACTOS SOCIAIS DA COVID-19 E DESAFIOS PARA OS TERRITÓRIOS BRASILEIROS

Conforme o Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2022), a pandemia de COVID-19 interrompeu um declínio histórico da pobreza mundial, empurrando cerca de 93 milhões de pessoas adicionais para a extrema pobreza em 2020. Esse retrocesso fez com que a taxa global aumentasse de 8,3% em 2019 para 9,2% em 2020, elevando o número total de indivíduos vivendo com menos de US\$ 1,90 por dia para aproximadamente 713,8 milhões naquele ano. Além disso, cerca de 147 milhões de crianças perderam mais da metade da educação presencial em 2020 e 2021 (ONU, 2022).

A pobreza constitui um dos principais determinantes sociais da saúde, influenciando a ocorrência de doenças e a mortalidade. As condições de vida, o acesso a insumos e aos cuidados de saúde e os desfechos clínicos são tão desiguais que configuram realidades distintas de adoecimento. No contexto da pandemia de COVID-19, essas desigualdades mostraram-se ainda mais evidentes, reforçando um ciclo no qual a vulnerabilidade social amplia o risco de adoecimento, que, por sua vez, contribui para a reprodução da pobreza (Matta *et al.*, 2021).

Em 2020, cerca de 2,37 bilhões de indivíduos não tinham uma alimentação adequada, representando um aumento de 320 milhões em relação a 2019. Esse cenário resultou em um aumento significativo do número de pessoas em situação de fome, estimado em 768 milhões em 2020, o que corresponde a um acréscimo de 118 milhões em comparação a 2019. No Brasil, no mesmo ano, aproximadamente 43,4 milhões de pessoas enfrentaram insegurança alimentar moderada ou grave, ou seja, não tiveram acesso a uma quantidade suficiente de alimentos para atender às suas necessidades básicas. Desse total, 19 milhões de pessoas estavam em situação de fome, sofrendo com a falta crônica de alimentos adequados para sua subsistência (Silva-Neto *et al.*, 2023).

A pandemia afetou de maneira mais severa a população que vive em situação de informalidade e reside em áreas precárias. Esses indivíduos enfrentam rendimentos baixos e instáveis, além de não terem acesso a recursos básicos, como água potável, moradia adequada, serviços de saúde privados e benefícios trabalhistas relacionados a contratos formais, como férias remuneradas, salário mínimo, décimo terceiro salário, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), licença-

maternidade, licença médica e seguro-desemprego. Esses trabalhadores enfrentam longas jornadas de trabalho e têm dificuldades para obter financiamento a fim de exercer suas atividades de forma legal e regularizada (Costa, 2020).

O termo “desemprego” é utilizado para descrever a situação em que pessoas em idade ativa não estão empregadas, mas se encontram disponíveis e em busca de trabalho. Esse conceito é mensurado por meio da PNAD Contínua, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE, 2020).

De acordo com dados da PNAD Contínua, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil apresentou variações significativas nas taxas de desemprego desde 2019 até os dias atuais, influenciadas pela pandemia de COVID-19. Antes da pandemia, no último trimestre de 2019, a taxa de desemprego no Brasil estava em torno de 11,1%, afetando cerca de 11,9 milhões de pessoas (IBGE, 2020).

A PNAD Contínua indica que, durante o primeiro semestre de 2020, houve um aumento acentuado na taxa de desemprego em decorrência das medidas de distanciamento social e das restrições impostas para conter a propagação do vírus. No segundo trimestre de 2020, a taxa de desemprego atingiu seu pico, alcançando 14,9%, o que representou aproximadamente 14,8 milhões de pessoas desempregadas (IBGE, 2023).

Ao longo de 2021, de acordo com a PNAD Contínua, a taxa de desemprego apresentou relativa estabilidade, com oscilações, mas mantendo-se elevada. No primeiro trimestre de 2021, a taxa de desemprego atingiu novamente 14,9%. No entanto, no último trimestre do mesmo ano, a taxa recuou para 11,1%, o mesmo patamar observado no último trimestre anterior à pandemia (IBGE, 2023).

Esses impactos sociais intensificaram as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, especialmente para as populações em situação de vulnerabilidade social. A pandemia evidenciou como a distribuição desigual da infraestrutura hospitalar e dos serviços de saúde entre as regiões brasileiras dificultou uma resposta eficiente ao aumento da demanda por cuidados. Regiões com menos recursos e menor cobertura da Atenção Primária à Saúde foram particularmente prejudicadas, resultando em maiores taxas de internações tardias, mortalidade elevada e sobrecarga do sistema público (Santos *et al.*, 2022).

Os chamados determinantes sociais da saúde, tais como renda, escolaridade, cor/raça e tipo de moradia, foram decisivos para definir quem teve mais ou menos acesso aos serviços de saúde e aos cuidados essenciais durante a pandemia.

Pessoas negras, com baixa renda e escolaridade limitada, tiveram menor acesso a testagens, consultas, internações e medicamentos, o que resultou em desfechos clínicos piores. A pandemia escancarou uma realidade já conhecida no país: o direito à saúde não é igualmente garantido a todos, e as desigualdades estruturais colocam determinadas populações em condição de risco ainda maior (Ventura *et al.*, 2024).

Nesse contexto, de acordo com Ribeiro-Silva *et al.* (2020), a insegurança alimentar e nutricional (ISAN) representa um dos principais efeitos da crise social intensificada pela pandemia de COVID-19, impactando diretamente o acesso das famílias, sobretudo as mais pobres, aos serviços de saúde e aos medicamentos. Ainda segundo os autores, essa condição pode gerar, de forma direta ou indireta, diversos prejuízos à saúde e à qualidade de vida, agravando-se especialmente entre os grupos sociais historicamente marginalizados. Esses grupos, por não terem sido plenamente incluídos em processos mais sólidos de integração social, enfrentam maiores dificuldades para serem alcançados por políticas públicas, o que aprofunda as desigualdades no acesso aos direitos básicos, como a saúde e a Assistência Farmacêutica.

Diante do cenário citado acima, no qual se evidencia o agravamento das desigualdades sociais, o aumento do desemprego, da insegurança alimentar e da vulnerabilidade social durante a pandemia, o acesso aos serviços públicos de saúde e aos medicamentos tornou-se ainda mais central para a garantia do direito à saúde. Nesse contexto, a Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde assume papel estratégico, especialmente por meio do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, responsável por garantir o acesso a medicamentos essenciais na Atenção Primária à Saúde.

2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – ESTRUTURA, PRINCÍPIOS E DESAFIOS DE GESTÃO

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 assegura que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas. O artigo 198 estabelece que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, definindo as bases do SUS no Brasil (Brasil, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990) delinea a organização, o funcionamento e o financiamento do SUS, estabelecendo a responsabilidade das esferas de governo na oferta dos serviços de saúde e a participação da comunidade na gestão do sistema (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

O arcabouço federativo do SUS enfrenta desafios importantes, especialmente no equilíbrio de responsabilidades entre as esferas federal, estadual e municipal. Os municípios, muitas vezes com baixo desenvolvimento socioeconômico, assumem grandes responsabilidades na oferta de serviços de saúde, sem o devido suporte financeiro. A descentralização, embora necessária, não foi acompanhada de apoio técnico e orçamentário suficiente. Soma-se a isso a falta de modernização da administração pública, o que limita avanços estruturais. Para garantir um SUS eficaz e equitativo, torna-se necessário revisar e fortalecer essas estruturas (Santos, 2018).

Castro *et al.* (2019) analisam os 30 anos do SUS no Brasil, destacando seus progressos significativos na redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e nos resultados do estado de saúde da população. Apesar dos avanços alcançados, como a ampliação das equipes de saúde da família e a redução da mortalidade infantil, o SUS ainda enfrenta desafios persistentes, especialmente diante das medidas de austeridade. Nesse sentido, os autores alertam para os riscos impostos por políticas governamentais em áreas como saúde, educação e meio ambiente, que podem impactar negativamente o SUS. Ressaltam, ainda, a importância de manter os princípios do sistema, garantir financiamento adequado, promover serviços integrados, desenvolver uma nova governança interfederativa, ampliar os investimentos no setor de saúde e fomentar o diálogo social.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde consolida-se como a principal porta de entrada do SUS e como eixo estruturante para garantir a integralidade do cuidado, além de assumir um papel estratégico na redução das desigualdades em saúde e no fortalecimento do princípio da equidade (Cenedesi Júnior *et al.*, 2024). Ademais, sua estruturação é fundamental para a operacionalização de políticas essenciais, como a Assistência Farmacêutica, assegurando o acesso racional e contínuo aos medicamentos, especialmente em cenários de crise sanitária, como a pandemia de COVID-19. Dessa forma, compreender a APS é indispensável para entender a capacidade de resposta do SUS e a efetivação do direito à saúde no Brasil.

2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): UM PANORAMA GLOBAL, FINANCIAMENTO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Em 1977, a Organização Mundial da Saúde definiu a Atenção Primária à Saúde como uma de suas principais prioridades, com o intuito de promover um nível de saúde que possibilitasse a todas as pessoas viver uma vida social e economicamente produtiva (OMS, 1978).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, consolidou a Atenção Primária à Saúde como estratégia central para ampliar o acesso universal à saúde, destacando a Assistência Farmacêutica como componente essencial desse modelo, especialmente no que se refere ao abastecimento e à garantia da disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis de atenção (OMS, 1978; Marin *et al.*, 2003).

No Brasil, a APS assume uma posição de destaque como modelo central na concretização das políticas públicas, orientando o caminho em direção às conquistas sociais fundamentais para a melhoria da qualidade de vida (Demarzo *et al.*, 2011).

A partir da segunda metade dos anos 1990, o Programa Saúde da Família (PSF) emergiu como o modelo central de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Esse status foi alcançado por meio da implementação de regulamentações e do aporte de recursos financeiros do governo federal, consolidando-se como uma política de saúde de grande relevância durante os anos 2000 (Castro; Machado, 2010).

Nesse contexto, em 1998, foram estabelecidos mecanismos de repasse de recursos e incentivos financeiros federais destinados ao financiamento da Atenção Primária à Saúde, como o Piso de Atenção Básica fixo e variável. Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com revisão subsequente em 2011 (Mendonça *et al.*, 2023).

No que tange ao processo de financiamento, sabe-se que, desde o surgimento do SUS, foram introduzidas mudanças significativas no financiamento da saúde e na configuração das estruturas de prestação de serviços. Essas alterações possibilitaram um aumento contínuo e expressivo na abrangência da APS (Castro *et al.*, 2019).

A transferência de recursos federais para os municípios, juntamente com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), desempenhou um papel fundamental na expansão da APS no Brasil. A ESF não apenas ampliou a disponibilidade de serviços de saúde básicos, mas também contribuiu para a melhoria

dos resultados em saúde, desempenhando papel relevante na redução das disparidades sociais e regionais (Hone *et al.*, 2017).

Apesar dos progressos significativos, a APS no Brasil ainda enfrenta desafios e obstáculos. Estudos indicam que a expansão de sua cobertura ocorreu de forma desigual no país, deparando-se com limitações estruturais do SUS (Andrade *et al.*, 2018).

Além disso, as disparidades entre os municípios brasileiros, dos quais a maioria possui menos de 20.000 habitantes, enquanto uma parcela menor ultrapassa 100.000 habitantes, resultam em variações substanciais na qualidade dos serviços de saúde prestados (Facchini *et al.*, 2018).

No ano de 2019, a APS passou a ocupar posição de destaque na agenda federal, com a criação de uma secretaria específica no Ministério da Saúde dedicada a essa área (Reis *et al.*, 2019). Em 12 de novembro de 2019, foi publicada a Portaria nº 2.979, que instituiu o Programa Previne Brasil. Esse programa estabeleceu um novo modelo de financiamento para o custeio da APS no âmbito do SUS, com recursos constituídos por capitação ponderada (Brasil, 2019).

A partir da implementação do programa, o financiamento da APS passou a incorporar critérios vinculados ao cadastro da população nos municípios, por meio do modelo de capitação ponderada, o que representa uma mudança na lógica de alocação de recursos e pode gerar implicações para a equidade no acesso aos serviços (Brasil, 2019). À época, a proposta buscava otimizar o uso dos recursos; no entanto, seus efeitos demandaram acompanhamento, especialmente quanto ao risco de exclusão de populações não cadastradas e à possível ampliação de desigualdades no acesso à Atenção Primária à Saúde.

No âmbito dos serviços da Atenção Primária à Saúde, destaca-se a Assistência Farmacêutica, que representa um componente fundamental dos serviços de saúde, cujo propósito é garantir a disponibilidade oportuna de medicamentos seguros e de qualidade. Ela desempenha um papel crucial na prevenção de doenças, bem como na promoção da saúde e na recuperação dos pacientes (Coe; Choe, 2017).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2013), a missão dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde é garantir o mais alto nível possível de saúde para a população. Isso é alcançado por meio da oferta de serviços farmacêuticos abrangentes e de alta qualidade, em articulação com a equipe de saúde e com a participação ativa da comunidade. Esses serviços estão integrados

a um sistema de saúde centrado na Atenção Primária à Saúde e visam assegurar o acesso a medicamentos e a outros insumos essenciais, com qualidade, além de promover o uso adequado, incluindo terapias alternativas e complementares.

Após a introdução da Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1998, por meio da Portaria GM nº 3.916, o setor farmacêutico no Brasil passou por importante processo de regulamentação. Essa política tornou-se referência para as atividades relacionadas aos medicamentos no país. Diversos problemas motivaram sua criação, incluindo dificuldades no acesso da população aos medicamentos, questões relacionadas à qualidade dos produtos, uso inadequado, falta de coordenação na Assistência Farmacêutica e desorganização dos serviços farmacêuticos (Brasil, 1998).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) reforça os princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição, delineando não apenas as orientações fundamentais, mas também as prioridades para sua implementação. Além disso, explicita as responsabilidades dos gestores em todas as esferas do SUS, de modo a garantir sua efetivação. A PNM também foi responsável por definir diretrizes e prioridades para as ações governamentais, incluindo a reorientação da Assistência Farmacêutica e a criação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que se consolidou como instrumento estratégico para a organização das listas de medicamentos nos níveis estadual e municipal (Brasil, 1998).

Em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), estabelecendo-se como uma orientação fundamental para a formulação de políticas específicas. Ela foi definida como parte integrante da Política Nacional de Saúde e engloba um conjunto de atividades destinadas a promover, proteger e recuperar a saúde da população. Além disso, a PNAF assegura os princípios fundamentais da saúde pública, incluindo universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços e aos medicamentos necessários (Brasil, 2004).

A Assistência Farmacêutica ainda enfrenta desafios significativos, especialmente em nível municipal. Isso se deve ao fato de que, para proporcionar um atendimento equitativo, é necessário considerar as particularidades locais. Em áreas remotas, a demanda por medicamentos pode ser maior em função da dificuldade de fornecimento regular, e o conjunto de medicamentos demandados tende a variar (Mattos *et al.*, 2019). Além disso, a gestão municipal muitas vezes apresenta uma visão distorcida da Assistência Farmacêutica, com ênfase excessiva na

disponibilidade de medicamentos, enquanto investimentos na garantia de segurança, eficácia, qualidade e na promoção do uso racional são negligenciados (Mattos *et al.*, 2019).

A obrigação do Estado, conforme estabelecido na Constituição, de fornecer medicamentos e garantir a prestação de serviços de saúde por parte das autoridades governamentais impõe um grande ônus à gestão da Assistência Farmacêutica. Isso requer elevada capacidade de formulação de políticas, especialmente considerando que os medicamentos representam uma das principais intervenções em saúde, o que implica demandas financeiras substanciais (Rover *et al.*, 2017).

A Assistência Farmacêutica, especialmente no que se refere ao uso racional de medicamentos e à organização da Atenção Primária à Saúde, apresenta uma problemática complexa e multifacetada (Maximo *et al.*, 2020). Tal cenário evidencia a necessidade de uma abordagem mais abrangente e qualificada no âmbito da gestão. O desafio de garantir o uso adequado de medicamentos vai além da prescrição e da dispensação. A Atenção Primária à Saúde, que deveria representar o ponto de cuidado mais acessível à população, muitas vezes não atende às necessidades reais, o que reforça a urgência de revisar os processos e as políticas que norteiam a Assistência Farmacêutica, com vistas à sua efetividade e integralidade no cuidado.

2.5 FINANCIAMENTO E GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: DESAFIOS ESTRUTURAIS E ESTRATÉGIAS NECESSÁRIAS

Os preceitos das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, aliados à Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, representaram um marco na organização do financiamento do SUS, ao regulamentarem a transferência de recursos federais para estados, municípios e o Distrito Federal por meio da estruturação em blocos de financiamento (Brasil, 2007). Com efeito, a portaria consolidou mecanismos de descentralização, transparência e responsabilização, fortalecendo a gestão compartilhada e a corresponsabilidade entre as três esferas de governo, garantindo maior efetividade e equidade na alocação dos recursos financeiros do sistema de saúde.

O dispositivo normativo definiu que os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passariam a ser organizados em seis blocos: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em

Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Cada bloco foi estruturado em componentes específicos, de modo a assegurar maior clareza sobre a finalidade dos repasses e evitar a fragmentação dos recursos. Essa organização também visou facilitar o monitoramento e o controle da aplicação financeira, fortalecendo os mecanismos de transparência e responsabilização na gestão pública (Brasil, 2007).

Posteriormente, a Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, promoveu uma reestruturação do modelo de financiamento do SUS, ao reduzir os blocos de financiamento para custeio e investimento, conferindo maior flexibilidade na gestão dos recursos pelos entes federativos (Brasil, 2017b).

A descentralização promovida pela Portaria nº 204/2007 estabeleceu que as transferências seriam realizadas fundo a fundo, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais, municipais e distrital, em contas específicas para cada bloco. Essa medida reforçou a autonomia administrativa e financeira dos entes federativos, mas também instituiu a obrigação de comprovação da execução dos recursos por meio de relatórios de gestão submetidos aos Conselhos de Saúde e analisados pelo Ministério da Saúde. Assim, a norma introduziu instrumentos que articulam planejamento, execução, monitoramento e controle, assegurando o alinhamento entre a descentralização financeira e a responsabilidade sanitária (Brasil, 2007; Mendes; Carnut; Guerra, 2018).

Em especial, no campo da Assistência Farmacêutica, a portaria consolidou a divisão em três componentes: Básico, Estratégico e Especializado. Essa classificação foi fundamental para definir responsabilidades específicas de cada esfera de gestão no custeio e no fornecimento de medicamentos e insumos. Enquanto o Componente Básico é cofinanciado pelas três esferas e voltado à Atenção Primária à Saúde, o Componente Estratégico concentra-se em programas nacionais de enfrentamento de doenças de grande relevância epidemiológica, e o Componente Especializado garante o acesso a medicamentos de alto custo e de uso contínuo para condições clínicas específicas. Tal estrutura reforçou a necessidade de planejamento integrado e de pactuações intergestores, de modo a garantir a universalidade e a equidade no acesso aos medicamentos (Brasil, 2007; Oliveira; Bermudez; Osório-De-Castro, 2007).

A oferta de medicamentos na Atenção Primária à Saúde deve abranger todo o escopo assistencial e, no Brasil, concretiza-se predominantemente por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Os itens padronizados,

notadamente os constantes dos Anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), são ofertados gratuitamente nas farmácias públicas e contam com financiamento tripartite, conforme os parâmetros definidos na Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017a; Brasil, 2022).

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é cofinanciado, em regime de responsabilidade solidária, pelas três esferas de gestão, com repasses ao Fundo Municipal de Saúde, conforme valores definidos em norma. A aplicação dos recursos é vinculada aos itens constantes dos Anexos I e IV da RENAME; estados e municípios podem complementar suas listas com itens adicionais, desde que observadas as regras de financiamento e as pactuações vigentes (Brasil, 2017a; Brasil, 2017b; Brasil, 2011b).

A Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, estabeleceu referências para o aporte de cada ente no financiamento do CBAF e definiu, para a União, um valor per capita anual destinado à aquisição de medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME (Brasil, 2017a). Em dezembro de 2019, a normativa foi atualizada para adotar uma estratificação do valor per capita por faixas do IDHM, introduzindo patamares diferenciados conforme o nível de desenvolvimento dos municípios (Brasil, 2019).

O financiamento adequado permanece como um desafio significativo para o SUS e, por extensão, para a Assistência Farmacêutica. O subfinanciamento resulta na redução da disponibilidade de medicamentos e cria obstáculos para a prestação de serviços farmacêuticos. Isso não apenas limita o acesso aos medicamentos, mas também compromete a promoção do uso racional de medicamentos (URM), conforme observado por Celuppi *et al.* (2019).

O SUS no Brasil apresenta-se como um sistema notável, estabelecendo uma atenção à saúde abrangente, que se destaca por sua natureza universal e descentralizada, bem como por seu compromisso com a integralidade do cuidado, rompendo com modelos anteriores ao adotar bases institucionais, gerenciais e assistenciais inovadoras. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde, amplamente expandida, desempenha papel central na ampliação do acesso a cuidados coletivos e individuais, inclusive em áreas remotas. No entanto, restrições financeiras, como a Desvinculação das Receitas da União (DRU) e a Emenda Constitucional nº 95/2016, que limitou o crescimento das despesas governamentais por duas décadas, impõem desafios à sustentabilidade do SUS. Portanto, a gestão eficaz da Assistência

Farmacêutica no SUS deve considerar esses entraves, garantindo que medicamentos essenciais permaneçam acessíveis a toda a população, em consonância com os princípios de equidade e universalidade do sistema de saúde brasileiro (Giovanella *et al.*, 2018).

Considerando a complexa dinâmica da gestão da Assistência Farmacêutica no contexto brasileiro, é fundamental abordar a questão da judicialização, que frequentemente impacta diretamente a provisão de medicamentos, especialmente no âmbito municipal, onde as limitações financeiras tendem a ser mais acentuadas. A responsabilidade solidária entre os entes federativos na provisão de medicamentos torna o tema da judicialização ainda mais relevante e desafiador. Além disso, a qualidade da gestão da Assistência Farmacêutica desempenha papel crucial na prevenção da judicialização, uma vez que uma gestão ineficiente pode contribuir para o aumento das demandas judiciais por medicamentos (Ferreira *et al.*, 2019).

Diversos problemas têm sido identificados na gestão municipal da Assistência Farmacêutica, incluindo a falta de transparência na alocação de recursos, a ausência de orientações técnicas adequadas, interações irregulares com o sistema judiciário e inconsistências nas práticas de dispensação de medicamentos. Tais questões apontam para a necessidade premente de reavaliar o papel desempenhado pelos profissionais farmacêuticos na gestão municipal e considerar a possibilidade de promover mudanças nesse cenário (Ferreira *et al.*, 2019).

2.6 A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NO BRASIL: O PAPEL ESTRATÉGICO DA RENAME NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Organização Mundial da Saúde tem incentivado, desde a década de 1970, a promoção de políticas que visam garantir o acesso a medicamentos. Para isso, recomenda que os países-membros estabeleçam suas próprias listas nacionais de medicamentos essenciais e, adicionalmente, publica regularmente uma lista modelo como referência. No Brasil, esse processo teve início em 1964, com o Decreto nº 53.612, de 26 de dezembro daquele ano. Esse decreto definiu uma lista inicial de produtos biológicos e materiais para uso farmacêutico em humanos e animais, conhecida como “Relação Básica e Prioritária” (Brasil, 2022).

Em 17 de julho de 1975, foi estabelecido o Decreto nº 75.985 pelos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação e Cultura, introduzindo

a primeira Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no Brasil. Esse documento delineou os produtos farmacêuticos prioritários para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças prevalentes na população brasileira. Ficou a cargo da Central de Medicamentos (CEME) realizar estudos para manter a RENAME atualizada, contando com a assistência especializada dos órgãos técnicos dos ministérios da Saúde, da Previdência, da Assistência Social e da Educação e Cultura (Marin, 2003).

Desde então, o Brasil tem dedicado esforços à elaboração e ao aprimoramento de listas de medicamentos essenciais como uma ferramenta fundamental para assegurar o acesso aos serviços de Assistência Farmacêutica e promover o uso racional de medicamentos.

A evolução da abordagem dos Medicamentos Essenciais (ME) no Brasil pode ser compreendida como um reflexo do desenvolvimento da Política Nacional de Medicamentos (PNM). Durante o processo de construção do SUS, o princípio da integralidade passou por transformações. Inicialmente, nas décadas de 1980 e 1990, a integralidade era concebida como a identificação e o atendimento das necessidades de saúde da população. Foi nesse contexto que o conceito de Medicamentos Essenciais, destinados a suprir essas necessidades, começou a ganhar destaque. A PNM de 1998, com sua ênfase na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como um instrumento dinâmico e permanentemente revisado, consolidou a importância dos Medicamentos Essenciais como estratégia para atender às demandas de saúde da população (Bermudez *et al.*, 2018).

A partir de 2011, foram estabelecidos novos regulamentos que enfatizam o princípio da integralidade na seleção de tecnologias em saúde para o SUS. A Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, determinou que o acesso aos medicamentos deve ocorrer com base nas listas estabelecidas pelo órgão federal responsável pelo SUS, com a distribuição sendo pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (Brasil, 2022).

Assim, a RENAME desempenha um papel estratégico nas políticas de saúde, uma vez que relaciona os medicamentos utilizados no âmbito do SUS. Além disso, a RENAME segue as diretrizes estabelecidas na Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021. Essa resolução define a composição da RENAME de acordo com as responsabilidades de financiamento da Assistência Farmacêutica entre os diferentes níveis de governo (União, estados e municípios). Também descreve os

medicamentos disponíveis em todos os níveis de atenção e nas linhas de cuidado do SUS, contribuindo para a transparência das informações relacionadas ao acesso a medicamentos no sistema (Brasil, 2022).

A atualização contínua da RENAME, como instrumento que promove o uso apropriado de medicamentos e orienta o financiamento e o acesso na Assistência Farmacêutica, representa um desafio relevante para os gestores do SUS. Isso ocorre em função da complexidade das necessidades de saúde da população, da velocidade das inovações tecnológicas e das diferentes formas de organização e financiamento do sistema de saúde (Brasil, 2022).

Os estados e municípios possuem autonomia política e administrativa, o que lhes permite adaptar suas respectivas listas de medicamentos essenciais aos diferentes cenários epidemiológicos locais, de modo a atender melhor às necessidades de cada comunidade. Essa descentralização pode, por vezes, gerar confusão na sociedade, uma vez que listas como a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e a Relação Estadual de Medicamentos (RESME) podem variar entre as regiões, resultando em diferentes expectativas quanto aos medicamentos disponíveis nos serviços de saúde (Vieira, 2010).

2.7 DESAFIOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

O Sistema Único de Saúde (SUS) desempenhou um papel crucial no combate à pandemia, desde a vigilância epidemiológica até o tratamento de casos graves em unidades de terapia intensiva (Avelar *et al.*, 2021). No entanto, a pandemia evidenciou fragilidades relacionadas à força de trabalho: apesar do aumento no número de profissionais desde a implementação do sistema, a distribuição inadequada entre as diferentes regiões resulta em escassez de especialistas, dificultando o acesso a serviços de qualidade (Massuda *et al.*, 2021).

A fragilidade da governança foi evidenciada nos níveis nacional, estadual e municipal. Isso ocorreu, em parte, devido à conjuntura política prolongada, que dificultou a construção de um consenso mínimo para lidar com os problemas sanitários e comprometeu a capacidade de resposta rápida, prejudicando a tomada de decisões unificadas e a implementação de medidas coordenadas (Massuda *et al.*, 2021).

A ausência de coordenação nacional efetiva e de uma estratégia unificada levou os governos estaduais a assumirem maior protagonismo na condução das medidas. Como resultado, observaram-se respostas distintas entre os estados, com políticas de distanciamento social variadas, refletindo diferentes capacidades técnicas e decisões políticas locais (Pereira; Oliveira; Sampaio, 2020). Nesse sentido, fortalecer a governança e a colaboração entre os níveis de governo é fundamental para garantir uma resposta eficaz diante de crises sanitárias (Massuda *et al.*, 2021).

Essa heterogeneidade na resposta à pandemia também foi evidenciada por estudos que analisaram a dinâmica de disseminação da COVID-19 no Brasil. Segundo Castro *et al.* (2021), a evolução da pandemia no país não pode ser explicada por uma única narrativa, mas por falhas na implementação de respostas rápidas, coordenadas e equitativas, em um contexto marcado por profundas desigualdades regionais. Os autores destacam que a ausência de uma estratégia nacional articulada resultou em respostas locais heterogêneas, frequentemente influenciadas por fatores políticos, o que comprometeu a efetividade das medidas de controle.

Além disso, o estudo evidencia que desigualdades estruturais na distribuição de recursos de saúde, como leitos hospitalares e profissionais, contribuíram para impactos desproporcionais entre as regiões brasileiras. Estados com menor capacidade instalada, especialmente na região Norte, enfrentaram maior pressão sobre os serviços de saúde, o que resultou em maiores taxas de mortalidade e dificuldades no enfrentamento da pandemia.

Nesse sentido, tais achados reforçam que o financiamento, embora essencial, não é suficiente para garantir respostas equitativas em saúde, sendo necessária a articulação federativa e a adequada distribuição da infraestrutura e dos recursos. Essa discussão é fundamental para compreender as desigualdades observadas na execução e nos efeitos das políticas públicas, incluindo o financiamento da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

Ademais, Massuda *et al.* (2021) ressaltam o subfinanciamento público como um problema estrutural. O Brasil se destaca como o único país com sistema universal em que os gastos privados (58%) superam os públicos. Além disso, desde 2015, restrições fiscais têm comprometido os recursos federais destinados à saúde, impactando a capacidade de ampliar o acesso e de suprir as demandas crescentes.

Observa-se, portanto, uma relação de impacto mútuo: enquanto o enfraquecimento do sistema representa uma barreira à resposta à crise, a própria

pandemia agravou as dificuldades enfrentadas pelo SUS. Isso gera consequências duradouras que afetam o sistema em médio e longo prazos, incluindo a sobrecarga dos serviços e a perda de profissionais (Souza, 2020).

Por fim, a falta de produtos básicos foi uma das principais fragilidades. Parte da escassez é atribuída à dependência tecnológica nacional, mas também resulta de problemas na gestão de compras, na coordenação de aquisições conjuntas e na manutenção de estoques de segurança. Esses desafios destacam a necessidade de fortalecer a capacidade nacional de produção de produtos estratégicos e de aprimorar a gestão das compras públicas (Massuda *et al.*, 2021).

Nesse cenário, a pandemia também evidenciou a vulnerabilidade sanitária e econômica relacionada ao acesso a insumos médicos. O risco de escassez desses insumos ou do aumento de seus preços, em decorrência da demanda crescente e das medidas protecionistas adotadas por países detentores das tecnologias relacionadas à COVID-19, tem impactos significativos na saúde. Isso se reflete tanto na possibilidade de desabastecimento de medicamentos quanto no crescente déficit na balança comercial (Fernandes; Gadelha; Maldonado, 2021).

A escassez de medicamentos representa um desafio crítico para a saúde pública, com impactos significativos, como a interrupção de tratamentos indispensáveis, o aumento dos custos hospitalares e a sobrecarga de sistemas de saúde já fragilizados. Esse cenário decorre, principalmente, da combinação entre oferta limitada e demanda elevada, configurando-se como um importante obstáculo ao acesso a medicamentos e à garantia do direito à saúde (Chaves *et al.*, 2020).

Durante a pandemia, o Brasil enfrentou um cenário crítico de desabastecimento de medicamentos essenciais ao manejo terapêutico de pacientes em estado grave, especialmente aqueles internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), acometidos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). A elevada demanda por sedativos, bloqueadores neuromusculares, anticoagulantes, corticoides e medicamentos para suporte hemodinâmico expôs fragilidades estruturais da Assistência Farmacêutica, como a ausência de uma base produtiva sólida para insumos farmacêuticos ativos (IFA) e a dependência do mercado internacional. Essas deficiências comprometeram a autonomia do SUS (Buss *et al.*, 2016; Fernandes; Gadelha; Maldonado, 2021; Global Trade Alert, 2020).

Além disso, a fragilidade regulatória do modelo brasileiro de precificação de medicamentos limitou a capacidade dos gestores públicos de adquirir medicamentos

com agilidade e transparência, especialmente em situações emergenciais. A ausência de dados confiáveis no Painel de Preços e a escassez de parâmetros oficiais de custo para medicamentos importados, autorizados em caráter excepcional pela RDC nº 483/2021, comprometeram a tomada de decisão, submetendo os gestores ao risco de responsabilização legal e dificultando o combate ao sobrepreço (Dias; Santos; Pinto, 2019; Brasil, 2021b).

O Brasil, mesmo ocupando a sétima posição em capacidade de produção no setor farmacêutico em escala global, ainda depende da importação de aproximadamente 90% das matérias-primas necessárias para a fabricação de medicamentos. Os dados revelam um aumento considerável de interrupções na produção ou na importação desses medicamentos, passando de menos de 500 casos, em 2020, para mais de 1.500, em 2021 (OMS, 2023).

De acordo com Castro (2021), a combinação entre o aumento expressivo da demanda e a escassez de insumos no mercado resultou em elevações significativas nos preços de medicamentos utilizados no tratamento de pacientes com COVID-19 em unidades de terapia intensiva. No contexto nacional, observou-se uma elevação média de aproximadamente 650% nos valores desses medicamentos durante o período pandêmico, chegando a até 1.000% no caso específico de relaxantes musculares, anestésicos e sedativos empregados em procedimentos de intubação orotraqueal.

A gestão de medicamentos deve ser conduzida de maneira estratégica e consciente, a fim de evitar situações de escassez de equipamentos de proteção individual e o desabastecimento de fármacos. Em 2020, a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar divulgou os resultados de um levantamento realizado com 731 farmacêuticos, os quais relataram os inúmeros desafios enfrentados na gestão e reposição de medicamentos no contexto pandêmico. Segundo os dados, 87% dos profissionais indicaram a ocorrência de problemas relacionados ao abastecimento. As classes terapêuticas mais afetadas foram, em ordem de gravidade, os medicamentos utilizados para sedação, seguidos pelos bloqueadores neuromusculares e pelos analgésicos (SBRAFH, 2020).

No que se refere à logística de suprimentos em nível nacional, até o mês de agosto de 2020, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH) indicaram, por meio de estudos, que aproximadamente 21 tipos de medicamentos comumente utilizados em

Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), para o tratamento de pacientes com COVID-19, estavam em situação de escassez no Brasil. Paralelamente, a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHF) destacou que, mesmo diante do cenário de desabastecimento e da crise sanitária global, os preços de medicamentos sedativos apresentaram aumento expressivo, alcançando um reajuste de 287,4% no período analisado (Silva *et al.*, 2021).

Diante desse cenário de escassez e instabilidade no fornecimento, os serviços farmacêuticos precisaram ser reorganizados para atender às novas exigências impostas pela crise sanitária. A atuação dos farmacêuticos exigiu não apenas estratégias para minimizar os efeitos do desabastecimento, mas também o fortalecimento de práticas como a revisão de tecnologias em saúde e a intensificação das ações de farmacovigilância. Essas medidas foram fundamentais para garantir a segurança do paciente, a continuidade das atividades assistenciais e o suporte às equipes médicas no enfrentamento da pandemia (Silva; Trevisan, 2021).

Outro ponto importante a destacar é que, em resposta à necessidade urgente de salvar vidas e evitar o sobrecarregamento do sistema de saúde, a partir de janeiro de 2021, uma parcela da população brasileira começou a ser imunizada contra a COVID-19, por meio da implementação do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação (Souza *et al.*, 2021b).

O Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 estabeleceu, inicialmente, como prioridade os seguintes grupos: pessoas com comorbidades, síndrome de Down, idade acima de 60 anos e indivíduos com imunossupressão, devido ao risco aumentado de complicações e morte nessa parcela da população (Silva *et al.*, 2023a).

Apesar das evidências científicas favoráveis à eficácia e à segurança das vacinas, a disseminação de informações falsas, conhecidas como “fake news”, tornou-se um sério desafio para a adesão da população a esse importante recurso de imunização. Com a ampla utilização da internet como meio de divulgação, essas notícias inverídicas propagam-se rapidamente, desempenhando papel significativo na disseminação de desinformação na sociedade. É preocupante que as “fake news” tenham se tornado um grave problema de saúde pública, impactando negativamente a confiança da população nas vacinas e comprometendo os esforços de combate à doença (Silva *et al.*, 2023a).

De acordo com Castro-Nunes *et al.* (2023), a desigualdade na distribuição e na aplicação das vacinas contra a COVID-19 foi significativa. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram maior acesso, enquanto as regiões Norte e Nordeste registraram menor cobertura vacinal, agravando as disparidades no acesso às vacinas.

Além das fragilidades expostas anteriormente, a carência de informações claras e adequadas impacta de forma mais significativa os grupos considerados vulneráveis. Conforme destacam Oliveira e Andrade (2023), a comunicação eficaz e o acesso facilitado à informação são fatores essenciais para o aumento da adesão vacinal entre essas populações. Nesse sentido, a responsabilidade pela oferta de dados precisos recai sobre os profissionais de saúde, os quais devem pautar-se em evidências científicas atualizadas e evitar a disseminação de informações incorretas que possam comprometer a confiança da população nos programas de imunização.

A participação dos farmacêuticos nos processos de imunização configura-se como um elemento estratégico para a ampliação da cobertura vacinal. Esses profissionais exercem múltiplas funções no contexto da vacinação, incluindo ações de educação em saúde, administração de imunobiológicos e orientação individualizada sobre esquemas vacinais, contribuindo diretamente para o fortalecimento das práticas de imunização (Sales *et al.*, 2021).

O impacto positivo da atuação farmacêutica nas estratégias de saúde pública tem sido evidenciado por diversas pesquisas. O estudo de Barbosa *et al.* (2021), por exemplo, demonstrou que a participação ativa dos farmacêuticos nas campanhas de imunização durante a pandemia de COVID-19 contribuiu significativamente para a eficácia dos planos vacinais. A investigação apontou que a oferta de vacinas em farmácias, aliada ao aconselhamento direto prestado por esses profissionais, foi determinante para o aumento da aceitação da vacina, especialmente entre indivíduos que inicialmente apresentavam hesitação vacinal.

Os farmacêuticos constituem uma importante linha de frente no enfrentamento à desinformação. A atuação desses profissionais transcende a mera dispensação de medicamentos, abrangendo também ações de educação em saúde. Ao oferecer orientações precisas e fundamentadas em evidências científicas, os farmacêuticos contribuem significativamente para a desconstrução de mitos e o combate à propagação de notícias falsas, promovendo, assim, a restauração da confiança da população nos imunobiológicos (Araújo; Delcorso, 2020).

Apesar desses desafios, é encorajador observar que esforços significativos têm sido realizados para controlar a propagação do vírus por meio da vacinação. Até Abril de 2026, mais de meio bilhão de doses de vacina foram administradas em todo o país (Brasil, 2024).

Ressalta-se, ainda, que, com a pandemia de COVID-19, observou-se um aumento expressivo na demanda por atendimentos no sistema de saúde brasileiro, o que agravou fragilidades estruturais preexistentes e resultou em um cenário crítico de sobrecarga e dificuldade de acesso aos serviços. Paralelamente, intensificou-se a procura por estratégias de prevenção à infecção pelo coronavírus, muitas vezes baseadas no uso indiscriminado de medicamentos sem comprovação científica de eficácia e sem prescrição médica. Esse comportamento foi impulsionado, entre outros fatores, por sentimentos de medo, ansiedade e por diversas manifestações psicossociais desencadeadas pela crise sanitária (Souza *et al.*, 2021a).

Durante a pandemia de COVID-19, observou-se, no Brasil, um padrão de consumo medicamentoso que despertou preocupação, especialmente em relação ao chamado “kit-Covid”. Esse conjunto incluía a utilização de medicamentos como hidroxicloroquina ou cloroquina, azitromicina, ivermectina e nitazoxanida, além de suplementos como zinco e vitaminas C e D, todos empregados sem respaldo científico consistente para o tratamento ou a prevenção da doença. A utilização off label desses fármacos foi amplamente difundida e ganhou legitimidade social devido à intensa promoção por profissionais de saúde, autoridades governamentais e por meio de plataformas digitais, além de sites oficiais de Secretarias de Saúde, do Ministério da Saúde e do Governo Federal (Melo *et al.*, 2021).

Para ilustrar a gravidade da problemática, durante a pandemia, os antibióticos foram amplamente utilizados, apesar de sua indicação ser restrita ao tratamento de infecções de origem bacteriana. No entanto, o uso indiscriminado e inadequado desses fármacos contribui significativamente para o aumento dos casos de resistência bacteriana, um fenômeno que compromete a eficácia terapêutica e eleva o risco de mortalidade associada a infecções resistentes (Gomes; Silva; Batalha, 2021).

Durante a pandemia de COVID-19, o farmacêutico assumiu um papel ainda mais relevante nas orientações aos pacientes. Embora não existissem medicamentos comprovadamente eficazes para o tratamento específico da doença, era comum a indicação de fármacos com a finalidade de aliviar sintomas e reduzir o desconforto provocado pela infecção. Nesse contexto, o suporte fornecido pelo profissional

farmacêutico envolveu orientações quanto à posologia, aos possíveis efeitos adversos, aos riscos da automedicação inadequada, bem como às interações medicamentosas e às suas potenciais consequências (Dill *et al.*, 2021).

No contexto da pandemia de COVID-19, houve intensificação das práticas farmacêuticas com o propósito de minimizar os índices de automedicação e promover o uso racional de medicamentos. Entre as estratégias adotadas, destacam-se as ações de educação em saúde voltadas à população, o fortalecimento da fiscalização sobre a comercialização e o uso de insumos e fármacos, bem como o acompanhamento contínuo dos pacientes. Tais práticas integram o escopo da atenção farmacêutica e foram implementadas com o intuito de reduzir os riscos associados ao uso inadequado de medicamentos, promovendo maior segurança terapêutica (Correia; Soares; Moura, 2022).

Dentro do contexto apresentado, observa-se que a Assistência Farmacêutica é um instrumento de políticas públicas que materializa o acesso à saúde e a garantia de direitos. Assim, o investimento nessa política é essencial para assegurar o acesso equitativo a medicamentos e para ampliar a capacidade de resposta do sistema de saúde em contextos de crise sanitária (Aquino *et al.*, 2020; Komatsu; Filho, 2020; Massuda *et al.*, 2021; Matta *et al.*, 2021). Dessa forma, o fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica no Brasil corrobora o fortalecimento do SUS e contribui para o alcance de metas globais, como a Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas (ONU, 2022; Silva *et al.*, 2023b).

Em 2020, o mundo perdeu avanços no alcance das metas relacionadas aos ODS, pois a pandemia de COVID-19 gerou não apenas uma emergência de saúde global, mas também uma crise de desenvolvimento sustentável. Para restaurar o progresso dos ODS, os países em desenvolvimento necessitam de ampliação do espaço fiscal, por meio de reformas tributárias e da expansão do financiamento. Os gastos públicos devem apoiar seis transformações principais: educação de qualidade para todos, cobertura universal de saúde, energia e indústria limpas, agricultura e uso da terra sustentáveis, infraestrutura urbana sustentável e acesso universal a tecnologias digitais (Sachs *et al.*, 2021). Nesse sentido, o fortalecimento da Assistência Farmacêutica torna-se estratégico para ampliar o acesso a medicamentos essenciais e contribuir para a construção de sistemas de saúde mais resilientes, alinhados às metas da Agenda 2030 e aos esforços globais de promoção da saúde e redução das desigualdades (ONU, 2022; Silva *et al.*, 2023b).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a evolução e a distribuição territorial do financiamento federal destinado ao componente da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, com ênfase no período da pandemia de COVID-19.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Descrever a evolução temporal dos repasses fundo a fundo ao componente da Assistência Farmacêutica no Brasil, no período de 2018 a 2024;

b) Analisar as desigualdades territoriais do financiamento per capita da Assistência Farmacêutica no SUS, considerando os períodos pré-pandemia, pandemia e pós-crise sanitária;

c) Descrever os repasses federais extraordinários vinculados à COVID-19 destinados à Assistência Farmacêutica no SUS em todo o território brasileiro

d) Interpretar os principais achados quanto às possíveis implicações para a Política de Assistência Farmacêutica e para o papel do Estado na garantia do acesso à Assistência Farmacêutica no SUS.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo ecológico com dados de financiamento federal destinados à Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, com recorte temporal compreendido entre os anos de 2018 e 2024, permitindo a análise da distribuição dos recursos nos períodos pré-pandemia, durante a pandemia de COVID-19 e no período pós-crise sanitária.

O estudo ecológico tem como unidade de análise agregados populacionais, como regiões, estados ou municípios. Esse tipo de abordagem é particularmente útil quando se busca avaliar associações entre variáveis contextuais e indicadores de saúde em nível coletivo. As informações analisadas referem-se a grupos de pessoas e são apresentadas de forma agregada, sem identificação individual. Nesse contexto, a área geográfica assume o papel de unidade de análise, permitindo a comparação de dados entre diferentes localidades ao longo do tempo e do espaço (Merchán-Hamann; Tauil, 2021). Trata-se, portanto, de uma abordagem especialmente adequada para a análise de desigualdades territoriais no financiamento público da saúde e para a avaliação dos impactos da pandemia de COVID-19 na alocação de recursos da Assistência Farmacêutica.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado a partir de dados secundários referentes aos repasses fundo a fundo contidos no “InvestSUS Painéis”. Trata-se de uma plataforma interativa, pública e atualizada periodicamente pelo Fundo Nacional de Saúde, do Governo Federal, que permite o acesso a informações sobre os repasses financeiros federais destinados ao SUS (Brasil, 2025a). O painel contempla diversas modalidades de financiamento federal para a saúde, sendo utilizado, neste estudo, o conjunto de dados sobre os repasses destinados à Assistência Farmacêutica em todo o território brasileiro e nas regiões do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), no período de 2018 a 2024.

A escolha desse cenário justifica-se por permitir uma visão abrangente dos repasses federais e refletir o modelo de transferência de recursos da União no contexto do financiamento descentralizado do Sistema Único de Saúde.

4.3 POPULAÇÃO AMOSTRAL

A amostra do estudo foi composta por todos os repasses financeiros federais (em reais), realizados fundo a fundo, destinados à Assistência Farmacêutica no SUS, em todas as regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), no período de 2018 a 2024.

Esse período foi considerado para o acompanhamento dos repasses nos seguintes recortes temporais: período pré-pandemia (2018–2019), período da pandemia de COVID-19 (2020–2022) e período posterior à declaração de encerramento da emergência sanitária decorrente da COVID-19 (2023–2024).

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo todos os repasses fundo a fundo destinados aos estados brasileiros e ao Distrito Federal, considerando a soma dos repasses da União para estados e municípios voltados ao Componente da Assistência Farmacêutica no SUS, durante o período de 2018 a 2024.

Também foram considerados os repasses fundo a fundo para o Componente da Assistência Farmacêutica no SUS oriundos da Portaria GM/MS nº 3.617, de 22 de dezembro de 2021, que autorizou a transferência de recursos fundo a fundo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o custeio de ações voltadas à mitigação dos impactos da pandemia sobre o abastecimento de medicamentos e a estrutura das farmácias públicas do SUS (Brasil, 2021a).

4.3.2 Critério de Exclusão

Foram utilizados todos os registros disponíveis no sistema, não havendo critérios de exclusão, uma vez que a análise contemplou a totalidade dos registros referentes aos repasses fundo a fundo que atenderam aos critérios de inclusão do estudo. Como a plataforma InvestSUS consolida dados oficiais já auditados pelo

Fundo Nacional de Saúde, não foram identificados registros inconsistentes ou duplicados que justificassem o descarte de informações. Desse modo, todos os valores liquidados e pagos no período de 2018 a 2024 foram mantidos, a fim de garantir que a análise das desigualdades regionais e das flutuações orçamentárias não sofresse vieses de seleção.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de setembro de 2025, por meio do acesso aos painéis de informações do Fundo Nacional de Saúde, disponíveis na plataforma InvestSUS Painéis (Brasil, 2025a). Foram coletados dados referentes a todas as unidades da Federação brasileira, abrangendo os 26 estados e o Distrito Federal. Para fins analíticos, os estados foram agrupados conforme suas respectivas macrorregiões geográficas: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

Durante a coleta, foram considerados todos os repasses fundo a fundo, utilizando os seguintes filtros: ano (2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024), unidade federativa e componente da Assistência Farmacêutica.

Os dados obtidos também foram analisados considerando o tipo de bloco, sendo classificados em: bloco de custeio (manutenção das ações e serviços públicos de saúde) e bloco de investimento (estruturação da rede de serviços públicos de saúde), além do tipo de repasse (recurso COVID-19 ou regular).

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram consideradas como variáveis dependentes (desfecho) do estudo os valores dos repasses federais destinados à Assistência Farmacêutica, expressos em valores absolutos (reais) e em valores per capita.

As variáveis explicativas incluíram o período de análise, categorizado em pré-pandemia (2018–2019), pandemia de COVID-19 (2020–2022) e pós-pandemia (2023–2024); a região geográfica do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul); o tipo de repasse relacionado à COVID-19 (sim ou não); e o bloco da despesa, classificado em custeio ou investimento.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando o software Microsoft Excel®, versão 1808 (Microsoft Corporation, Redmond, WA, EUA). Os valores dos repasses fundo a fundo foram agregados por região geográfica, a partir da soma dos repasses mensais destinados a cada estado pertencente à respectiva região.

Posteriormente, foi realizado o cálculo do repasse em reais por habitante, por meio da seguinte fórmula:

$$\text{Repassse per capita} = \frac{\text{Valor total do repasse para Assistência Farmacêutica no ano}}{\text{População residente no ano}}$$

Para esse cálculo, foi utilizada a projeção da população das unidades da Federação por sexo, idade simples ou faixa etária, referente ao período de 2000 a 2070 (edição 2024), conforme base oficial disponibilizada pelo DATASUS:

Tabela 1 – Projeção da população das unidades da federação por sexo, idade simples ou faixa etária (2000–2070, edição 2024).

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
2018	17.783.329	55.987.936	86.949.467	29.807.638	16.000.668	206.529.038
2019	17.970.930	56.272.587	87.386.818	30.066.296	16.203.468	207.900.099
2020	18.137.222	56.524.887	87.778.972	30.323.248	16.400.560	209.164.889
2021	18.272.491	56.713.897	88.016.928	30.529.735	16.570.591	210.103.642
2022	18.403.491	56.848.401	88.178.052	30.704.015	16.729.024	210.862.983
2023	18.535.113	56.970.423	88.387.852	30.903.366	16.898.404	211.695.158
2024	18.669.345	57.112.096	88.617.693	31.113.021	17.071.595	212.583.750

Fonte: DATASUS (2024).

A distribuição dos valores per capita foi avaliada por meio do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, o qual indicou distribuição não normal. Diante disso, optou-se pela utilização de medidas de tendência central baseadas na mediana, como forma de representar adequadamente os valores observados.

Os dados foram analisados a partir da construção de blocos temporais. O primeiro bloco (2018–2019) correspondeu ao período pré-pandemia, sendo utilizado como linha de base dos repasses regulares da Assistência Farmacêutica. O ano de

2020 foi considerado um período de transição, por representar o início da pandemia de COVID-19, ainda sem a institucionalização de repasses extraordinários específicos para a Assistência Farmacêutica.

O terceiro bloco (2021–2022) correspondeu ao período pandêmico, considerando que os repasses emergenciais à Assistência Farmacêutica foram formalmente instituídos ao final de 2021, por meio da Portaria GM/MS nº 3.617, de 22 de dezembro de 2021. Tendo em vista que a execução orçamentária decorrente dessa normativa se estendeu ao longo do exercício de 2022, os dois anos foram analisados de forma conjunta, de modo a representar integralmente o período de vigência dos repasses emergenciais relacionados à COVID-19.

O último bloco compreendeu os anos de 2023 e 2024, correspondendo ao período posterior à declaração de encerramento da emergência sanitária decorrente da COVID-19, denominado, neste estudo, período pós-pandemia ou pós-crise sanitária, caracterizado pela retomada dos repasses regulares e pela reconfiguração das políticas de financiamento da Assistência Farmacêutica no contexto de recomposição orçamentária do Sistema Único de Saúde.

Os dados também foram interpretados à luz das implicações para as políticas públicas e do papel do Estado na garantia do direito à saúde.

4.7 DECLARAÇÃO DO USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Para atendimento às diretrizes de transparência científica, declara-se que durante a realização desta pesquisa foram utilizadas ferramentas de Inteligência Artificial generativa (IA). Foi utilizado o Chat (OpenAI) como ferramenta auxiliar em etapas específicas, como ajustes gramaticais e organização argumentativa, sempre com supervisão humana. Ressalta-se que tal ferramenta foi empregada exclusivamente como instrumentos de apoio, sendo todas as informações, interpretações e produtos finais submetidos à análise crítica, validação e responsabilidade integral dos pesquisadores envolvidos. O uso da IA foi declarado de forma transparente, em conformidade com as diretrizes de integridade científica estabelecidas pela Portaria CNPq nº 2.664 de 6 de maio de 2026.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo utiliza exclusivamente dados secundários, de domínio público e de acesso irrestrito, disponibilizados por meio do portal InvestSUS, não envolvendo a coleta de dados primários, informações pessoais ou qualquer forma de identificação de indivíduos. Dessa forma, não há riscos éticos relacionados à privacidade, à confidencialidade ou à exposição de sujeitos de pesquisa.

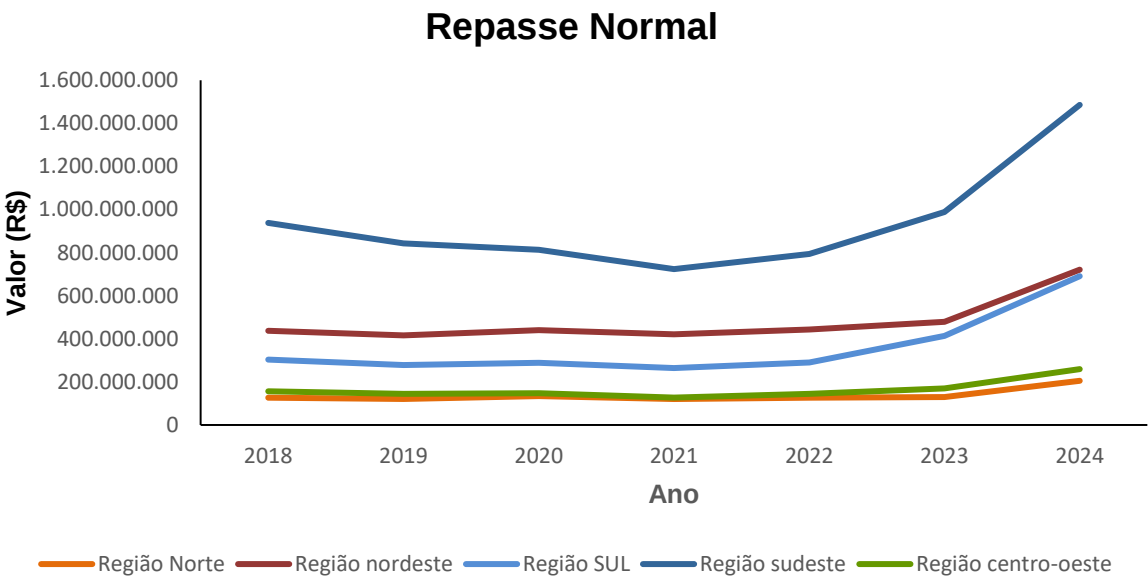
O estudo está em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012). Considerando a natureza dos dados utilizados, a pesquisa encontra-se dispensada de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a legislação vigente aplicável a estudos que utilizam exclusivamente dados secundários de acesso público.

5 RESULTADOS

O investimento realizado no componente da Assistência Farmacêutica no SUS, no território brasileiro, está apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Evolução dos recursos federais (a) e dos valores brutos, em reais (b), destinados à Assistência Farmacêutica no SUS, no período de 2018 a 2024, em todo o território brasileiro.

(a)



(b)

Ano	REGIÃO					Total (R\$)
	Norte (R\$)	Nordeste (R\$)	Sul (R\$)	Sudeste (R\$)	Centro-Oeste (R\$)	
2018	126.720.262,72	437.801.667,28	302.813.831,15	937.519.131,50	155.919.498,05	1.960.774.390,70
2019	121.100.979,91	415.955.960,49	278.195.259,96	842.671.223,60	144.313.591,04	1.802.237.015,00
2020	133.608.494,15	440.346.136,79	287.967.279,39	812.426.371,86	147.418.923,61	1.821.767.205,80
2021	120.571.285,44	420.825.194,70	264.216.823,27	723.527.585,29	127.207.763,73	1.656.348.652,43
2022	126.149.292,30	442.474.929,08	289.488.719,84	793.728.508,58	144.440.718,04	1.796.282.167,84
2023	129.300.268,83	478.867.402,47	413.456.336,66	987.914.442,41	169.447.273,17	2.178.985.723,54
2024	205.035.901,91	720.856.622,91	690.712.407,49	1.485.644.521,51	259.302.183,26	3.361.551.637,08

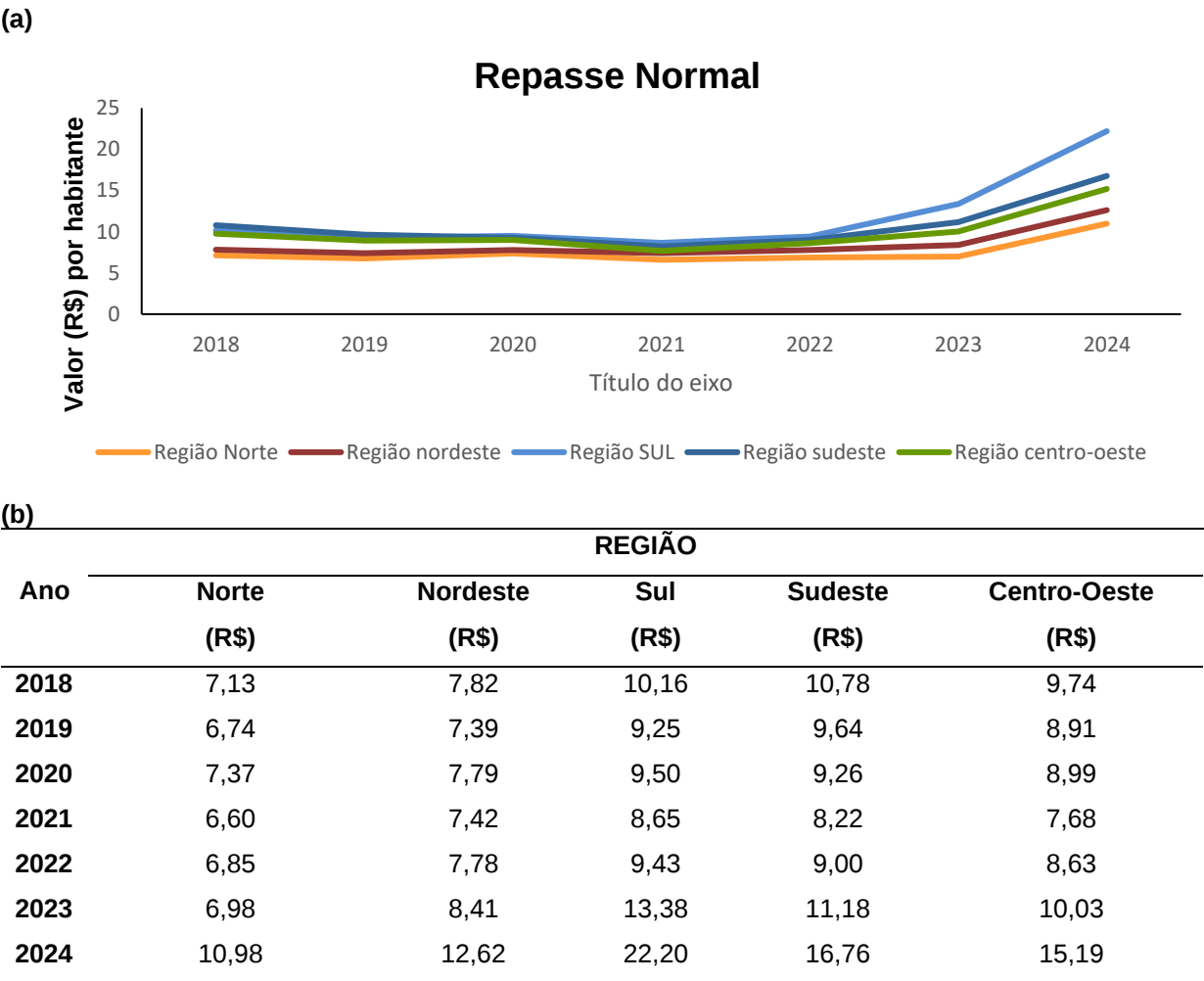
Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Observou-se que todas as regiões registraram maiores investimentos no componente da Assistência Farmacêutica no SUS no ano de 2024. No território brasileiro, em 2018, foi investido um total de R\$ 1.960.774.390,70, enquanto em 2024

foi registrado o montante de R\$ 3.361.551.637,08, evidenciando um avanço no financiamento das políticas voltadas à Assistência Farmacêutica (Figura 1).

Em relação à distribuição regional dos investimentos, ao longo de todo o período analisado, a região Sudeste apresentou os maiores valores destinados à Assistência Farmacêutica, seguida pela região Nordeste. Por outro lado, as regiões Norte e Centro-Oeste registraram os menores volumes de investimento (Figura 1). No entanto, resultados distintos foram observados na análise do financiamento per capita da Assistência Farmacêutica, considerando os repasses regulares no período de 2018 a 2024 (Figura 2).

Figura 2 – Evolução do financiamento per capita do componente da Assistência Farmacêutica nas regiões brasileiras, no período de 2018 a 2024.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Embora o montante absoluto revele a magnitude da alocação orçamentária federal, a análise isolada dos valores brutos tende a ocultar disparidades importantes,

uma vez que o maior volume de recursos nas regiões Sudeste e Nordeste está intrinsecamente atrelado à concentração populacional desses territórios. Para uma compreensão fidedigna da equidade na distribuição desses ativos, faz-se necessário relativizar o investimento em relação ao contingente populacional de cada região. Ao deslocarmos o olhar do volume total para a capacidade de cobertura individual, nota-se que a hierarquia regional se altera profundamente, revelando que o maior investimento global nem sempre se traduz na maior proteção financeira por habitante, conforme demonstrado na análise do financiamento per capita (Figura 2).

Ao considerar o valor do investimento per capita por região, observou-se uma mudança no cenário. No ano de 2024, as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram os maiores índices de financiamento, com valores de R\$ 22,20, R\$ 16,76 e R\$ 15,19 por habitante, respectivamente. Em contrapartida, as regiões Norte (R\$ 10,98) e Nordeste (R\$ 12,62) registraram os menores aportes, evidenciando que o investimento por habitante na região Sul chega a ser aproximadamente o dobro do destinado à região Norte, revelando uma profunda assimetria na distribuição dos recursos regulares da Assistência Farmacêutica (Figura 2).

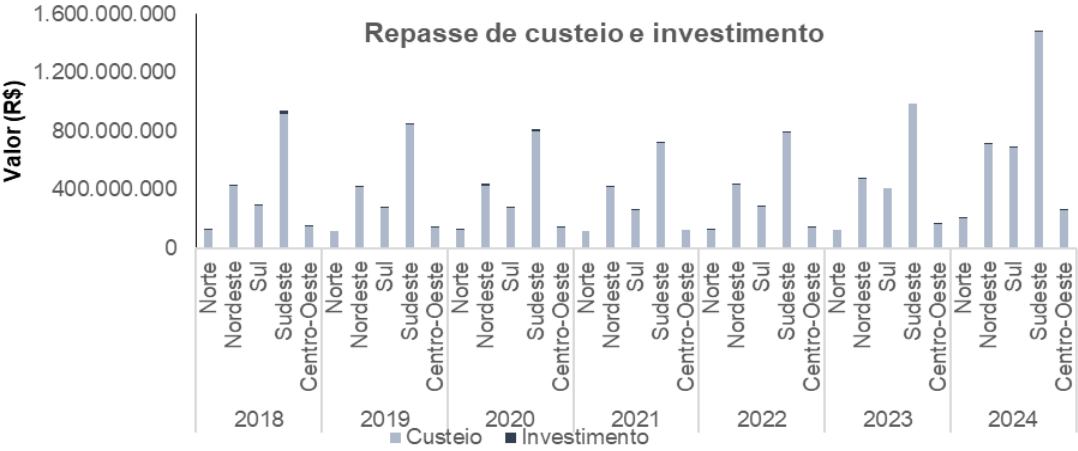
Os repasses regulares fundo a fundo da Assistência Farmacêutica contemplaram recursos destinados tanto à manutenção das ações e dos serviços públicos de saúde (custeio) quanto à estruturação da rede (investimento). Ao longo do período analisado, observa-se a predominância expressiva dos repasses de custeio em contraste com a baixa e irregular destinação de recursos para investimento, o que evidencia limitações na estruturação física e tecnológica da rede (Figura 3).

A maior concentração de investimentos foi verificada no ano de 2018, na região Sudeste (R\$ 18.112.241,24). Contudo, a série histórica revela um comportamento errático desses aportes: em 2019, a região Norte não registrou repasses para investimento, cenário que se repetiu em 2021 (Norte e Centro-Oeste) e em 2023 (Norte, Sul e Sudeste).

Adicionalmente, nota-se que, enquanto os valores de custeio mantiveram uma trajetória de estabilidade com crescimentos graduais, os recursos de investimento apresentaram acentuada oscilação temporal. Mesmo em 2024, ano de maior aporte financeiro da série, o padrão de subfinanciamento da infraestrutura persistiu, com os investimentos representando uma parcela reduzida e desproporcional frente ao montante total transferido para as regiões.

Figura 3 – Distribuição dos repasses fundo a fundo para custeio e investimento da Assistência Farmacêutica (recursos normais) nas regiões do Brasil, no período de 2018 a 2024.

(a)



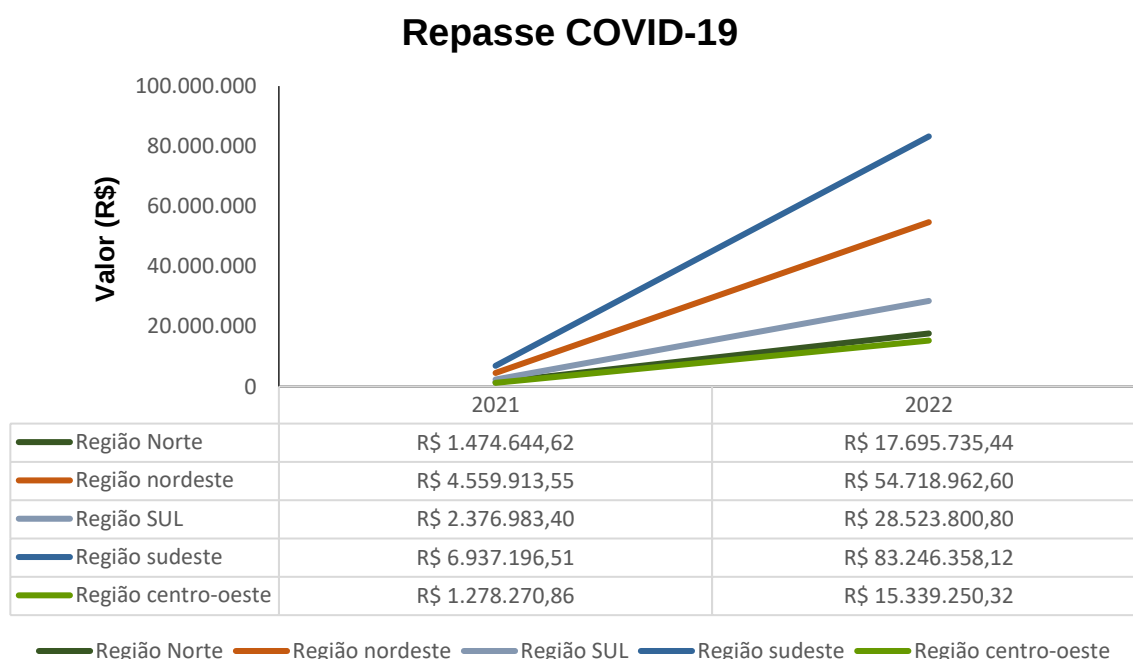
(b)

Ano	Região	Custeio (R\$)	Investimento (R\$)
2018	Norte	122.444.660,69	4.275.602,03
	Nordeste	426.500.347,30	11.301.319,98
	Sul	290.619.852,41	12.193.978,74
	Sudeste	919.406.890,26	18.112.241,24
	Centro-Oeste	151.401.575,76	4.517.922,29
2019	Norte	121.100.979,91	0,00
	Nordeste	415.411.633,16	544.327,33
	Sul	277.637.544,78	557.715,18
	Sudeste	842.357.077,59	314.146,01
	Centro-Oeste	144.169.779,56	143.811,48
2020	Norte	127.853.711,46	5.754.782,69
	Nordeste	427.656.387,83	12.689.748,96
	Sul	279.697.971,06	8.269.308,33
	Sudeste	799.538.575,09	12.887.796,77
	Centro-Oeste	142.529.236,41	4.889.687,20
2021	Norte	120.571.285,44	0,00
	Nordeste	420.135.735,63	689.459,07
	Sul	263.735.589,66	481.233,61
	Sudeste	723.098.277,97	429.307,32
	Centro-Oeste	127.207.763,73	0,00
2022	Norte	124.869.150,30	1.280.142,00
	Nordeste	438.545.903,08	3.929.026,00
	Sul	288.024.345,84	1.464.374,00
	Sudeste	790.548.127,60	3.180.381,00
	Centro-Oeste	143.927.033,04	513.685,00
2023	Norte	129.300.268,83	0,00
	Nordeste	477.348.389,35	1.519.013,12
	Sul	413.456.336,66	0,00
	Sudeste	987.914.442,41	0,00
	Centro-Oeste	169.096.091,29	351.181,88
2024	Norte	203.078.418,78	1.957.483,13
	Nordeste	712.124.564,44	8.732.058,47
	Sul	689.970.392,98	742.014,51
	Sudeste	1.482.605.359,52	3.039.161,99
	Centro-Oeste	257.236.246,65	2.065.936,61

Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Durante a pandemia de COVID-19, houve repasse de recurso incremental para o componente da Assistência Farmacêutica no SUS, iniciado em dezembro de 2021. Esses valores, provenientes da Portaria nº 3.617/2021, foram analisados separadamente por se tratarem de transferências temporárias de caráter emergencial e foram destinados ao custeio, conforme ilustrado na Figura 4.

Figura 4 – Evolução dos repasses extraordinários da Assistência Farmacêutica, por região do Brasil, durante a pandemia de COVID-19, no período de 2021 a 2022.

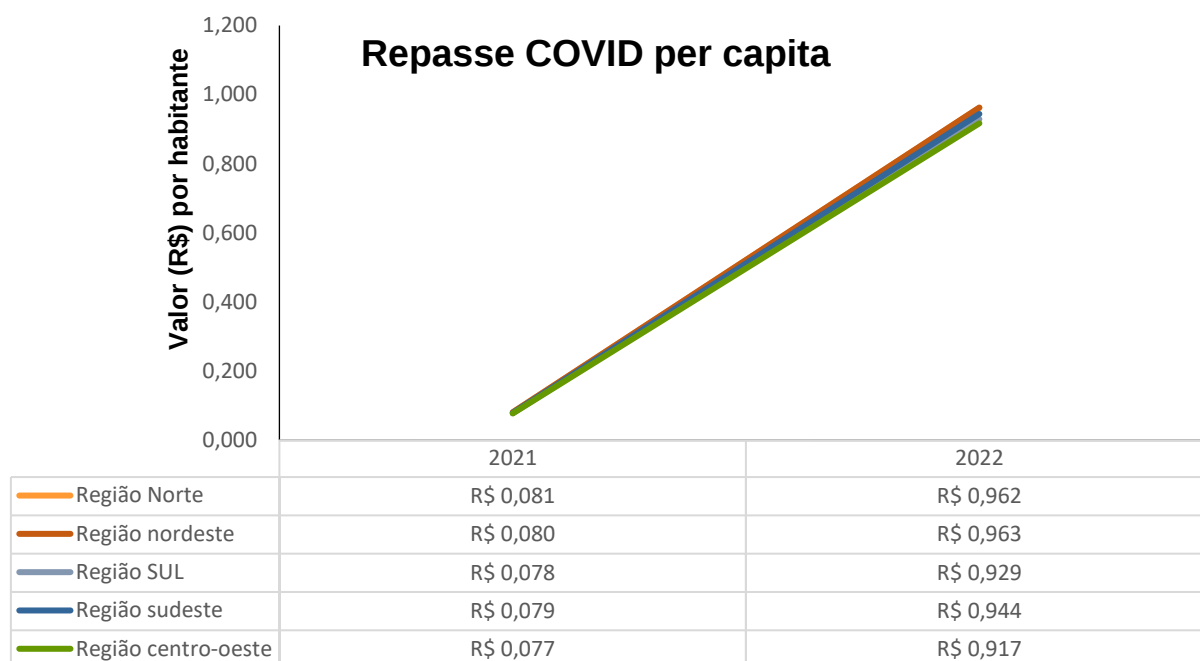


Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Os valores dos repasses extraordinários relacionados à COVID-19 foram menores em todas as regiões no ano de 2021, em função de seu início ter ocorrido apenas em dezembro, sendo integralmente destinados à manutenção das ações e dos serviços públicos de saúde (custeio). As regiões Sudeste e Nordeste concentraram os maiores volumes de recursos, sendo que, em 2022, a região Sudeste recebeu mais de R\$ 83 milhões, enquanto a região Nordeste recebeu mais de R\$ 54 milhões (Figura 4).

A distribuição per capita dos repasses extraordinários destinados à Assistência Farmacêutica durante o enfrentamento da pandemia de COVID-19, no período de 2021 a 2022, está apresentada na Figura 5.

Figura 5 – Valores per capita dos repasses extraordinários da Assistência Farmacêutica, por região do Brasil, durante a pandemia de COVID-19, no período de 2021 a 2022.

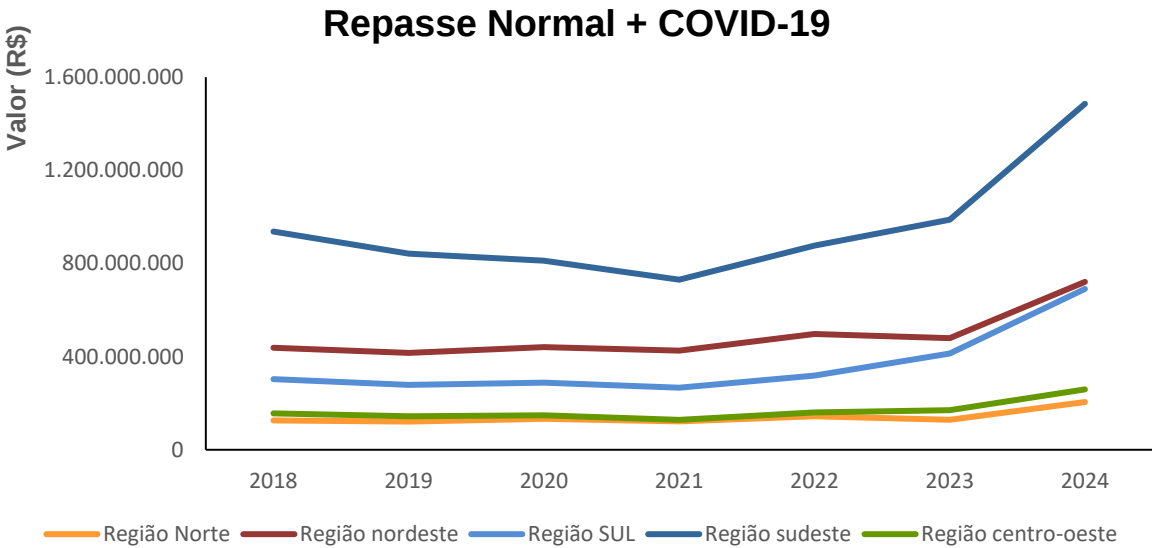


O Observou-se que, em 2021, os valores foram reduzidos em todas as regiões, representando menos de R\$ 0,10 por habitante, sendo que todos os repasses ocorreram apenas em dezembro de 2021. Já em 2022, os repasses ao longo do ano alcançaram valores próximos a R\$ 1,00 por habitante em todas as regiões, variando de R\$ 0,917 na região Centro-Oeste a R\$ 0,963 na região Nordeste (Figura 5).

A distribuição dos repasses destinados à Assistência Farmacêutica no SUS, no período de 2018 a 2024, incluindo recursos normais e recursos oriundos da COVID-19, totalizou aproximadamente R\$ 14,7 bilhões. Desse montante, 45,12% (cerca de R\$ 6,6 bilhões) foram destinados à região Sudeste ao longo do período analisado. Mesmo com os repasses relacionados à COVID-19, o ano de 2021 registrou os menores valores de financiamento em todas as regiões. Ademais, os anos de 2023 (cerca de R\$ 2,1 bilhões) e 2024 (aproximadamente R\$ 3,3 bilhões) concentraram, juntos, 37,4% do total de recursos executados no período (Figura 6).

Figura 6 – Evolução dos repasses totais (recursos normais e da COVID-19) do componente da Assistência Farmacêutica nas regiões do Brasil, no período de 2018 a 2024.

(a)



(b)

Ano	REGIÃO					TOTAL
	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	
	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	
2018	126.720.262,72	437.801.667,28	302.813.831,15	937.519.131,50	155.919.498,05	1.960.774.390,70
2019	121.100.979,91	415.955.960,49	278.195.259,96	842.671.223,60	144.313.591,04	1.802.237.015,00
2020	133.608.494,15	440.346.136,79	287.967.279,39	812.426.371,86	147.418.923,61	1.821.767.205,80
2021	122.045.930,06	425.385.108,25	266.593.806,67	730.464.781,80	128.486.034,59	1.672.975.661,37
2022	143.845.027,74	497.193.891,68	318.012.520,64	876.974.866,70	159.779.968,36	1.995.806.275,12
2023	129.300.268,83	478.867.402,47	413.456.336,66	987.914.442,41	169.447.273,17	2.178.985.723,54
2024	205.035.901,91	720.856.622,91	690.712.407,49	1.485.644.521,51	259.302.183,26	3.361.551.637,08
Total	981.656.865,32	3.416.406.789,87	2.557.751.441,96	6.673.615.339,38	1.164.667.472,08	14.794.097.908,61

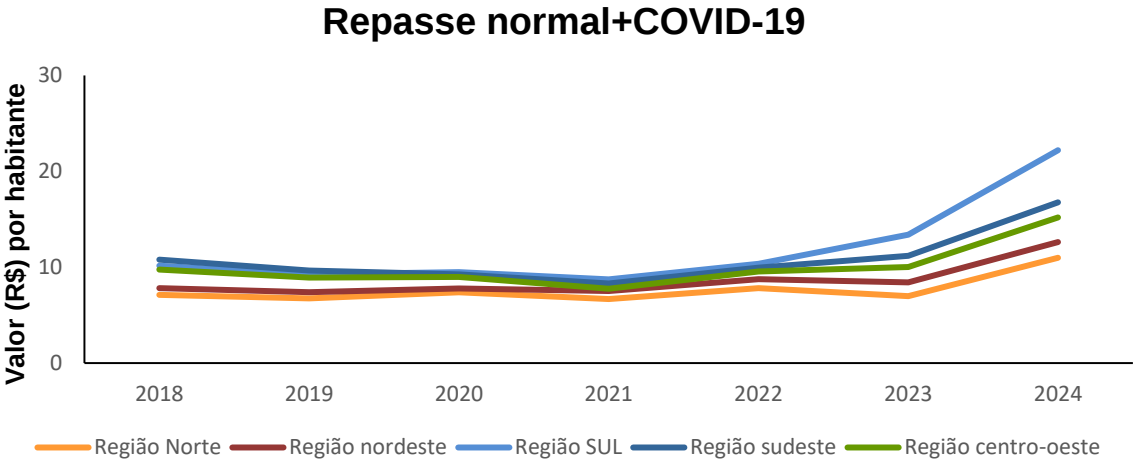
Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

A análise da série histórica evidencia crescimento dos repasses ao longo do período, porém de forma não linear, com oscilações entre 2019 e 2021. Observa-se ainda a concentração dos recursos nas regiões Sudeste e Nordeste, enquanto Norte e Centro-Oeste apresentam menores participações. Esse padrão indica a persistência de desigualdades regionais na distribuição do financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS.

Os valores dos repasses totais, incluindo recursos normais e recursos da COVID-19 por habitante residente nas regiões, estão apresentados na Figura 7.

Figura 7 – Evolução dos repasses totais (recursos normais e da COVID-19) por habitante, referentes ao componente da Assistência Farmacêutica nas regiões do Brasil.

(a)



(b)

Ano	REGIÃO				
	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste
	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
2018	7,13	7,82	10,16	10,78	9,74
2019	6,74	7,39	9,25	9,64	8,91
2020	7,37	7,79	9,50	9,26	8,99
2021	6,68	7,50	8,73	8,30	7,75
2022	7,82	8,75	10,36	9,95	9,55
2023	6,98	8,41	13,38	11,18	10,03
2024	10,98	12,62	22,20	16,76	15,19

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Observou-se que os repasses destinados à Assistência Farmacêutica no SUS, quando considerados em relação ao número de habitantes residentes nas regiões, variaram conforme o território. As regiões Sul e Sudeste, ao longo de todo o período analisado, figuraram entre aquelas que receberam os maiores valores per capita. Por sua vez, a região Centro-Oeste passou a ocupar a terceira posição em valores de repasse por habitante a partir de 2022, ficando atrás das regiões Sul e Sudeste. Em contrapartida, a região Norte apresentou os menores valores per capita destinados à Assistência Farmacêutica durante todo o período analisado (Figura 7).

A distribuição dos repasses medianos por habitante, incluindo todos os recursos (normais e da COVID-19), nos períodos pré-pandemia (2018–2019), início

da pandemia (2020), pandemia (2021–2022) e pós-crise sanitária (2023–2024), está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos repasses por habitante, considerando recursos normais e da COVID-19, nos períodos pré-pandemia, início da pandemia, pandemia e pós-crise sanitária.

Região	PERÍODO			
	Mediana per capita (R\$)			
	Pré-Pandemia (2018-2019)	Início da Pandemia (2020)	Pandemia (2021-2022)	Pós-Crise sanitária (2023-2024)
Norte	6,93	7,37	7,25	8,98
Nordeste	7,61	7,79	8,12	10,51
Sul	9,71	9,50	9,54	17,79
Sudeste	10,21	9,26	9,12	13,97
Centro-Oeste	9,33	8,99	8,65	12,61

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Observou-se um avanço no financiamento que se concentrou no período pós-pandemia. Embora tenham sido destinados recursos da COVID-19 para esse componente no final de 2021 e ao longo de 2022, foi no período pós-crise sanitária (2023–2024) que todas as regiões apresentaram os maiores valores de repasse por habitante, considerando todo o período analisado.

Ao analisar a distribuição regional dos valores medianos per capita, observa-se que as regiões Sul e Sudeste apresentaram os maiores valores ao longo de todo o período analisado, com destaque para o crescimento expressivo na região Sul no período pós-crise sanitária. As regiões Norte e Nordeste, embora apresentem valores inferiores nos períodos iniciais, também registraram incremento progressivo ao longo do tempo, especialmente após 2022. Já a região Centro-Oeste apresentou valores intermediários, com variações moderadas entre os períodos, evidenciando um padrão de crescimento generalizado dos repasses per capita entre as regiões.

A síntese interpretativa dos achados do estudo e suas implicações para a Política de Assistência Farmacêutica e o papel do Estado estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Síntese interpretativa dos achados e implicações para a Política de Assistência Farmacêutica e o papel do Estado no SUS (2018–2024).

Principais achados	Evidências nos resultados	Implicação para a Política de Assistência Farmacêutica	Papel do Estado
Expansão crescente do financiamento federal da Assistência farmacêutica	O repasse da assistência farmacêutica no Brasil foi de aproximadamente R\$ 1,96 bilhão em 2018, enquanto em 2023 e 2024 os valores foram de R\$ 2,17 bilhões e R\$ 3,36 bilhões, respectivamente.	Os dados indicam uma possível recomposição do financiamento da Política de Assistência Farmacêutica no período pós-pandemia da COVID-19.	Assegurar a sustentabilidade financeira como elemento essencial para a manutenção e o fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica.
Concentração territorial do financiamento	Considerando todo o período analisado, bem como o total de repasses da Assistência Farmacêutica (recursos regulares e recursos destinados à COVID-19), observa-se que a região Sudeste recebeu a maior parcela dos repasses, totalizando R\$ 6.673.615.339,38, o que corresponde a 45,11% do valor total destinado ao território brasileiro (R\$ 14.794.097.908,61).	Persistência de assimetrias territoriais no financiamento da Política de Assistência Farmacêutica no SUS.	Promover mecanismos que assegurem o acesso equitativo aos medicamentos e à Assistência Farmacêutica no SUS.
Desigualdades territoriais no financiamento per capita	As regiões Sul e Sudeste apresentam os maiores repasses per capita (recursos regulares e destinados à COVID-19), enquanto as regiões Norte e Nordeste registram os menores valores per capita ao longo de todo o período analisado.	Vulnerabilidades territoriais no acesso a medicamentos e à assistência farmacêutica.	Promover mecanismos que assegurem o acesso equitativo aos medicamentos e à Assistência Farmacêutica no SUS.
Ausência de investimentos em determinados períodos para a estruturação da rede.	Em todas as regiões, a maior parte dos repasses foi destinada ao custeio, voltado à manutenção das ações e dos serviços públicos de saúde. Observa-se que, em determinados anos, algumas regiões não receberam recursos destinados a investimentos, voltados à estruturação da rede de serviços públicos de saúde, como ocorreu na região Norte (2019, 2021 e 2023) e na região Centro-Oeste (2021).	Limitações na expansão e na estruturação da rede de Assistência Farmacêutica no SUS.	Manter e ampliar o financiamento destinado a investimentos na Assistência Farmacêutica no SUS.

Principais achados	Evidências nos resultados	Implicação para a Política de Assistência Farmacêutica	Papel do Estado
Impacto limitado dos repasses extraordinários oriundos da COVID-19.	Considerando os repasses totais (recursos regulares e destinados à COVID-19), observa-se que todas as regiões, em 2021 — período crítico da pandemia —, apresentaram valores de repasse per capita inferiores aos registrados no ano anterior (2020). Embora tenham sido realizados repasses extraordinários relacionados à COVID-19, iniciados em dezembro de 2020 e mantidos ao longo de 2021 e 2022, a expansão dos valores ocorreu de forma mais expressiva a partir de 2023, ainda que com variações entre os territórios.	A pandemia não promoveu alterações expressivas no financiamento da Política de Assistência Farmacêutica	Reforçar a capacidade de resposta da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS frente a crises sanitárias.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

A análise interpretativa dos dados evidencia uma expansão do financiamento federal da Assistência Farmacêutica no SUS, especialmente a partir de 2023. No entanto, persistem desigualdades territoriais na distribuição dos recursos, com maiores valores per capita nas regiões Sul e Sudeste. Além disso, a predominância de repasses voltados ao custeio, aliada à baixa ocorrência de investimentos destinados à estruturação da rede, indica que o Estado, embora mantenha a garantia de acesso a medicamentos, ainda enfrenta desafios para a expansão da Política de Assistência Farmacêutica, para a promoção da equidade territorial e para o enfrentamento das expressões da questão social que impactam o acesso da população aos medicamentos no âmbito do SUS (Tabela 3).

6. DISCUSSÃO

Os repasses de recursos fundo a fundo destinados à Assistência Farmacêutica, realizados pelo Governo Federal no período de 2018 a 2024, apresentaram expansão mais significativa ao final do período analisado, especialmente a partir de 2023. Contudo, essa evolução foi acompanhada por desigualdades territoriais na distribuição dos recursos entre as diferentes regiões do Brasil, bem como por lacunas no financiamento voltado à estruturação da rede. Nesse sentido, compreender a evolução dos recursos destinados à Assistência Farmacêutica no SUS requer considerar, de forma articulada, a trajetória do financiamento ao longo do período analisado, as desigualdades territoriais na alocação dos recursos, a predominância do custeio em relação ao investimento e a capacidade de resposta da política em contextos de emergências sanitárias.

6.1 EVOLUÇÃO DO FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A evolução temporal dos repasses federais destinados à Assistência Farmacêutica no período de 2018 a 2024 evidenciou que houve um investimento de aproximadamente R\$ 14,7 bilhões em transferências realizadas aos entes federados, com uma reestruturação mais expressiva dos repasses após o período de emergência sanitária decorrente da pandemia da COVID-19. O ano de 2024 representou o ponto mais elevado da série histórica, com R\$ 3,36 bilhões aplicados, o que possivelmente indica uma tendência de recomposição e fortalecimento do financiamento da Assistência Farmacêutica.

Nos anos de 2018 e 2019, os repasses federais destinados à Assistência Farmacêutica mantiveram-se em patamar estável, com leve redução de R\$ 1,96 bilhão em 2018 para R\$ 1,80 bilhão em 2019. Esse comportamento é indicativo de um provável cenário de estagnação do financiamento federal no período pré-pandemia, sem aumento expressivo de recursos nem ampliação de investimentos em infraestrutura. Esses achados corroboram o arranjo normativo vigente à época, estabelecido pela Portaria GM/MS nº 3.992/2017, que reorganizou os repasses federais em dois blocos de financiamento — custeio e investimento —, mas sem mecanismos de indução ao crescimento real da Assistência Farmacêutica (Brasil, 2017b).

Esses achados também estão em consonância com estudos da literatura científica. Ferreira *et al.* (2024) destacam que, apesar do modelo tripartite de financiamento do SUS, o componente básico da Assistência Farmacêutica permaneceu subfinanciado, refletindo o baixo crescimento das transferências federais e a dependência de complementação por parte de estados e municípios. De forma semelhante, em estudo que analisou o financiamento de medicamentos nos municípios brasileiros entre 2016 e 2020, observou-se que a participação municipal aumentou justamente em razão da estabilidade ou retração dos repasses federais, o que contribuiu para a ampliação das desigualdades regionais (Silva *et al.*, 2024). Essa constatação dialoga com os achados deste estudo, nos quais as regiões Sudeste e Sul concentraram os maiores valores absolutos, enquanto Norte e Nordeste mantiveram os menores repasses per capita.

Esse cenário deve ser interpretado também no contexto das reformulações no financiamento da Atenção Primária à Saúde. Destacam-se as restrições impostas pela Emenda Constitucional nº 95/2016, a partir da qual o Sistema Único de Saúde passou a operar em um contexto de desfinanciamento estrutural, limitando a capacidade de ampliação dos gastos federais e restringindo investimentos em políticas setoriais, como a Assistência Farmacêutica (Mendes; Carnut, 2020).

Além disso, em novembro de 2019, foi instituído o Programa Previne Brasil (Portaria GM/MS nº 2.979/2019), que alterou significativamente o financiamento da Atenção Primária à Saúde ao introduzir novos componentes de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos por ações estratégicas (Brasil, 2019). A implementação do programa provocou incertezas orçamentárias transitórias e impactos sobre o planejamento financeiro dos municípios, uma vez que o repasse federal de custeio apresentou variação modesta, sem crescimento real expressivo, demandando readequações e redirecionamentos de recursos dentro das estruturas tradicionais de custeio, inclusive da Assistência Farmacêutica (Rosa *et al.*, 2023).

Nesse contexto, a redução observada em 2019 pode ser interpretada como reflexo simultâneo da transição administrativa para o novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde e das restrições fiscais federais vigentes no período pré-pandemia.

Em 2020, primeiro ano da pandemia, o financiamento federal da Assistência Farmacêutica permaneceu praticamente estável, totalizando R\$ 1,82 bilhão, valor semelhante ao de 2019 e superior ao observado em 2021 (R\$ 1,67 bilhão). É possível

que esse cenário seja reflexo da priorização de ações emergenciais pelo SUS para o enfrentamento da pandemia, com foco na aquisição de leitos, equipamentos de proteção e vacinas. Conforme afirmam Mendes, Melo e Carnut (2022), esse período foi marcado por centralização decisória e improvisação na alocação dos recursos federais, privilegiando medidas imediatas em detrimento de políticas estruturantes, como a Atenção Primária à Saúde e a Assistência Farmacêutica.

De forma convergente, Servo *et al.* (2021) apontam que a concentração dos gastos em ações hospitalares e de vigilância epidemiológica contribuiu para a estagnação dos repasses regulares e agravou o subfinanciamento histórico dos componentes básicos do SUS.

Em 2021, observou-se a menor execução de repasses federais de todo o período analisado, totalizando R\$ 1,65 bilhão. Essa redução refletiu uma possível continuidade da priorização de recursos para o enfrentamento direto da COVID-19, com concentração dos créditos extraordinários em ações hospitalares e de vigilância. Além disso, o incentivo financeiro excepcional destinado ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica foi regulamentado apenas em dezembro, com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.617, de 15 de dezembro de 2021 (Brasil, 2021a), o que inviabilizou a execução desses valores ao longo do exercício. Tal medida teve como objetivo assegurar o papel do Estado na promoção da saúde, por meio da garantia de acesso a medicamentos da Atenção Primária no contexto da COVID-19.

A publicação tardia dessa medida reflete um contexto de descoordenação federativa e morosidade administrativa no âmbito da política nacional de saúde. Conforme apontam Brandão, Mendonça e Sousa (2023), o Ministério da Saúde adotou, durante a pandemia, uma atuação centralizada e pouco articulada, marcada por decisões unilaterais e pela ausência de pactuação tripartite efetiva, o que comprometeu a governança e atrasou a implementação de políticas estruturantes.

Além disso, a ampliação da dotação orçamentária não foi acompanhada de execução tempestiva, o que comprometeu a capacidade de resposta do SUS em diversas frentes. Tal cenário reforça a interpretação de que componentes estruturantes da Atenção Primária à Saúde, como a Assistência Farmacêutica, não foram priorizados na alocação inicial dos recursos federais. Isso evidencia que, durante a fase aguda da pandemia, a Assistência Farmacêutica não foi tratada como eixo estratégico prioritário da resposta federal, sendo mantida dentro da lógica orçamentária previamente estabelecida (Servo *et al.*, 2021).

De modo convergente, Funcia *et al.* (2022) destacam que a execução orçamentária federal foi caracterizada por atrasos, contingenciamentos e repasses fragmentados, configurando um processo de financiamento reativo e descoordenado entre as esferas de gestão do SUS. Nesse sentido, a manutenção de valores estáveis em 2020, em um contexto de elevada inflação de insumos e variação cambial, representou uma perda real do poder de compra dos municípios, aprofundando o subfinanciamento justamente em um momento em que a Atenção Primária à Saúde demandava maior suporte para o cuidado de pacientes crônicos.

A manutenção de repasses praticamente inalterados à Assistência Farmacêutica durante a pandemia evidencia uma dinâmica já apontada pela literatura: a alocação de recursos no SUS tende a ser condicionada por arranjos institucionais consolidados e por padrões decisórios historicamente estabelecidos, mais do que por critérios epidemiológicos emergenciais. Mesmo em contextos de crise sanitária, a ausência de mecanismos redistributivos explícitos e de indução federal direcionada limita a capacidade de reorientação do financiamento para territórios mais vulneráveis (Miranda *et al.*, 2023; Carvalho, 2021).

No ano de 2022, com a efetiva liberação dos valores oriundos da Portaria nº 3.617/2021 e a recomposição parcial dos blocos de custeio, observou-se uma melhora expressiva no financiamento da Assistência Farmacêutica, com repasses totais de R\$ 1,99 bilhão, representando um crescimento de cerca de 20% em relação ao ano anterior. Essa melhora orçamentária coincidiu com um período de reorganização da governança e de retomada gradativa das funções estruturantes da Atenção Primária à Saúde no cenário pós-pandêmico.

Avanços também foram verificados no biênio 2023–2024, marcado por uma inflexão positiva no financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS. Após a instabilidade do triênio anterior, o ano de 2023 apresentou retomada expressiva dos repasses, totalizando aproximadamente R\$ 2,18 bilhões, seguida de um aumento significativo em 2024, que atingiu R\$ 3,36 bilhões, o maior valor de toda a série histórica analisada.

É importante destacar que, a partir de 2023, o governo federal iniciou um ciclo de reconstrução da capacidade financeira do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde, com destaque para a recomposição do piso da Atenção Primária à Saúde, a retomada do QualifarSUS e o fortalecimento das transferências regulares por meio do InvestSUS (Brasil, 2025d; Brasil, 2025c).

Além disso, com o relançamento do Novo PAC Saúde, em agosto de 2023, a saúde foi explicitamente definida como área prioritária do governo federal, reforçando uma nova fase de recomposição de investimentos após anos de estagnação (Brasil, 2023a).

O expressivo aumento observado em 2024 também reflete o impacto dessas iniciativas institucionais, com incremento adicional de R\$ 253 milhões em relação a 2023, elevando significativamente o volume de recursos destinados à Assistência Farmacêutica.

Ainda que o aumento dos repasses no período pós-pandêmico represente um avanço relevante, os dados analisados não permitem afirmar que tenha ocorrido uma transformação estrutural homogênea nas redes locais de Assistência Farmacêutica. A literatura sobre a regionalização da saúde no Brasil evidencia a persistência de desigualdades estruturais entre as macrorregiões, especialmente no que se refere à disponibilidade de recursos humanos, à capacidade instalada e à organização dos serviços, o que pode limitar o impacto direto de incrementos financeiros sobre o desempenho assistencial (Paschoalotto *et al.*, 2022).

Além das limitações estruturais dos territórios, o próprio modelo de alocação orçamentária federal contribui para a manutenção das desigualdades. Ainda que o período pós-pandêmico tenha sido marcado por aumento expressivo dos repasses federais à Assistência Farmacêutica, os resultados indicam que tal expansão não foi suficiente para reverter as desigualdades estruturais na distribuição territorial dos recursos. Conforme argumenta Carvalho (2021), incrementos orçamentários, quando não acompanhados de critérios redistributivos explícitos, tendem a ampliar os volumes globais sem alterar substantivamente o padrão de concentração regional dos recursos, o que contribui para explicar a persistência das assimetrias observadas neste estudo.

6.2 DESIGUALDADES TERRITORIAIS NO FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A concentração dos repasses federais nas regiões Sudeste e Sul, identificada neste estudo tanto em valores absolutos quanto per capita, está em consonância com evidências da literatura que apontam para um padrão histórico de distribuição desigual dos recursos federais no SUS (Rover *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021; Mosegui *et al.*,

2026). Essas assimetrias na organização das ações da Assistência Farmacêutica, bem como na disponibilidade de serviços e medicamentos na Atenção Primária à Saúde entre os diferentes territórios, repercutem em obstáculos para que o Estado garanta o direito à saúde (Silva *et al.*, 2021; Tonéo Júnior; Silveira Neto, 2023).

Carvalho (2021) demonstra que, apesar do discurso de equidade, os mecanismos de alocação orçamentária tendem a reproduzir desigualdades regionais preexistentes, reforçando as vantagens estruturais de regiões com maior capacidade político-administrativa e econômica.

Esses achados dialogam com evidências da literatura que analisam as desigualdades territoriais em saúde sob a perspectiva da priorização de recursos. Uma investigação baseada em indicadores da Agenda 2030 identificou que as Regiões de Saúde localizadas na Região Norte concentram os territórios mais vulneráveis do país, sendo, portanto, prioritárias para a alocação de recursos em saúde. Os autores destacam que modelos de financiamento que não incorporam critérios explícitos de priorização territorial tendem a reproduzir desigualdades históricas, mesmo em contextos de expansão global do financiamento (Miranda *et al.*, 2023), o que contribui para explicar a persistência das assimetrias observadas no presente estudo.

É importante destacar que as desigualdades regionais observadas na distribuição dos repasses para a Assistência Farmacêutica não se explicam apenas por critérios demográficos ou epidemiológicos. O estudo de Carvalho (2021) evidencia que a alocação dos recursos federais no SUS é fortemente influenciada por fatores político-institucionais e por arranjos federativos historicamente consolidados, o que contribui para a manutenção de assimetrias regionais, mesmo em contextos de ampliação global do financiamento. Esses achados corroboram os resultados do presente estudo, que demonstram a persistência de menores valores per capita nas regiões Norte e Nordeste ao longo de toda a série analisada.

Ademais, é possível que essas desigualdades regionais persistentes nas regiões Norte e Nordeste reflitam desigualdades históricas na capacidade de organização dos sistemas locais de saúde, na infraestrutura instalada e na força política dos entes federativos. Soma-se a isso o fato de que o modelo de financiamento atual não compensa os vazios assistenciais e os elevados custos logísticos da Amazônia, mantendo a região Norte em uma “armadilha de subfinanciamento” que desafia a equidade federativa. Carvalho (2021) destaca que

regiões com menor capacidade administrativa e menor densidade de serviços de saúde tendem a se beneficiar menos dos mecanismos de financiamento federal, mesmo em contextos de expansão orçamentária.

Os achados deste estudo acerca da maior concentração de recursos per capita na região Sul, chegando a praticamente o dobro do observado na região Norte em determinados anos da série analisada, evidenciam que as desigualdades identificadas não são meramente quantitativas, mas estruturais e cumulativas ao longo do tempo.

Sabe-se que as regiões Sul e Sudeste apresentam, de forma consistente, melhores condições de financiamento, maior disponibilidade de recursos humanos e infraestrutura de saúde mais desenvolvida em comparação às demais regiões do país. Esse fato pode estar diretamente relacionado a condicionantes estruturais e socioeconômicos historicamente mais favoráveis, que se refletem em maior capacidade de planejamento, execução orçamentária e absorção dos recursos federais. Em sentido oposto, as regiões Norte e Nordeste permanecem marcadas por fragilidades estruturais persistentes, o que contribui para níveis mais baixos de financiamento e limita a efetividade das políticas públicas de saúde, inclusive no campo da Assistência Farmacêutica (Paschoalotto *et al.*, 2022).

Apesar dessa tendência de equilíbrio proporcional observada pontualmente em 2024, decorrente de recentes políticas de equalização, cujos efeitos se baseiam em critérios demográficos e socioeconômicos, a análise histórica da série demonstra que tais avanços ainda são incipientes para romper com as assimetrias estruturais apontadas por Carvalho (2021). Assim, embora a análise per capita revele um cenário mais equilibrado no último ano do período pós-pandêmico, em que as diferenças entre as regiões foram reduzidas quando consideradas as populações residentes, esse dado deve ser interpretado com cautela, como um esforço de proporcionalidade distributiva que ainda não supera o histórico de desigualdades acumuladas.

6.3 IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS E FORTALECIMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Esses achados reforçam a necessidade de que o Estado brasileiro avance para além de estratégias conjunturais de ampliação do financiamento, incorporando mecanismos permanentes de redistribuição regional que considerem vulnerabilidades socioeconômicas e desigualdades históricas. Conforme destaca Carvalho (2021), a

equidade no SUS depende não apenas do volume de recursos transferidos, mas também da forma como esses recursos são alocados e pactuados no âmbito federativo.

De modo geral, o triênio 2020–2022 caracteriza-se como um período de instabilidade e reconfiguração do financiamento federal da Assistência Farmacêutica. A retomada observada a partir de 2023 evidencia a centralidade da Assistência Farmacêutica como política estruturante da Atenção Primária à Saúde e reforça a necessidade de estratégias permanentes de financiamento para o enfrentamento de futuras emergências sanitárias.

Embora os valores tenham apresentado crescimento no período pós-pandêmico, a análise sob a perspectiva per capita e em consonância com as crescentes demandas epidemiológicas, especialmente relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, revela que os montantes ainda são insuficientes para assegurar a equidade territorial e a sustentabilidade da Assistência Farmacêutica no médio e longo prazo. Ademais, a predominância de repasses destinados ao custeio, associada à baixa destinação de recursos para investimentos estruturais, evidencia limites concretos à expansão, qualificação e consolidação da rede de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

Nesse sentido, os achados deste estudo reforçam que o fortalecimento da Assistência Farmacêutica requer a superação de modelos de financiamento baseados predominantemente em critérios populacionais, com a incorporação de mecanismos redistributivos que considerem as desigualdades territoriais e as vulnerabilidades socioeconômicas. Torna-se imperativo avançar na construção de uma governança federativa mais articulada e de um modelo de financiamento estável e protegido de oscilações fiscais, capaz de sustentar políticas estruturantes. Somente a partir desse reposicionamento será possível consolidar a Assistência Farmacêutica como componente estratégico da Atenção Primária à Saúde, garantindo não apenas o acesso a medicamentos, mas a oferta de um cuidado integral, resolutivo e equitativo em todo o território nacional.

6.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O atual estudo, por se tratar de uma pesquisa com delineamento ecológico, está sujeito ao viés de falácia ecológica, uma vez que os achados se baseiam em dados agregados, dos quais não é possível fazer inferências diretas em nível individual. Desse modo, não é possível afirmar que os padrões observados nos repasses financeiros se reproduzam de forma homogênea entre indivíduos ou serviços.

Ademais, a análise realizada no estudo considerou exclusivamente os repasses federais fundo a fundo, não contemplando a participação de recursos estaduais e municipais, que também influenciam de maneira significativa a organização e o funcionamento da assistência farmacêutica nas diferentes regiões. Outra limitação do estudo, refere-se a própria estrutura dos dados disponíveis no sistema InvestSUS, que não permite detalhar com precisão a alocação dos recursos por componentes específicos da assistência farmacêutica, como o Componente Básico, restringindo análises mais refinadas sobre a destinação dos recursos.

Apesar dessas limitações, o estudo fornece uma análise relevante sobre a evolução dos repasses federais para a assistência farmacêutica, contribuindo para a compreensão de tendências e desigualdades regionais no financiamento em saúde. Recomenda-se que futuros estudos avancem na integração de diferentes fontes de financiamento (federal, estadual e municipal) e utilizem delineamentos que permitam análises mais detalhadas por componente e em níveis mais desagregados, a fim de aprofundar a compreensão sobre a alocação e o impacto desses recursos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados permitem concluir que, embora tenha havido expansão significativa dos repasses federais ao longo da série histórica analisada (2018–2024), essa trajetória foi marcada por distintos padrões temporais e por persistentes desigualdades territoriais.

Quanto à evolução temporal dos repasses fundo a fundo, observou-se que o período pré-pandemia (2018–2019) foi caracterizado por relativa estabilidade e ausência de crescimento real do financiamento da Assistência Farmacêutica, evidenciando um cenário de estagnação anterior à crise sanitária. Durante o período pandêmico (2020–2022), os repasses regulares permaneceram semelhantes aos anos anteriores, indicando que a Assistência Farmacêutica não foi priorizada como política estruturante no enfrentamento da COVID-19. A recomposição mais expressiva dos recursos ocorreu apenas no período pós-pandemia (2023–2024), quando se registrou o maior volume de repasses de toda a série analisada, associado à retomada de políticas federais de fortalecimento do SUS.

Apesar dos avanços verificados nos repasses, observou-se a persistência de desigualdades territoriais no financiamento per capita. As regiões Sul e Sudeste concentraram os maiores valores de recursos recebidos por habitante, enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentaram, de forma sistemática, os menores níveis de financiamento per capita. Ainda que, em 2024, tenha sido observada certa redução das diferenças proporcionais entre as regiões, esses avanços mostraram-se insuficientes para superar desigualdades estruturais históricas, especialmente aquelas relacionadas à menor capacidade instalada, aos elevados custos logísticos e às fragilidades administrativas presentes em territórios mais vulneráveis.

No que diz respeito aos repasses federais extraordinários vinculados à COVID-19, observou-se que tais recursos foram instituídos de forma tardia, a partir de dezembro de 2021, e apresentaram caráter emergencial e temporário. Embora tenham contribuído para mitigar pressões imediatas sobre o abastecimento de medicamentos, esses repasses representaram parcela reduzida do financiamento total da Assistência Farmacêutica no SUS e não foram suficientes para alterar de maneira substantiva o padrão de distribuição territorial dos recursos, tampouco para promover mudanças estruturais duradouras no financiamento da Assistência Farmacêutica.

Por fim, os achados reforçam que o fortalecimento da Assistência Farmacêutica constitui um elemento estratégico para a resiliência do Sistema Único de Saúde diante de emergências em saúde pública. A experiência da pandemia de COVID-19 evidencia que a ausência de priorização desse componente compromete a capacidade da Atenção Primária à Saúde de responder de forma integral às necessidades da população, especialmente de pacientes com condições crônicas. Assim, torna-se fundamental que o Estado brasileiro avance na consolidação de mecanismos permanentes e redistributivos de financiamento, capazes de proteger a Assistência Farmacêutica e reduzir desigualdades territoriais históricas, assegurando o acesso equitativo e contínuo a medicamentos essenciais e à própria Assistência Farmacêutica como parte integrante do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Mônica Viegas *et al.* Transição para cobertura universal de atenção primária à saúde no Brasil: análise dos padrões de adesão e expansão da Estratégia Saúde da Família do Brasil (1998-2012). **PLoS ONE**, v. 13, n. 8, p. e0201723, 2018.

AQUINO, Estela M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. supl. 1, p. 2423-2446, 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/341950256>. Acesso em: 2 set. 2025.

ARAÚJO REBELO, Márcia; DELCORSO, Mariana Cruz. O papel do farmacêutico frente à COVID-19: ações muito além da dispensação de medicamentos. **Revista Intellectus**, v. 57, n. 1, p. 14-19, 2020.

AVELAR, Fernando Genovez de *et al.* Complicações da COVID-19: desdobramentos para o Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310133, 2021.

BARBOSA, Renata *et al.* Imunização contra a COVID-19: contributo dos serviços farmacêuticos hospitalares para o plano de vacinação. **Acta Farmacêutica Portuguesa**, v. 10, n. 1, p. 111-115, 2021.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda *et al.* Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1937-1949, 2018.

BRANDÃO, Celmário Castro; MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. Governança federal na construção da política de enfrentamento à COVID-19 na atenção primária à saúde brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 3643-3658, 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 10 nov. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Diretrizes Estratégicas para a Implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF, 6 maio 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica – Relatório Final**: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 3 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em: 4 abr. 2026.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 2011b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CNS, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Reorganiza as transferências de recursos federais para custeio e investimento no SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.617, de 15 de dezembro de 2021**. Dispõe sobre o incremento excepcional do financiamento federal do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 235, p. 167, 16 dez. 2021a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 483, de 19 de março de 2021**. Dispõe, de forma extraordinária e temporária, sobre os requisitos para a importação de dispositivos médicos novos e medicamentos identificados como prioritários... Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 mar. 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2022**. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo PAC: Saúde terá investimento de R\$ 31 bilhões nos próximos anos**. 11 ago. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/novo-pac-saude-tera-investimento-de-r-31-bilhoes-nos-proximos-anos>. Acesso em: 7 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. **Perguntas e Respostas Frequentes**: repasse de recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Brasília, DF, 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento da Vacinação contra a COVID-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2024]. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19.html. Acesso em: 03 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **InvestSUS – Painéis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <https://investsuspainéis.saude.gov.br/>. Acesso em: 3 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**: dados sobre casos e óbitos por COVID-19 no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em: 6 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Portal InvestSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025c. Disponível em: <https://investsus.saude.gov.br/>. Acesso em: 7 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. **Portal Qualifar-SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/qualifar-sus>. Acesso em: 7 nov. 2025.

BUSS, P. M. et al. Development, health, and international policy: the research and innovation dimension. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. supl. 2, e00046815, 2016.

CAI, J. et al. Allocation of pharmaceutical resources in maternal and child healthcare institutions during the COVID-19 pandemic. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, n. supl. 2, p. 41-47, 2020.

CARVALHO, Gregory dos Passos. Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos condicionam a alocação de recursos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. supl. 2, p. 3409-3421, 2021.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 693-705, 2010.

CASTRO, Marcia C. et al. Sistema Único de Saúde do Brasil: os primeiros 30 anos e perspectivas para o futuro. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.

CASTRO, Marcia C. et al. Spatiotemporal pattern of COVID-19 spread in Brazil. **Science**, v. 372, n. 6544, p. 821-826, 2021.

CASTRO, R. **Covid-19: preços de medicamentos para UTI têm alta de até 1.000% durante a pandemia**. Época, 22 mar. 2021. Disponível em: <https://epoca.globo.com/sociedade/Covid-19-precos-de-medicamentos-para-uti-tem-alta-de-ate-1000-durante-pandemia-24935940>. Acesso em: 19 jul. 2024.

CASTRO-NUNES, Paula de; RIBEIRO, Gizele da Rocha. Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, p. e31, 2023.

CELUPPI, Ianka Cristina et al. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 302-313, 2019.

CENEDESI JÚNIOR, M. A. et al. Equity and inclusion for access to the Brazilian Unified Health System (SUS). **IOSR Journal of Humanities and Social Science (IOSR-JHSS)**, v. 29, n. 9, ser. 8, p. 54–59, set. 2024. Disponível em: <https://www.iosrjournals.org/iosr-jhss/papers/Vol.29-Issue9/Ser-8/I2909085459.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2026.

CHAVES, Luisa Arueira; CHAVES, Gabriela Costa; VIANNA, Mariani Nunes Sadock; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora. Desabastecimento de medicamentos na literatura científica da saúde: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 241-256, jan./mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012417>.

COE, Antonieta B.; CHOE, Hae Mi. Farmacêuticos apoiando a saúde da população em residências médicas centradas no paciente. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 18, p. 1461-1466, 2017.

CORREIA, Alana Bárbara Martins; SOARES, Sawanny Sousa; MOURA, MichelyLaiany V. Automedicação influenciada pelas redes sociais: o papel do farmacêutico na ferramenta de prevenção. **Health and Society**, v. 2, n. 1, 2022.

COSTA, Simone da Silva. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de administração pública**, v. 54, n. 4, p. 969-978, 2020.

DATASUS. **Projeção da população das unidades da federação por sexo, idade simples ou faixa-etária: 2000-2070** (edição 2024). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/projpop2024uf.def>. Acesso em: 21 out. 2025.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva *et al.* Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 18, p. 143-162, 2011.

DIAS, Livia Lopes dos Santos; SANTOS, Maria Aparecida Bezerra dos; PINTO, Carlos Batista dos Santos. Regulação contemporânea de preços de medicamentos no Brasil: uma análise crítica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 799–813, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912120>. Acesso em: 19 jul. 2025.

DILL, Thieli Ferreira Thomé *et al.* Atenção farmacêutica e a automedicação em decorrência da COVID-19. **Mostra de Inovação e Tecnologia São Lucas**, v. 2, n. 1, p. 59-61, 2021.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208-223, 2018.

FERNANDES, Daniela Rangel Affonso; GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MALDONADO, José Manuel Santos de Varge. Vulnerabilidades das indústrias nacionais de medicamentos e produtos biotecnológicos no contexto da pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00254720, 2021.

FERREIRA, Tatiana de Jesus Nascimento *et al.* Falhas na gestão da Assistência Farmacêutica para Medicamentos Judicializados, em 16 municípios da região Sudeste brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 668-684, 2019.

FERREIRA, Raissa Picanço *et al.* Financiamento da assistência farmacêutica no contexto do Sistema Único de Saúde de 2017 a 2022. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 2, p. e7213245023, 2024.

FUNCIA, Francisco *et al.* Análise do financiamento federal do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da COVID-19. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 263-276, 2022.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. **InvestSUS – Painéis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://investsuspaineis.saude.gov.br/extensions/CGIN_InvestsusPaineis/CGIN_InvestsusPaineis.html. Acesso em: 3 jul. 2025.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1763-1776, 2018.

GLOBAL TRADE ALERT. **Trade policy responses to the COVID-19 pandemic**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.globaltradealert.org/reports/54>. Acesso em: 19 jul. 2025.

GOMES, Jhemerson da Costa; SILVA, Joyce Caroline Araujo da; BATALHA, Sarah Suely Alves. Ocorrência de automedicação na pandemia da COVID-19: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e308101624049-e308101624049, 2021.

HELIOTERIO, Margarete Costa *et al.* COVID-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e00289121, 2020.

HONE, T. *et al.* Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and strong health governance. **Health Affairs**, v. 36, n. 1, p. 149-158, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 14 jun. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 14 jun. 2023.

KOMATSU, B. K.; FILHO, N. A. M. **Simulações de impactos da COVID-19 e da Renda Básica Emergencial sobre o desemprego, renda, pobreza e desigualdade**. São Paulo: Insper Centro de Políticas Públicas, 2020.

KOSTER, E. S.; PHILBERT, D.; BOUVY, M. L. Impact of the COVID-19 epidemic on the provision of pharmaceutical care in community pharmacies. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 17, n. 1, p. 2002-2004, 2021.

MACIEL, Ethel *et al.* A campanha de vacinação contra o SARS-CoV-2 no Brasil e a invisibilidade das evidências científicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 951-956, 2022.

MARIN, Nelly *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS; OMS, 2003. 334 p.

MASSUDA, Adriano *et al.* A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 19, p. 735-744, 2021.

MATTA, Gustavo Corrêa *et al.* **Os impactos sociais da COVID-19 no Brasil:** populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

MATTOS, Leonardo *et al.* Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais do Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 287-298, 2019.

MAXIMO, Samuel Amano; ANDREAZZA, Rosemarie; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Assistência farmacêutica no cuidado à saúde na Atenção Primária: tão perto, tão longe. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. e300107, 2020.

MELO, José Romério Rabelo *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, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 224-243, 2018.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. **Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira:** golpe e desfinanciamento. São Paulo: Hucitec, 2020.

MENDES, Áquilas; MELO, Mariana Alves; CARNUT, Leonardo. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00164621, 2022.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas *et al.* As mudanças na política de atenção primária e a (in) sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 13-30, 2023.

MERCHÁN-HAMANN, Edgar; TAUIL, Pedro Luiz. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2018126, 2021.

MIRANDA, Wanessa Debôrtoli de *et al.* Desigualdades de saúde no Brasil: proposta de priorização para alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00119022, 2023.

MOSEGUI, Gabriela Bittencourt Gonzalez *et al.* Multiple sclerosis treatment coverage: an analysis based on inequality indicators. **Revista de Saude Publica**, 60, e4, 2026.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos.** Editora Fiocruz, 2007.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 286-298, 2020.

OLIVEIRA, Ruth Braga; DE ANDRADE, Leonardo Guimarães. O farmacêutico promovendo a importância da vacinação. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 11, p. 3168-3183, 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Indicadores SDG**: lista revisada de indicadores de metas de desenvolvimento sustentável global. ONU, 2017. Disponível em: <https://unstats.un.org>. Acesso em: 26 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. ONU, 2023. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br>. Acesso em: 23 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório de Desenvolvimento Sustentável 2022**: da crise ao desenvolvimento sustentável: os ODS como roteiro para 2030 e além. Nova York: ONU, 2022. Disponível em: <https://paises.onu.org.br/pt-br/sdgs>. Acesso em: 24 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **The Sustainable Development Goals Report 2021**. New York: United Nations, 2021. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2021/>. Acesso em: 15 abr. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Access to NCD medicines**: emergent issues during the COVID-19 pandemic and key structural factors. Geneva: OMS, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240071346>. Acesso em: 15 abr. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Painel de informações da COVID-19**. Genebra: OMS, 2025. Disponível em: <https://covid19.who.int>. Acesso em: 7 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **WHO Corona virus (COVID-19) Dashboard**. Geneva: OMS, 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int>. Acesso em: 20 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Terceira rodada da pesquisa nacional sobre interrupções dos serviços de saúde essenciais durante a pandemia de COVID-19: novembro de 2021 – dezembro de 2021**. Washington, D.C.: OPAS, 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org>. Acesso em: 16 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Histórico da pandemia COVID-19**. Brasília, DF: OPAS, 2023a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-pandemia-covid-19>. Acesso em: 23 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. Brasília, DF: OPAS, 2023b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional>. Acesso em: 20 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud**: documento de posición de la OPAS/OMS. Washington, D.C.: OPAS, 2013. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 6). Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3132>. Acesso em: 14 abr. 2025.

PASCHOALOTTO, Marco Antonio Catussi *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: desigualdades socioeconômicas e na performance em saúde. **Gestão & Regionalidade**, v. 38, n. 113, p. 313-327, 2022.

PASSOS, Márcia Maria Barros dos; DE MORAES CASTOLDI, Vivien; SOLER, Orenzio. O papel do farmacêutico na pandemia de COVID-19: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e27110615809-e27110615809, 2021.

PEREIRA, Ana Karine; OLIVEIRA, Marília Silva; SAMPAIO, Thiago da Silva. Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 678-696, 2020.

PIOLA, Sérgio F.; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil**: um retrato das desigualdades regionais do período 2010-2022. Brasília, DF: Ipea, 2024. (Texto para Discussão, 2942).

REIS, João Gabbardo dos *et al.* Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, 2019.

RIBEIRO-SILVA, Rita de Cássia *et al.* Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3421-3430, 2020.

ROSA, Leonardo *et al.* **Previne Brasil**: análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023. (Nota de Política Pública, 9).

ROVER, Marina Raijche Mattozo, *et al.* Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2487-2499, 2017.

ROVER, Marina RaijcheMattozo, *et al.* Acesso a medicamentos de alto preço: desigualdades na organização e resultados entre estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 11, p. 5499–5508, 2021.

SACHS, J. **A década de ação para os objetivos de desenvolvimento sustentável**: relatório de desenvolvimento sustentável. Nova Iorque: Rede de Soluções para o Desenvolvimento Sustentável (SDSN), 2021.

SALES, Clarisse Andrade *et al.* O papel do farmacêutico nos serviços de vacinação: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e544101624040, 2021.

SANTOS, Lenir. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2043-2050, 2018.

SANTOS, Priscilla Paiva Gê Vilella dos; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. Desigualdades da oferta hospitalar no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 322-337, 2022.

SERVO, Luciana Mendes Santos *et al.* Financiamento do SUS e COVID-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 114-129, 2021.

SILVA, Wendell Rodrigues Oliveira da. Equidade ameaçada: assimetrias regionais nos investimentos em medicamentos no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, e179101320896, 2021.

SILVA, Raylla Ketelly Bevenuto da; TREVISAN, Marcio. Assistência farmacêutica em unidades hospitalares em tempos de pandemia-uma revisão integrativa. **Pub saúde, Brasil**, v. 7, p. a180, 2021.

SILVA, Gabriela Martins *et al.* Desafios da imunização contra COVID-19 na saúde pública: das fake news à hesitação vacinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 739-748, 2023a.

SILVA, Renato França da *et al.* A redução de risco de desastres, a agenda dos Objetivos Sustentáveis e os princípios do SUS, no contexto da pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 6, p. 1777-1788, 2023b.

SILVA, Wendell Rodrigues Oliveira da *et al.* O financiamento dos medicamentos nos municípios do Brasil: de quem é a responsabilidade? **Revista de Saúde Pública**, v. 58, p. 48, 2024.

SILVA-NETO, Luiz Gonzaga Ribeiro *et al.* Avaliação da insegurança alimentar no contexto da COVID-19: associação com o auxílio emergencial e recebimento de doação de alimentos na população em vulnerabilidade social de uma capital do Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 721-730, 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR (SBRAFH).

Levantamento nacional sobre o abastecimento de medicamentos e produtos para a saúde durante o enfrentamento da pandemia pela COVID-19. Anexo do Ofício nº 037/2020, enviado ao Ministro da Saúde em 15/06/2020. São Paulo: SBRAFH, 2020. Disponível em: <https://sbrafh.tecnologia.ws/2020/06/>. Acesso em: 18 jun. 2024.

SOUZA, Amanda de Fátima *et al.* COVID-19: Automedicação de indivíduos psicologicamente afetados. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 2721-2731, 2021a.

SOUZA, Diego de Oliveira. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da COVID-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300313, 2020.

SOUZA, Jeane Barros de *et al.* Campanha de vacinação contra COVID-19: diálogos com enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e20210193, 2021b.

TONÉO JÚNIOR, José Ferreira; SILVEIRA NETO, Raul da Mota. Disparidades regionais no Acesso a Medicamentos no Brasil: uma análise empírica. **Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia**, [S. l.], v. 1, n. s.1, 2023.

VENTURA, Maria Williany Silva *et al.* Determinantes sociais e acesso aos serviços de saúde em pacientes com COVID-19: estudo seccional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, p. e20230324, 2024.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010.

WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marília Sá. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00068820, 2020.