



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO
LATINO-AMERICANA**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM
SAÚDE**

**PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: HISTÓRICO, EVOLUÇÃO DO
ELENCO DE MEDICAMENTOS E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA**

Maristela Denck Colman

Foz do Iguaçu/PR
2025

Maristela Denck Colman

**PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: HISTÓRICO, EVOLUÇÃO DO
ELENCO DE MEDICAMENTOS E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão em Saúde da Universidade Federal da Integração Latino-Americana – UNILA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Luis de Andrade Barbosa.

Foz do Iguaçu/PR
2025

MARISTELA DENCK COLMAN

**PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: HISTÓRICO, EVOLUÇÃO DO
ELENCO DE MEDICAMENTOS E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal da Integração Latino-
Americana como requisito parcial para a obtenção
do título de Especialista em Gestão da Saúde

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Thiago Luis de Andrade Barbosa
UNILA

Profa. Me. Sandra Palmeira Melo Gomes
SMSA – Foz do Iguaçu-PR

Prof. Dr. Cezar Rangel Pestana
UNILA

Foz do Iguaçu, 27 de setembro de 2025.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo da autora: Maristela Denck Colman

Curso: Especialização em Gestão em Saúde.

Tipo de Documento	
<input type="checkbox"/> graduação	<input type="checkbox"/> artigo
<input checked="" type="checkbox"/> Especialização	<input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso
<input type="checkbox"/> mestrado	<input type="checkbox"/> monografia
<input type="checkbox"/> doutorado	<input type="checkbox"/> dissertação
	<input type="checkbox"/> tese
	<input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais
	<input type="checkbox"/>

Título do trabalho acadêmico:

PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: HISTÓRICO, EVOLUÇÃO DO ELENCO DE MEDICAMENTOS E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

Nome do orientador: Thiago Luis de Andrade Barbosa.

Data da Defesa: 27 / 09 / 2025

Licença não-exclusiva de Distribuição

A referida autora:

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 27 de setembro de 2025.

*Dedico esse trabalho aos que semeiam esperança em cada gesto de cuidado,
aos que lutam para garantir o acesso universal e equitativo a medicamentos
e a todos que acreditam no SUS.*

RESUMO

A garantia do acesso a medicamentos essenciais no Brasil iniciou com a criação da Central de Medicamentos (CEME), em 1971, contudo, foi sistematizada a partir de 1998, com a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que estabeleceu diretrizes para segurança, qualidade, eficácia, uso racional e universalidade no fornecimento. Para tanto, orienta-se através da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a reorientação da Assistência Farmacêutica (AF). O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), criado em 2004, passou por diversas reorganizações, períodos de recessão e ascensão. Durante a maior parte de sua história o fornecimento de medicamentos deu-se por meio de copagamento dos usuários, atingindo a gratuidade somente em 2025. Inicialmente, os medicamentos eram dispensados em farmácias próprias do Ministério da Saúde (MS) e, posteriormente, ampliados para a rede privada credenciada, no modelo “Aqui Tem Farmácia Popular”. Reformulações administrativas e financeiras resultaram em períodos de expansão, como a criação da campanha “Saúde Não Tem Preço” (2011), e de retração, como a extinção da rede própria em 2017 e os cortes orçamentários em 2022. A partir de 2023, novas medidas de expansão, com foco em populações vulneráveis, consolidaram a gratuidade integral do elenco. Atualmente, conta-se com um elenco amplo no qual 41 insumos são distribuídos gratuitamente, abrangendo doenças crônicas de alta prevalência (asma, dislipidemia, Parkinson, glaucoma, rinite, osteoporose), anticoncepcionais, além da distribuição de absorventes e fraldas geriátricas. Contudo, o elenco ainda carece de medicamentos voltados ao tratamento de transtornos mentais, assim como de uma maior clareza quanto aos critérios utilizados para sua seleção. Essa ampliação reforçou a integralidade da AF, ainda que críticas permaneçam sobre a ausência de critérios claros na seleção dos fármacos e a falta de inclusão de psicotrópicos para transtornos mentais. Por ser uma política pública que adota a forma de financiamento público-privada, constantes investigações e auditorias, internas e externas, são realizadas a fim de reduzir fraudes e gastos inadequados. A dependência da rede privada conveniada, somada às disparidades regionais de credenciamento, pode fragilizar a integralidade da assistência e comprometer a equidade territorial. O programa atua como complemento à AF, mas, em alguns contextos, substitui responsabilidades da Atenção Básica, evidenciando tensões na gestão local do SUS. Entre os desafios de gestão, destacam-se a sustentabilidade financeira, diante do modelo de reembolso às farmácias privadas; as desigualdades regionais na cobertura; as fragilidades no monitoramento e na fiscalização; e a ausência de avaliações regulares de custo-efetividade. As perspectivas futuras apontam para a necessidade de consolidar mecanismos de governança e transparência, ampliar a integração do PFPB às Redes de Atenção à Saúde (RAS), fortalecer a participação social e desenvolver estratégias de financiamento estáveis. O uso de tecnologias digitais para monitoramento em tempo real surge como ferramenta essencial para garantir maior eficiência e controle. Conclui-se que o PFPB, ao longo de duas décadas, consolidou-se como política pública estratégica do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por reduzir desigualdades e ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais, embora permaneça tensionado entre expansão, sustentabilidade e fortalecimento da rede pública.

Palavras-chave: Programa Farmácia Popular do Brasil, Assistência Farmacêutica, Política Nacional de Medicamentos, Acesso a medicamentos.

ABSTRACT

The guarantee of access to essential medicines in Brazil began with the creation of the Central de Medicamentos (CEME) in 1971, but was systematized only in 1998 with the implementation of the National Medicines Policy (PNM), which established guidelines for safety, quality, efficacy, rational use, and universality in provision. This process has been guided by the National List of Essential Medicines (RENAME) and the reorientation of Pharmaceutical Services (AF). The Brazilian Popular Pharmacy Program (PFPB), created in 2004, has undergone several reorganizations, alternating between periods of expansion and recession. For most of its history, medicines were provided through user copayment, reaching full gratuity only in 2025. Initially restricted to Ministry of Health (MoH) pharmacies, the program later expanded to accredited private pharmacies under the “Aqui Tem Farmácia Popular” model. Administrative and financial reforms led to cycles of expansion, such as the “Saúde Não Tem Preço” campaign (2011), and contraction, such as the closure of MoH pharmacies in 2017 and budget cuts in 2022. From 2023 onwards, new measures targeted at vulnerable populations consolidated full gratuity, currently covering 41 items, including medicines for highly prevalent chronic diseases (asthma, dyslipidemia, Parkinson’s disease, glaucoma, rhinitis, osteoporosis), contraceptives, as well as sanitary pads and geriatric diapers. Despite this progress, criticisms persist regarding the lack of clear criteria for drug selection and the exclusion of psychotropics for mental disorders. As a public policy based on public–private financing, the program is subject to continuous internal and external audits to reduce fraud and misuse of funds. Dependence on the private network, combined with regional disparities in accreditation, may weaken comprehensiveness and compromise territorial equity. While the program complements Pharmaceutical Services, in some contexts it replaces primary care responsibilities, generating tensions in local SUS management. Key management challenges include financial sustainability under the pharmacy reimbursement model, regional inequalities in coverage, weaknesses in monitoring and oversight, and the absence of regular cost-effectiveness assessments. Future perspectives highlight the need to strengthen governance and transparency mechanisms, improve integration of the PFPB into Health Care Networks (RAS), expand social participation, and establish stable financing strategies. Digital health technologies for real-time monitoring emerge as essential tools to ensure efficiency and control. Over its two decades of existence, the PFPB has consolidated itself as a strategic public policy within the Brazilian Unified Health System (SUS), contributing to the reduction of inequalities and broadening access to essential medicines, though it remains challenged by tensions between expansion, sustainability, and the strengthening of the public network.

Keywords: Brazilian Popular Pharmacy Program, Pharmaceutical Services, National Medicines Policy, Access to medicines.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	11
3.1 Geral	11
3.2 Específicos	11
3. METODOLOGIA.....	11
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	122
4.1 Histórico do Programa Farmácia Popular do Brasil	12
4.2 Evolução do Elenco de Medicamentos	15
4.3 PFPB e a Assistência Farmacêutica.....	20
4.4 Desafios de gestão do PFPB	23
4.5 Perspectivas futuras para o PFPB.....	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	29

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 descreve em seu 196º artigo que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A partir disso, devemos considerar que o acesso a medicamentos é essencial para garantir a integralidade do atendimento terapêutico. Contudo, o Brasil é um país de dimensões continentais, além de suas diversidades, o que tornam a implementação de políticas públicas extremamente complexa, sobretudo na área da saúde (SILVA, 2019).

A Assistência farmacêutica (AF) é definida como o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial. Tais ações abrangem desde a seleção, programação, aquisição, distribuição até a dispensação e o uso racional dos medicamentos (BRASIL, 2004a). Marco importante da AF, em âmbito nacional, foi a Central de Medicamentos (CEME), ativa entre 1971 e 1997, facilitando o acesso a medicamentos por populações economicamente vulneráveis. Ainda na década de 1990, o acesso a medicamentos essenciais foi facilitado por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS). No entanto, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), criado em 2004, ampliava o acesso a medicamentos, por ter cada vez mais pontos de distribuição, em um primeiro momento de maneira coparticipativa (BRASIL, 2024a).

No contexto da temática da AF, em 1998, foi publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria GM/MS nº 3.916/1998, tendo como finalidades principais: garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; promover o uso racional dos medicamentos; e garantir o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais (CONASS, 2007). Para atingir os objetivos propostos, a PNM orienta-se por diretrizes fundamentais, como a elaboração da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a reorientação da AF, ambas diretamente conectadas ao objeto de estudo deste trabalho. A PNM também define responsabilidades delineadas para as três esferas federativas. No que diz respeito à RENAME, tal relação está estruturada em três componentes: Básico, Estratégico e Especializado (ALENCAR, 2018).

Em 2004, foi instituído pelo Governo Federal o PFPB, com o objetivo de assegurar o acesso a medicamentos básicos e essenciais, à população assistida também pela rede privada, reduzindo o impacto destes no orçamento familiar. Quando lançado, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) teve como responsabilidades a aquisição, estocagem e distribuição, sendo a dispensação de responsabilidade de redes próprias do Ministério da Saúde (MS). Contudo, em 2006, houve a expansão da dispensação ao varejo farmacêutico, como alternativa à conveniência do usuário, algo que ocorreu até o ano de 2017, quando as redes próprias foram extintas, e a dispensação ocorre até o presente momento apenas em farmácias privadas, conveniadas com o programa (ALENCAR, 2018; SILVA, 2019).

No período de 2004 a 2010, a aquisição dos medicamentos ocorreu por meio de copagamento, no qual o usuário necessitava desempenhar o custo do serviço. A partir de 2011, alguns medicamentos eram disponibilizados gratuitamente, porém a maior parte continuava no modelo de copagamento. Em 2025, através da Portaria GM/MS nº 6.613/2025, estabeleceu-se a gratuidade em 100% do elenco de medicamentos do programa (MANEIRO, 2018; MACHADO, 2023).

Com relação ao elenco de medicamentos, em 2004 quando lançado, o programa contava com aproximadamente 20 apresentações de medicamentos, utilizados para hipertensão, diabetes e asma. Atualmente o elenco está mais amplo, com 41 apresentações de medicamentos, utilizados para hipertensão, diabetes, asma, dislipidemia, Parkinson, glaucoma, rinite e anticoncepcionais. Além disso, para condições de saúde e socioeconômicas específicas, são disponibilizadas gratuitamente fraldas geriátricas e absorventes menstruais (MANEIRO, 2018; MACHADO, 2023).

A sustentabilidade do PFPB vem sendo amplamente debatida diante da ampliação do elenco de medicamentos e insumos ofertados gratuitamente, que passou de aproximadamente 20 apresentações em 2004 para 41 itens em 2025 (BRASIL, 2025a). Embora essa expansão represente avanços significativos no acesso à AF, ela também impõe maiores exigências financeiras ao orçamento público. Em um cenário de austeridade fiscal, impulsionado por medidas de controle de gastos, cresce o risco de restrições orçamentárias que possam comprometer a manutenção plena do programa (MENDES; CUNHA, 2023). Soma-se a isso a crescente demanda

da população idosa e cronicamente enferma, que tende a pressionar ainda mais o sistema.

Além do financiamento, o PFPB enfrenta desafios estruturais ligados à gestão e à capacidade de regulação, como a dificuldade de monitorar fraudes e a dependência de farmácias privadas conveniadas, cuja adesão pode ser prejudicada pela defasagem dos valores de repasse (BRASIL, 2022). A ausência de avaliações regulares de custo-efetividade e de integração plena com a Atenção Básica também fragiliza a sustentabilidade da política em longo prazo (CASSIANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2015). Diante disso, o fortalecimento do PFPB exige não apenas a garantia de recursos financeiros estáveis, mas também aprimoramento na gestão, regulação e avaliação da política a fim de assegurar seu impacto social positivo e sua continuidade como ferramenta estratégica do SUS.

O acesso a medicamentos essenciais é um dos componentes centrais da integralidade da atenção à saúde, sendo um dos pilares estruturantes do SUS. Desde sua criação, PFPB tem desempenhado papel relevante na ampliação desse acesso, complementando a AF e garantindo à população a obtenção de medicamentos para condições de saúde de alta prevalência. Ao longo de sua trajetória, o programa passou por reformulações significativas em seu escopo, modelo de financiamento, formas de dispensação e elenco de medicamentos, refletindo assim as transformações sociais, políticas e econômicas do país. Nesse sentido, compreender os impactos dessa evolução e os desafios de sua sustentabilidade é fundamental para a análise crítica de políticas públicas de saúde (COSTA, 2014; ALENCAR, 2018).

Apesar de sua importância estratégica, o PFPB tem sido alvo de debates quanto à sua efetividade, à regulação de suas parcerias com a iniciativa privada, à racionalidade de seu financiamento e à sua articulação com as demais ações da AF no SUS. Tais aspectos ganham ainda mais relevância diante do atual cenário de restrição orçamentária, marcado por medidas de austeridade fiscal e mudanças nas prioridades das políticas públicas. Ao buscar investigar a trajetória e os desdobramentos do programa, esta pesquisa se justifica pela necessidade de fornecer subsídios teóricos e analíticos que permitam compreender sua inserção no SUS e contribuir com o aprimoramento da gestão em saúde.

2. OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar como a evolução do Programa Farmácia Popular influenciou a gestão do acesso a medicamentos no Brasil.

3.2 Específicos

- Resgatar o histórico do PFPB;
- Analisar a evolução do elenco de medicamentos ofertados, identificando os impactos no acesso e na cobertura terapêutica da população;
- Investigar o papel do PFPB na organização da Assistência Farmacêutica;
- Descrever os principais desafios de gestão enfrentados pelo programa;
- Discutir os aspectos de sustentabilidade política e econômica do programa, considerando os riscos da sua continuidade;

3. METODOLOGIA

Para a elaboração de um trabalho amplo e cientificamente embasado, adotou-se a metodologia de narrativa bibliográfica. A pesquisa foi realizada utilizando o termo “*Programa Farmácia Popular do Brasil*” nos repositórios Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que integra bases de dados nacionais e internacionais, como SciELO e LILACS, e no portal Periódicos CAPES, que, além de contemplar bases nacionais e internacionais, também disponibiliza teses e dissertações produzidas no Brasil.

O termo de busca foi definido de forma ampla, aplicando-se filtro pela data de publicação dos últimos dez anos, com o objetivo de ampliar o número de resultados. A partir da leitura dos resumos, foram selecionados os artigos mais alinhados aos objetivos da pesquisa. Dessa forma, obteve-se um total de oito artigos científicos, todos em língua portuguesa, sendo o mais antigo publicado em 2017 e o mais recente em 2024.

Dos oito artigos selecionados, três são revisões de literatura, quatro análises estatísticas a partir de bases de dados e dois são estudos qualitativos de entrevistas realizadas pelos autores. Além disso, foram também utilizadas para redigir o trabalho e confirmar dados de autores nas legislações nacionais.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Histórico do Programa Farmácia Popular do Brasil

A primeira iniciativa da criação de um programa para o fornecimento de medicamentos essenciais a partir de farmácia populares privadas, que seriam conveniadas com o Estado, ocorreu com o Projeto de Lei (PL) nº 4.702/1994, de autoria do então deputado federal Eduardo Jorge, filiado na época ao Partido dos Trabalhadores de São Paulo (ALENCAR, 2018; BRASIL, 1994). Experiências exitosas de farmácias populares dos estados do Rio Grande do Norte e Pernambuco inspiraram o PL nº 4.702/1994 (BRASIL, 1994).

Sem evolução na câmara dos deputados, o PL foi proposto de campanha do candidato à Presidência, Luiz Inácio Lula da Silva em 2002. Com sua vitória, a estruturação da política pública, tornou-se prioridade no âmbito da saúde (ALENCAR, 2018). A Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PNAF) foi apresentada em 2004 e, simultaneamente, iniciou-se a discussão sobre como o PFPB iria corroborar, ampliando o acesso a medicamentos. A organização técnica e administrativa do PFPB seria realizada pela FIOCRUZ, sendo assim, a instituição seria responsável pela produção ou aquisição dos medicamentos, estocagem, comércio e dispensação. Houve muitas críticas pela falta de planejamento técnico e orçamentário, contudo o PFPB foi instituído por meio do Decreto nº 5.090/2004, e regulamentado pela Lei nº 10.858/2004 (ALENCAR, 2018; BRASIL, 2004a).

Inicialmente, os medicamentos eram fornecidos apenas em rede própria do MS, após dois anos, em 2006, os medicamentos começaram a ser distribuídos também em farmácias da rede privada, por meio da criação da modalidade “Aqui Tem Farmácia Popular”, mediante pagamento de 10% do valor de referência. As farmácias privadas deveriam atender a critérios estabelecidos de dispensação, controle, fiscalização e processamento de compras. Dessa vez, as críticas foram acerca do financiamento do mercado farmacêutico privado frente às iniciativas de assistência farmacêutica públicas (ALENCAR, 2018).

O ano de 2011 foi marcado pela campanha “Saúde Não Tem Preço”, que permitiu a isenção em alguns dos medicamentos do elenco. Fato relevante é que desde 2011, o Tribunal de Contas da União (TCU) identificou problemas no processo de acreditação de farmácias, falta de estudos de custo-efetividade, controles internos

frágeis, inexistência de atividades para identificação de fraudes e falta de penalização administrativa de irregularidades verificadas nos processos analisados. Como resposta, o MS promoveu mudanças significativas, como o cruzamento de dados dos óbitos com os inscritos no programa, redução dos valores de referências, proibição da entrega de medicamentos a domicílio e o aumento das regras de identificação do paciente durante a dispensação (BRASIL, 2012; ALENCAR, 2018).

Figura 1 – Linha do tempo do PFPB



Fonte: autoria própria.

Após dez anos do início do programa, em 2014, o governo federal teve o PFPB como o programa social com melhor avaliação. Estima-se que durante esse período foram atendidas mais de 32 milhões de pessoas, fato esse que influenciou a integração, nesse mesmo ano, do PFPB a outros programas governamentais estratégicos: Plano Brasil Sem Miséria, Brasil Carinhoso e Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (BRASIL, 2014).

No entanto, entre 2015 e 2022, o cenário econômico e político provocou restrições no elenco de medicamentos ofertados, configurando um ponto de inflexão na trajetória do programa. Em 2016, alterações normativas (Portaria nº 111/2016) redefiniram critérios de adesão da rede privada e ajustaram valores de ressarcimento, além de instituírem, pela Portaria nº 957/2016, a vinculação do PFPB à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica. Já em 2017, houve a extinção da modalidade “Rede Própria” sob justificativa de alto custo, seguida da redução do elenco de medicamentos e mudanças nos critérios de acesso da modalidade “Aqui Tem Farmácia Popular”, o que foi interpretado como medida restritiva (BRASIL, 2016; CONASEMS, 2017).

Entre 2018 e 2022, observou-se um processo de enfraquecimento do programa, refletido na diminuição do orçamento e no contingenciamento de recursos. Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) já apontava que, nesse período, a queda na participação orçamentária comprometeu a capacidade de garantir acesso contínuo a medicamentos essenciais (SANTOS; PINTO, 2020). Essa situação se agravou em 2022, quando houve corte de aproximadamente 59% no orçamento do PFPB, fato amplamente noticiado e criticado por associações profissionais e pesquisadores da saúde coletiva, por representar risco de descontinuidade da política (BRASIL, 2022).

A partir de 2023, sob nova orientação política, iniciou-se a retomada da expansão do programa, após quase dez anos sem novos credenciamentos. O MS priorizou a inserção de farmácias em municípios vulneráveis, especialmente aqueles integrados ao Programa Mais Médicos, além de ampliar a cobertura da gratuidade. Destaca-se, nesse momento, a decisão de conceder gratuidade integral dos medicamentos a beneficiários do Bolsa Família e a populações indígenas, abrangendo aproximadamente 55 milhões de pessoas (BRASIL, 2023). Essa medida conferiu caráter redistributivo ao PFPB, reforçando seu alinhamento com a política de equidade no SUS.

Em 2024, a ampliação foi consolidada: 95% dos medicamentos e insumos passaram a ser disponibilizados gratuitamente, incluindo fármacos para doenças crônicas como Parkinson, glaucoma, dislipidemia e rinite, além da incorporação de absorventes higiênicos pelo Programa Dignidade Menstrual (BRASIL, 2024a). Essa decisão não apenas ampliou o escopo terapêutico, como também inseriu dimensões de saúde sexual e reprodutiva, reconhecendo desigualdades de gênero no acesso a insumos básicos de cuidado (COSTA; VIEIRA, 2024).

O ano de 2025 marca uma nova etapa do programa, com a oficialização da gratuidade integral dos 41 medicamentos e insumos disponíveis. Em paralelo, foi instituído um processo rigoroso de recadastramento e fiscalização das unidades credenciadas, resultando na exclusão de mais de 9 mil estabelecimentos que não atenderam às exigências ministeriais (BRASIL, 2025b). Ao mesmo tempo, foram implementados 25 indicadores de monitoramento, bloqueando milhões de tentativas de fraude e recuperando recursos públicos (BRASIL, 2025c). Tais medidas indicam não apenas a expansão de acesso, mas também a preocupação com a sustentabilidade financeira e a integridade institucional do programa.

Assim, a trajetória do PFPB entre sua concepção inicial, em meados da década de 1990, e as transformações recentes até 2025, evidencia os desafios inerentes à consolidação de políticas públicas de acesso a medicamentos no Brasil. As oscilações entre momentos de expansão e de retração revelam o peso das disputas políticas e econômicas na definição de prioridades do SUS, ao mesmo tempo em que reafirmam a centralidade do PFPB na garantia do direito constitucional à saúde. A ampliação da gratuidade, a integração com programas sociais estratégicos e o fortalecimento dos mecanismos de controle e fiscalização demonstram avanços importantes, mas também impõem a necessidade de constante vigilância social e institucional para assegurar a sustentabilidade e a efetividade da política pública, evitando retrocessos que possam comprometer sua função essencial de reduzir desigualdades e ampliar o acesso da população brasileira a medicamentos essenciais.

4.2 Evolução do Elenco de Medicamentos

Quando lançado, em 2004, o PFPB contava com 20 apresentações de medicamentos, indicados para o tratamento de diabetes e hipertensão, doenças crônicas não transmissíveis. Como esses medicamentos são de uso contínuo, houve

acesso facilitado para promover maior adesão ao tratamento. O fornecimento ocorria mediante a copagamento dos usuários (BRASIL, 2004a).

Houve muitas atualizações do elenco, com inclusão de contraceptivos, dislipidêmicos, antiparkinsonianos, antiasmáticos, medicamentos indicados para o tratamento de osteoporose, rinite, glaucoma e Influenza A H1N1 (durante a pandemia da doença), além de fraldas geriátricas. Ressalta-se que, em 2025, houve a gratuidade de 100% do elenco. Além disso, incluíram-se ao PFPB os absorventes higiênicos às beneficiárias do Programa Dignidade Menstrual, totalizando 41 insumos (BRASIL, 2010; BRASIL, 2025).

Estudo conduzido por Yamauti (2015) sobre o elenco de medicamentos disponibilizados pelo PFPB, comparando-o às listas nacionais e internacionais de medicamentos essenciais. Nessa análise, foi evidenciado a ausência de critérios claros para a seleção dos medicamentos, resultando, por vezes, em divergências em relação a listas reconhecidas como padrão. O estudo ressaltou ainda que as escolhas realizadas pelo programa influenciam diretamente a indústria farmacêutica nacional, especialmente no que se refere a preços e disponibilidade, com destaque para os medicamentos genéricos, que representam a maior parte das dispensações pelo programa. A investigação concluiu que a atualização do elenco deve basear-se em critérios técnicos bem definidos, alinhados às diretrizes nacionais e ao conceito de essencialidade preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

No quadro 1 estão descritos os medicamentos incluídos no PFPB, com referência de agosto de 2025, utilizando o RENAME 2024, foi possível verificar que a maioria dos medicamentos está presente em ambas listas. A sigla CBAF refere-se ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, enquanto que a sigla CEAF refere-se ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. O CBAF inclui medicamentos que tratam as principais doenças que acometem a população geral. Já o CEAF garante o acesso a medicamentos para o tratamento de doenças crônico-degenerativas, buscando a integralidade nas linhas de cuidado; deste componente são contemplados pela lista do PFPB, medicamentos para o tratamento de glaucoma, rinite e a associação de DM e doença cardiovascular (BRASIL, 2024c).

Observa-se que além da variedade de fármacos e concentrações para as diferentes patologias, também há opções de formas farmacêuticas, quando disponíveis, o que auxilia na adesão ao tratamento.

No manejo da asma, o PFPB disponibiliza contempla tanto o tratamento de crises quanto a manutenção em longo prazo. Como recomenda o *Global Initiative for Asthma* (GINA, 2024), para o alívio imediato dos sintomas é indicada a associação de sulfato de salbutamol e o brometo de ipratrópio, ambos disponibilizados em duas formas farmacêuticas. Já para o tratamento de manutenção e controle da inflamação das vias aéreas, o PFPB disponibiliza o dipropionato de beclometasona, corticosteroide inalatório considerado primeira linha no manejo da doença, em diferentes concentrações e apresentações (GINA,2024).

Com a finalidade de atender um contingente maior da população, o PFPB oferta anticoncepcionais orais e injetáveis, o que permite acomodar preferências, condições clínicas e necessidades de adesão. As quatro apresentações do elenco contemplam opções combinadas (estrogênio + progestagênio) e somente progestagênio, cobrindo desde usuárias que desejam esquemas mensais até quem prefira doses trimestrais ou uso diário sem estrogênio. Essas escolhas são coerentes com recomendações de OMS (OMS, 2022).

Quadro 1 - Lista dos medicamentos dispensados pelo PFPB em relação com a RENAME, 2024.

Categoria	Medicamento/Insumo	RENAME
Asma	Brometo de ipratrópio 20 mcg/dose (aerossol)	CBAF
	Brometo de ipratrópio 0,25 mg/mL (solução para nebulização)	CBAF
	Dipropionato de beclometasona 50 mcg (aerossol)	CBAF
	Dipropionato de beclometasona 200 mcg (cápsula inalante/aerossol)	CBAF
	Dipropionato de beclometasona 250 mcg (aerossol)	CBAF
	Sulfato de salbutamol 100 mcg (aerossol)	CBAF
	Sulfato de salbutamol 5 mg (solução para nebulização)	CBAF
Diabetes	Cloridrato de metformina 500 mg	CBAF
	Cloridrato de metformina 500 mg (ação prolongada)	Não incluso
	Cloridrato de metformina 850 mg	CBAF
	Glibenclamida 5 mg	CBAF
	Insulina humana regular 100 UI/mL (injetável)	CBAF
	Insulina humana NPH 100 UI/mL (injetável)	CBAF
Hipertensão	Atenolol 25 mg	Não incluso
	Besilato de anlodipino 5 mg	CBAF
	Captopril 25 mg	CBAF
	Cloridrato de propranolol 40 mg	CBAF
	Hidroclorotiazida 25 mg	CBAF
	Losartana potássica 50 mg	CBAF
	Maleato de enalapril 10 mg	CBAF

	Espironolactona 25 mg	CBAF
	Furosemida 40 mg	CBAF
	Succinato de metoprolol 25 mg	CBAF
Anticoncepção	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg/mL (injetável)	CBAF
	Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg	CBAF
	Noretisterona 0,35 mg	CBAF
	Valerato de estradiol 5 mg + enantato de noretisterona 50 mg (injetável)	CBAF
Osteoporose	Alendronato de sódio 70 mg	CBAF
Dislipidemia (colesterol alto)	Sinvastatina 10 mg	CBAF
	Sinvastatina 20 mg	CBAF
	Sinvastatina 40 mg	CBAF
Doença de Parkinson	Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg	CBAF
	Cloridrato de benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg	CBAF
Glaucoma	Maleato de timolol 2,5 mg/mL (colírio)	CBAF
	Maleato de timolol 5 mg/mL (colírio)	CEAF
Rinite	Budesonida 32 mcg/dose (nasal)	CEAF
	Budesonida 50 mcg/dose (nasal)	CEAF
	Dipropionato de beclometasona 50 mcg/dose (nasal)	CEAF
Diabetes Mellitus + Doença Cardiovascular	Dapagliflozina	CEAF
Dignidade Menstrual	Absorvente higiênico	NA
Incontinência Urinária	Fralda geriátrica	NA

Fonte: adaptado de RENAME (2022) e BRASIL (2025).

O Atenolol, um betabloqueador utilizado para o controle da pressão arterial, na concentração 25 mg consta na lista de medicamentos disponibilizados pelo PFPB, entretanto na RENAME 2024 faz parte do CBAF, nas concentrações de 50 mg e 100 mg. Isto pode ser visto como uma vantagem, do ponto de vista de abrangência, visto que os medicamentos constantes na RENAME são utilizados como referência para elaboração das listas municipais (REMUME), possibilitando que os municípios, de acordo com a viabilidade orçamentária e logística, bem como avaliação epidemiológica, ofertem também concentrações mais elevadas, ampliando assim a capacidade de atendimento às necessidades terapêuticas da população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2023; BRASIL, 2024c; BRASIL, 2025d).

Outro destaque do elenco é o cloridrato de metformina, disponibilizado em três apresentações: duas em comprimidos convencionais (liberação imediata), com diferentes concentrações, e uma em comprimido de liberação prolongada na concentração de 500 mg.

A metformina é o medicamento de primeira escolha para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2, o fármaco atua reduzindo a gliconeogênese, aumentando sensibilidade à insulina e reduzindo a absorção intestinal de glicose; além de outros mecanismos moleculares benéficos no tratamento a longo prazo. Entretanto, pode causar efeitos adversos gastrointestinais que frequentemente comprometem a adesão ao tratamento. A formulação de liberação prolongada apresenta vantagens clínicas importantes, como melhor tolerabilidade, redução da frequência de doses diárias, maior controle glicêmico e, a longo prazo, diminuição das complicações graves da doença, contribuindo para um prognóstico mais favorável (JABBOUR, 2011).

Como visto a partir desta análise, tanto os medicamentos disponibilizados pelo PFPB quanto os constantes no CBAF, atendem a uma parcela expressiva da população com medicamentos de escolha terapêutica primária. A experiência acumulada ao longo dos 22 anos de implementação dessa política pública evidencia como o PFPB opera de forma complementar à Atenção Básica, provendo medicamentos essenciais mesmo quando os recursos orçamentários tripartites se mostram insuficientes.

A ampliação tanto da rede conveniada quanto do elenco de medicamentos cresceu de forma exponencial, todavia quando se analisa esse crescimento no âmbito da assistência farmacêutica, observa-se que os critérios da PNAF não eram cumpridos pelas redes privadas, uma vez que as ações de promoção, prevenção à saúde e uso racional de medicamentos não eram prioridades (ALENCAR, 2018).

Mattos et al. (2019) identificaram percepções divergentes entre gestores municipais, estaduais e técnicos do SUS sobre a relação entre o PFPB e a Atenção Básica. Alguns veem o programa como uma complementariedade à Atenção Básica, enquanto outros consideram que ele atua nas falhas da assistência farmacêutica básica. A análise revelou que o PFPB, embora tenha sido concebido para complementar a Atenção Básica, muitas vezes acaba suprindo lacunas deixadas pela insuficiência de recursos na assistência farmacêutica básica. O estudo também destacou que, na prática, as ações dos gestores municipais em relação ao

fornecimento de medicamentos são frequentemente baseadas na disponibilidade destes no PFPB.

Isso implica que o programa, ao invés de apenas complementar, acaba redefinindo as prioridades e estratégias da Atenção Básica, visto que a oferta de medicamentos pelo PFPB pode influenciar diretamente as decisões de gestão local. Essas observações sugerem que, embora o PFPB tenha sido uma estratégia eficaz para ampliar o acesso a medicamentos essenciais, sua implementação sem uma articulação adequada com as esferas subnacionais pode levar a uma dependência do programa para suprir deficiências na Atenção Básica. Isso pode comprometer a autonomia dos municípios na gestão da AF e afetar a integralidade do cuidado, princípio fundamental do SUS (MATTOS, 2019).

De acordo com Santos et al. (2024), a lista de medicamentos disponibilizados pelo PFPB ainda não contempla medicamentos indicados para transtornos mentais, apesar do aumento constante na prevalência dessas condições no Brasil. Estudos demográficos mostram que transtornos, como ansiedade e depressão, estão entre as principais causas de incapacitação no país, com taxas elevadas, especialmente entre jovens adultos — e quadros de suicídio têm se intensificado, exigindo resposta efetiva do sistema de saúde (CARVALHO, 2023; SANTOS, 2024).

A ausência de psicofármacos no PFPB representa uma falha significativa na integralidade do cuidado em saúde, considerando que o programa foi idealizado para complementar a Atenção Básica, especialmente em situações de contingência orçamentária. A disponibilização de medicamentos psiquiátricos no PFPB facilitaria o acesso das pessoas com transtornos mentais, muitas vezes precariamente assistidas na rede pública, e promoveria continuidade de tratamento, o que é essencial para a estabilidade dos quadros clínicos e a redução de crises.

Além disso, a falta desse tipo de medicamento nas dispensações gratuitas agrava a desigualdade no acesso, pois pacientes que não têm suporte financeiro acabam interrompendo o uso ou abandonando o tratamento, o que é agravado pela ausência de suporte ambulatorial psicossocial estruturado.

4.3 PFPB e a Assistência Farmacêutica

A AF é componente estruturante do SUS, tanto que o Brasil desenvolve uma política e possui formas de financiamento específicas para o desenvolvimento desta

(BRASIL, 2004a). Nessa perspectiva, o modelo de acesso a medicamentos da OMS/MSH (2000), estruturado nas dimensões de disponibilidade, acessibilidade geográfica, aceitabilidade e poder de compra, relaciona-se diretamente à AF, pois estabelece parâmetros para avaliar em que medida os sistemas de saúde garantem acesso efetivo e equitativo à população (CARRARO, 2014).

Ao se aplicar as dimensões do modelo de acesso a medicamentos da OMS/MSH (2000), pode-se perceber que, no quesito disponibilidade, o PFPB expande o abastecimento por meio da adesão massiva de farmácias privadas conveniadas. No que se refere à acessibilidade geográfica, ponto de extrema importância considerando que o Brasil é um país de dimensões continentais, a proximidade entre usuários e pontos de dispensação amplia o acesso. Destacam-se, ainda, vantagens em diferentes contextos: em municípios pequenos, observa-se a complementaridade do setor privado; já em grandes metrópoles, onde há dificuldades de transporte e logística, o programa possibilita a oferta de medicamentos em áreas mais próximas dos usuários.

No que diz respeito à dimensão da aceitabilidade, o PFPB oferece atendimento em espaços já inseridos no cotidiano do usuário, como as farmácias privadas, o que facilita a procura espontânea. Contudo, permanece o desafio da qualificação profissional, fundamental para assegurar a orientação adequada e o uso racional dos medicamentos. Em relação ao poder de compra, é necessário avaliar duas perspectivas: para o usuário, atualmente o custo é nulo, posto que, em 2025, foi instituída a gratuidade integral do elenco de medicamentos; entretanto, para o Estado, os custos tendem a ser crescentes, o que gera instabilidade quanto à continuidade do programa, especialmente diante de políticas de austeridade econômica (MATTOS, 2019; CARRARO, 2014).

Martins et al. (2024) discutem os principais efeitos do PFPB na AF, organizados em cinco eixos: ampliação do acesso a medicamentos, redução das desigualdades, fortalecimento da Atenção Básica, integração entre os setores público e privado e educação em saúde. A ampliação do acesso a medicamentos essenciais foi viabilizada pela descentralização do programa, ao integrar farmácias privadas, inicialmente mediante copagamento e, mais recentemente, pela gratuidade integral. Embora tal medida represente um avanço no acesso universal, ainda impõe ao Estado um custo crescente que pode comprometer a sustentabilidade do programa em cenários de restrição fiscal. A redução das desigualdades também se mostrou

relevante, uma vez que desde sua criação o PFPB garantiu o fornecimento gratuito de medicamentos a populações em situação de vulnerabilidade, como pessoas de baixa renda e comunidades indígenas. Nesse contexto, observa-se a persistência de disparidades regionais e socioeconômicas que desafiam a efetivação plena da equidade (SANTOS-PINTO, 2020).

Outro ponto central foi o fortalecimento da Atenção Básica, pois o maior acesso aos medicamentos contribuiu para a adesão ao tratamento, prevenindo complicações e reduzindo a pressão sobre serviços de maior complexidade no SUS. Contudo, esse efeito positivo pode ser relativizado pela possibilidade de substituição da aquisição de medicamentos pelas farmácias públicas em função da dependência crescente da rede privada. A parceria entre os setores público e privado ampliou a capilaridade e otimizou a logística de distribuição, além de aliviar a sobrecarga das farmácias públicas; ainda assim, trouxe consigo o risco de transferir responsabilidades estruturantes da AF para atores externos ao SUS. Por fim, no eixo da educação em saúde, observa-se que a atuação do farmacêutico nas dispensações favoreceu o uso racional de medicamentos e fortaleceu os vínculos com os usuários. Apesar disso, persistem lacunas relacionadas à heterogeneidade da qualificação profissional e à insuficiente institucionalização de ações de educação em saúde como parte integrante da AF (MARTINS, 2024; CARRARO, 2014).

Em investigação conduzida por Almeida et al. (2019), foram analisados dados anuais de 5.566 municípios brasileiros, o que permitiu comparações da cobertura do PFPB. O estudo considerou o período de 2003 a 2016 para avaliação das internações e de 2003 a 2015 para os resultados de mortalidade por diabetes mellitus e hipertensão arterial. Os resultados evidenciaram que a ampliação do acesso a medicamentos por meio do PFPB teve impacto significativo na redução das internações hospitalares por diabetes e hipertensão arterial, com queda média de 27,6% ao ano, além de uma redução anual de 8% nos óbitos relacionados a essas doenças. Esses achados reforçam o papel da AF como componente estratégico da saúde pública, capaz de reduzir custos assistenciais e melhorar a sobrevivência dos pacientes.

Outro ponto fundamental é a equidade no acesso. Costa et al. (2016) nos traz que a população de menor renda é a que mais se beneficia do PFPB, indicando que a AF cumpre função redistributiva. Porém, a forte dependência da rede conveniada (farmácias privadas) pode gerar vulnerabilidade em contextos de crise econômica e

de restrição orçamentária, além de estimular a substituição do fornecimento público municipal pelo programa federal. Outro ponto a ser destacado é que o acesso a medicamentos deve estar acompanhado da medicalização desnecessária e farmacovigilância de eventos adversos (SANTOS-PINTO, 2020).

Assim, a AF deve ser compreendida como política pública essencial, mas constantemente tensionada entre a garantia do acesso universal e os limites de financiamento do SUS. O desafio futuro é equilibrar a ampliação da cobertura, assegurada por iniciativas como o PFPB, com o fortalecimento da rede pública de dispensação, de modo a evitar desigualdades territoriais e dependência excessiva de mecanismos complementares (CARRARO, 2014).

4.4 Desafios de gestão do PFPB

O PFPB enfrenta desafios de gestão que comprometem sua sustentabilidade e efetividade, a literatura evidencia que o modelo de funcionamento, baseado em convênios com farmácias privadas, trouxe benefícios imediatos de expansão e capilaridade, mas impôs dilemas estruturais à administração pública.

Um dos principais desafios refere-se à sustentabilidade financeira, como apontado por Almeida et al. (2019), foi o fato de que a ampliação do programa gerou impactos positivos na redução de internações e mortalidade por doenças crônicas, mas elevou significativamente os gastos federais. Isso ocorre porque o financiamento do PFPB depende do reembolso às farmácias credenciadas, o que gera custos crescentes e instabilidade frente a contextos de austeridade fiscal (MATTOS, 2019; CARRARO, 2014). Assim, ainda que se reconheça o efeito positivo sobre os indicadores de saúde, permanece a questão sobre a eficiência de alocar recursos públicos à iniciativa privada, quando comparado ao fornecimento direto de medicamentos pela rede pública (SILVA; CAETANO, 2016; GARCIA; GUERRA JÚNIOR; ACÚRCIO, 2017).

O estudo de Almeida (2017) adotou uma abordagem quantitativa e descritiva, baseada na análise de dados secundários provenientes de sistemas oficiais do MS e de bases públicas sobre a assistência farmacêutica. Sob a ótica da administração pública, um dos principais desafios identificados foi a sustentabilidade financeira do programa. A manutenção econômica do PFPB tem crescimento contínuo, o que se dá

principalmente pelo modelo de repasse de recursos ao setor privado. Esse mecanismo, embora eficiente para garantir capilaridade e rápida expansão, gera pressões orçamentárias relevantes e suscita debates sobre a eficiência do gasto público quando comparado à aquisição e distribuição centralizada de medicamentos pela rede pública.

Outro ponto crítico diz respeito à dependência da rede privada. O credenciamento de farmácias ampliou o acesso e descentralizou a dispensação, mas, conforme argumenta Almeida (2017), também transferiu responsabilidades centrais da assistência farmacêutica para atores externos ao SUS. Essa dinâmica coloca em evidência tensões entre o fortalecimento da rede pública de dispensação e a terceirização de serviços estratégicos, podendo fragilizar a governança estatal sobre o ciclo da assistência farmacêutica.

Adicionalmente, a literatura destaca as desigualdades regionais na implementação do PFPB. Costa et al. (2016) demonstraram que as farmácias conveniadas se concentram em áreas urbanas e economicamente mais desenvolvidas, enquanto municípios pequenos e regiões rurais permanecem com atendimentos insuficientes. Esse cenário reforça disparidades históricas e exige da gestão pública estratégias específicas para garantir a equidade territorial, princípio estruturante do SUS.

Persiste ainda o desafio do monitoramento e avaliação de resultados. Embora os dados financeiros e de cobertura estejam consolidados, os mecanismos de acompanhamento da qualidade do atendimento, da efetividade clínica e do uso racional dos medicamentos ainda são incipientes (ALMEIDA, 2017; ALMEIDA, 2019). A presença do farmacêutico nas farmácias conveniadas representa uma oportunidade para educação em saúde e uso racional de medicamentos; entretanto, a heterogeneidade na qualificação profissional e a falta de institucionalização de processos educativos limitam o potencial dessa dimensão (MARTINS, 2024).

Assim, a gestão do PFPB enfrenta desafios complexos que envolvem a conciliação entre expansão do acesso e sustentabilidade financeira, a redução da dependência do setor privado, a superação das desigualdades regionais e o fortalecimento dos mecanismos de monitoramento e qualificação do cuidado. Avançar nessas frentes é fundamental para assegurar que o programa contribua não apenas para o acesso, mas também para a integralidade e equidade da assistência farmacêutica no Brasil.

4.5 Perspectivas futuras para o PFPB

Desde sua criação, o PFPB tem sido alvo de críticas e investigações, as primeiras críticas surgiram ainda na fase de implantação, em meados de 2004, quando especialistas alertaram para a ausência de estudos de custo-efetividade e fragilidades no planejamento orçamentário (ALENCAR, 2018). Investigações coordenadas por órgãos de controle interno e externo, como TCU, Controladoria-Geral da União (CGU) e as próprias auditorias internas do MS, marcam o histórico do PFPB, buscando identificar e evitar fraudes.

O marco mais relevante nesse campo ocorreu em 2011, com investigações do TCU, que identificaram falhas estruturais no processo de credenciamento de farmácias privadas, deficiências de controles internos, inexistência de mecanismos eficazes de detecção de fraudes e ausência de sanções a estabelecimentos irregulares (BRASIL, 2012). Em resposta, o MS adotou medidas corretivas, como o cruzamento de dados de óbitos com os usuários cadastrados, redução dos valores de referência para ressarcimento, exigência de maior rigor na identificação dos pacientes e proibição da entrega domiciliar de medicamentos. Apesar desses avanços, a literatura aponta que as fragilidades de fiscalização permaneceram recorrentes (SANTOS; PINTO, 2020).

Durante os anos seguintes, as auditorias da CGU e relatórios internos reforçaram a persistência de problemas relacionados à cobrança por medicamentos não dispensados, ao uso indevido de CPFs e à insuficiência de integração com outras bases de dados nacionais.

A análise de Machado (2023) confirma e atualiza esse cenário, ao avaliar de forma sistemática os relatórios de auditoria interna do MS sobre o programa “Aqui Tem Farmácia Popular”. Sua pesquisa aponta que ainda existem sérios problemas estruturais e de controle interno, que prejudicam a fiscalização e favorecem a ocorrência de irregularidades capazes de ameaçar a continuidade do programa. Entre os achados, destaca-se a insuficiência de auditores disponíveis para fiscalizar a rede credenciada, com sobrecarga acentuada nas regiões Sul e Sudeste, em contraste com situações menos críticas em estados como Acre, Roraima e Distrito Federal.

O estudo também analisou também a viabilidade da meta do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020–2023, que previa a ampliação da cobertura do PFPB para 90% dos municípios com menos de 40 mil habitantes. A partir de cruzamentos de dados

do Sistema de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) com informações do IBGE, verificou-se que, em 2022, a cobertura era de aproximadamente 78,2%, faltando 21,8% para alcançar a meta. Contudo, o crescimento de apenas 3,2% no período 2020–2022 sugeria que a meta dificilmente seria cumprida no prazo estabelecido, exigindo adoção de medidas adicionais de expansão e monitoramento (MACHADO, 2023).

Esses resultados dialogam diretamente com a conjuntura de 2018 a 2022, quando houve redução expressiva do orçamento e enfraquecimento do PFPB, culminando no corte de 59% dos recursos em 2022, fato amplamente criticado pelo CNS (2022). Essa redução de capacidade financeira agravou o quadro de deficiências de controle relatado tanto pelo TCU quanto pelas auditorias internas.

Com a retomada do programa em 2023 e a ampliação da gratuidade para beneficiários do Bolsa Família, o MS anunciou medidas mais rigorosas de fiscalização, como o recadastramento nacional das farmácias credenciadas e a implementação de 25 indicadores de monitoramento. Em 2025, tais medidas resultaram no bloqueio de milhões de tentativas de fraude, recuperação de recursos públicos e descredenciamento de mais de 9 mil estabelecimentos que não atenderam às normas ministeriais (BRASIL, 2025c; BRASIL, 2025d). Ainda que representem avanços, tais ações só reforçam o alerta identificado por Machado (2023): sem o fortalecimento do controle interno e da capacidade de auditoria, a expansão do programa corre o risco de ser acompanhada pelo aumento das irregularidades.

Assim, o histórico de auditorias e investigações no PFPB mostra um padrão de avanços e retrocessos. Se, por um lado, a política se consolidou como uma das principais estratégias de acesso a medicamentos, por outro, sua sustentabilidade depende de medidas contínuas de governança e transparência. Conforme argumenta Machado (2023), as irregularidades praticadas pelos estabelecimentos credenciados produzem impactos diretos na sociedade e podem comprometer a credibilidade do programa. Dessa forma, o fortalecimento das auditorias internas, aliado à participação ativa da sociedade e à articulação tripartite do SUS, constitui condição indispensável para assegurar a efetividade do programa e proteger sua função estratégica de redução das desigualdades no acesso à assistência farmacêutica.

Outro aspecto importante a ser analisado é a integração com outras políticas de saúde, sobretudo a Atenção Básica e a AF no âmbito do SUS. Pesquisas apontam que, em determinados contextos, o PFPB tem funcionado como um substituto à

Atenção Básica, e não como um complemento, o que gera fragmentação do cuidado (MATTOS et al., 2019; SANTOS-PINTO, 2020). Para evitar sobreposições e desperdícios de recursos, será necessário alinhar o programa às Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo que o acesso a medicamentos ocorra de forma articulada e complementar, em sinergia com os serviços de farmácia municipal.

O avanço das ferramentas digitais possibilita o uso de ferramentas e sistemas integrados de informação para monitorar em tempo real as transações realizadas pelo programa, permitindo auditorias preditivas e maior transparência. Essa transformação digital tende a aumentar a capacidade de fiscalização, reduzir irregularidades e otimizar a gestão dos recursos, respondendo a uma das fragilidades historicamente identificadas nas auditorias internas (MACHADO, 2023).

Entretanto, nenhuma expansão ou modernização será viável sem a garantia de financiamento estável e previsível. A experiência recente de contingenciamentos e cortes orçamentários, como os ocorridos em 2022, evidenciou a vulnerabilidade do programa frente a disputas fiscais e políticas. Assim, para assegurar a continuidade e a confiança social no PFPB, é indispensável a definição de estratégias de financiamento de longo prazo, evitando interrupções que possam comprometer o acesso da população mais vulnerável.

Por fim, destaca-se a importância da participação social e do controle social. A consolidação do PFPB depende do engajamento de usuários, profissionais de saúde e instâncias de gestão participativa, como os Conselhos de Saúde, que desempenham papel central na fiscalização das políticas públicas do SUS. Somente com uma atuação ativa da sociedade civil será possível garantir a transparência, pressionar por recursos adequados e assegurar que o programa mantenha sua vocação de política de equidade e redução das desigualdades no acesso a medicamentos (MARTINS, 2024).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No campo da AF, o PFPB mostrou-se capaz de ampliar a disponibilidade de medicamentos, reduzir barreiras geográficas e favorecer a inclusão de populações vulneráveis. Contudo, as análises evidenciam que a dependência do setor privado, as fragilidades de fiscalização e a desigualdade territorial ainda limitam seu potencial como instrumento de equidade. O programa fortaleceu o acesso, mas também expôs

tensões quanto à redistribuição de responsabilidades entre SUS e farmácias conveniadas, podendo fragilizar o ciclo da AF.

Do ponto de vista da gestão, os principais desafios concentram-se na sustentabilidade financeira, na redução das disparidades regionais e na qualificação do cuidado farmacêutico. A revisão bibliográfica demonstrou que, embora os impactos positivos sobre os indicadores de saúde sejam evidentes, como a redução de internações e óbitos por doenças crônicas, os custos de manutenção são crescentes, o que exige planejamento financeiro e fortalecimento da política pública.

As perspectivas futuras apontaram para a necessidade de consolidar mecanismos de governança e transparência, ampliando a capacidade de auditoria e fiscalização, bem como o desenvolvimento de planejamento financeiro eficaz, que garanta a sustentabilidade do programa nos diferentes cenários políticos. A integração de sistemas pode ser aliada estratégica nesse processo, permitindo o monitoramento em tempo real e a prevenção de fraudes. Paralelamente, o alinhamento do PFPB às RAS é fundamental para que o programa atue de forma complementar à Atenção Básica, assegurando integralidade no cuidado.

O desenvolvimento deste trabalho possibilitou uma análise abrangente do PFPB, constatou-se que o fortalecimento do programa depende da valorização dos profissionais que nele atuam. A oferta contínua de educação permanente a esses trabalhadores pode gerar inúmeros benefícios, tanto para os usuários, por meio de um atendimento mais qualificado, quanto para a sustentabilidade do próprio programa. Considera-se ainda que, tal prática poderia ser considerada um critério relevante para a validação do credenciamento das redes privadas.

REFERÊNCIAS

ALENCAR et. al. Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. **Saúde em Debate**, v. 42, suplemento especial 2, p. 159-172, out. 2018.

ALMEIDA, A. T. C. et al. Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 20, p. 1-11, 2019.

ALMEIDA, S. R. P. de; VÉRAS, M. P. B. O programa Farmácia Popular: alcance e limites como alternativa de acesso a medicamentos essenciais. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 22, n. 72, p. 278-295, 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 4.702, de 1994. **Dispõe sobre a regulamentação da profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1994. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=18137>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2004b. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2004/resolucao-no-338.pdf/view>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. **Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que institui o Programa Farmácia Popular do Brasil**. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2004a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde repudia corte orçamentário do Farmácia Popular**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Farmácia Popular passa a oferecer 95% dos medicamentos de forma gratuita**. Brasília, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/>. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo garante gratuidade de medicamentos para beneficiários do Bolsa Família no Farmácia Popular**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/>. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação do Programa Farmácia Popular**. Brasília: MS, 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/farmacia-popular/legislacao>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério fortalece fiscalização e recupera recursos no Farmácia Popular**. Brasília, 2025b. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/>. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Os 10 anos do Programa Farmácia popular do Brasil. In: VII Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parecer nº 764, EHSN/CODELEGIS/COGEJUR/CONJUR-MS/CGU/AGU, de 29 de junho de 2012. **Manifestação acerca do acórdão TCU – Plenário nº 2.918/2011: ausência de autorização por lei específica e natureza jurídica do subsídio destinado às farmácias e drogarias da rede privada participantes do Programa Farmácia Popular do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 367, de 22 de fevereiro de 2010. **Inclui o medicamento Fosfato de Oseltamivir no Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular, e define os valores de referência para as suas apresentações**. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0367_22_02_2010.html. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016. **Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)**. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB): medicamentos ofertados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/assistencia-farmacologica/farmacia-popular>. Acesso em: 19 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Farmácia Popular do Brasil**. Brasília: MS, 2025d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/farmacia-popular>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Farmácia Popular do Brasil: manual do gestor** – Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS, livro 7. Brasília: MS, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Farmácia Popular do Brasil: histórico, resultados e perspectivas**. Brasília: MS, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROGRAMA_FARMACIA_POPULAR.pdf. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2024**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/renome>. Acesso em: 19 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/renome>. Acesso em: 19 ago. 2025.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Farmácia do Paraná**. Curitiba: SESA/PR, 2024a. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Farmacia>. Acesso em: 07 jul. 2025.

CARRARO, W. B. W. H. Estrutura e Modelo do Acesso a Medicamentos no Brasil: Uma Análise do Programa Farmácia Popular do Brasil. **A Economia em Revista**, v. 22, n. 2, p. 175-190. 2014. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/210616/000997610.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 14 set. 2025.

CASSIANO, A. N.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. A oferta de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil: características e evolução da cobertura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 8, p. 1648–1662, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2015.v31n8/1648-1662>. Acesso em: 07 jul. 2025.

CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). **Nota Informativa nº 18/2017: encerramento da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil**. Brasília: CONASEMS, abril 2017. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Nota-encerramento-Rede-Pr%C3%B3pria-FPB.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Assistência farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. 186 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 7). ISBN 978-85-89545-15-0.

COSTA, K. S. et al. Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 1, p. 33-44, 2016.

COSTA, K. S.; FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: estudo de base populacional no município de Campinas-SP. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 3, p. 397-408, 2014.

COSTA, L. S.; VIEIRA, F. S. Política farmacêutica no Brasil: avanços e desafios recentes no acesso a medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, p. 311-320, 2024.

GARCIA, M. M.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ACÚRCIO, F. A. A produção científica sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2519-2530, 2017.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. **GINA 2024: Global Strategy for Asthma Management and Prevention**. Fontana: GINA, 2024. Disponível em: <https://ginasthma.org/gina-reports/>. Acesso em: 19 ago. 2025.

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

JABBOUR, Serge; ZIRING, Barry. **Advantages of extended-release metformin in patients with type 2 diabetes mellitus**. *Postgraduate Medicine*, v. 123, n. 1, p. 15-23, jan. 2011. DOI: 10.3810/pgm.2011.01.2241.

MACHADO, Letícia Janaina. **Avaliação das Auditorias Internas do Ministério da Saúde no Programa Aqui Tem Farmácia Popular do Brasil: uma análise documental**. 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Controle de Gestão) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023.

MANEIRO, Hellen Karoline. **O Programa Farmácia Popular contribui para redução nas internações pediátricas por asma no Brasil?** 2018. 70 f. Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde) – Universidade de Brasília, Ceilândia, 2018.

MARTINS, R. R.; OLIVEIRA, E. N.; SOUSA, J. C. Programa Farmácia Popular do Brasil e serviços de assistência farmacêutica: revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, n. 12, p. 1-15, 2024.

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, n. 1, p. 287-298, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rFhswFTjTgG694bpSTbw4Gb/>. Acesso em: 19 ago. 2025.

MENDES, L. F.; CUNHA, C. R. Gestão e sustentabilidade do Programa Farmácia Popular: avanços e desafios. **Revista de Administração Pública em Saúde**, v. 15, n. 1, p. 77-95, 2023.

NUNES, J. et al. A política de assistência farmacêutica no Brasil: avanços e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, supl. 3, e00183618, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7vNK8scL6WL6hHyXkDsZDpS>. Acesso em: 07 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Family Planning: A Global Handbook for Providers** (2022 update). Baltimore; Geneva: CCP/WHO, 2022. Disponível em: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/contraception-family-planning/family-planning-a-global-handbook-for-providers-2022.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. **Framework for access to medicines: availability, accessibility, acceptability and affordability** (WHO/MSH, 2000). Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/66503/WHO_EDM_2000.1.pdf. Acesso em: 07 jul. 2025.

SANTOS, J. C.; PINTO, C. G. Acesso a medicamentos e financiamento público: uma análise do Programa Farmácia Popular. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 78, 2020.

SANTOS, V. P.; GALVÃO, J. G. F. M.; MOREIRA, C. I. H.; NÓBREGA, R. O. A importância de programas governamentais: Farmácia Popular no atendimento às populações de baixa renda. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 11, p. 1030-1043, 2024.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; COSTA, N. R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2963-2973, 2011.

SILVA, E. da. **Programa Farmácia Popular do Brasil: a capacitação da rede credenciada como instrumento de controle interno no combate às fraudes e erros praticados**. 2023. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Controle de Gestão) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023.

SILVA, José Eduardo Manhães das. **Arranjos de Provisão de Medicamentos Básicos e Essenciais: análise do Programa Farmácia Popular do Brasil**. 2019. Tese (Doutorado em Planejamento Regional e Gestão da Cidade) – Universidade Candido Mendes, Campos dos Goytacazes, nov. 2019.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Costs of Public Pharmaceutical Services in Rio de Janeiro Compared to Farmácia Popular Program. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, v. 74, p. 1-11, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2023. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, n. 3, p. 1-72, 2023. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2023/>. Acesso em: 19 ago. 2025.

WITT, W.; CARRARO, H. **ESTRUTURA E MODELO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/210616/000997610.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 14 set. 2025.

YAMAUTI, Sueli Miyuki; BARBERATO-FILHO, Silvio; LOPES, Luciane Cruz. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 8, p. 1648–1662, 2015.