

Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: desafios estruturais e perspectivas no cuidado ao paciente com diabetes mellitus

José Bruno Pereira da Silva¹, Natália Evelim dos Santos², Niedja Maria Santos Lima³, Carlos Daniel da Silva Cordeiro⁴, Anna Lígia de Castro Figueiredo⁵ Weslley Felix de Oliveira^{6*}

¹ Bacharel em Farmácia, Centro Universitário Brasileiro, Brasil.

² Bacharel em Farmácia, Centro Universitário Brasileiro, Brasil.

³ Bacharel em Farmácia, Centro Universitário Brasileiro, Brasil.

⁴ Bacharel em Farmácia, Centro Universitário Brasileiro, Brasil.

⁵ Doutora em Medicina Tropical, Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.

⁶ Doutor em Ciências Biológicas, Universidade Federal de Pernambuco, Brasil. (*Autor correspondente: weslley.felix@grupounibra.com)

Histórico do Artigo: Submetido em: 08/01/2026 – Revisado em: 12/02/2026 – Aceito em: 17/02/2026

RESUMO

A assistência farmacêutica constitui componente estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando papel central na garantia do acesso, do uso racional de medicamentos e da integralidade do cuidado. No contexto do diabetes mellitus, condição crônica de elevada prevalência e impacto epidemiológico, a atuação farmacêutica assume relevância ampliada, tanto no âmbito das políticas públicas quanto na prática clínica. O presente estudo tem como objetivo analisar criticamente a assistência farmacêutica no SUS, destacando desafios estruturais, organizacionais e operacionais, bem como perspectivas para o fortalecimento do cuidado ao paciente diabético. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida a partir de bases de dados nacionais e internacionais, além de documentos normativos do Ministério da Saúde. Os achados evidenciam avanços normativos importantes, mas também fragilidades persistentes relacionadas ao financiamento, à gestão, à qualificação profissional e à integração da assistência farmacêutica às redes de atenção à saúde. Conclui-se que o fortalecimento da assistência farmacêutica no SUS é condição essencial para a qualificação do cuidado ao diabetes, demandando investimentos estruturais, formação profissional e maior articulação intersetorial.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Sistema Único de Saúde; Diabetes mellitus; Farmácia clínica; Políticas públicas de saúde.

Pharmaceutical assistance in the SUS: challenges and perspectives in the care of diabetic patients

ABSTRACT

Diabetes mellitus is one of the most prevalent chronic diseases in Brazil, exerting significant impacts on morbidity, mortality, and the organization of health services, particularly within the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS). In this context, pharmaceutical care plays a strategic role in diabetes management by promoting the rational use of medicines, improving therapeutic adherence, and preventing complications. This study aimed to analyze, through a literature review, the role of pharmaceutical care within the SUS, highlighting its main challenges and future perspectives in the care of patients with diabetes mellitus. The review was conducted between 2020 and 2025 using the SciELO, PubMed, LILACS, Web of Science, and Google Scholar databases, with descriptors related to pharmaceutical care, primary health care, and diabetes, in Portuguese and English. The selected studies demonstrated that the integration of pharmacists into multidisciplinary primary health care teams is a key factor in improving treatment adherence, achieving better glycemic control, and strengthening patient health education. Moreover, clinical pharmaceutical activities were associated with a reduction in medication-related problems, improved follow-up of insulin-dependent patients, and more efficient use of SUS resources. However, relevant challenges were also identified, including structural limitations, insufficient numbers of trained professionals, and weaknesses in the management of pharmaceutical services. It is concluded that strengthening pharmaceutical care within the SUS is essential to improving the quality of care provided to patients with diabetes mellitus. This process requires increased investment, greater recognition of the clinical pharmacist's role, and effective integration of pharmaceutical care into public health policies.

Keywords: diabetes; SUS; pharmaceutical care; self-care.

Silva, J. B. P., Santos, N. E., Lima, N. M. S., Cordeiro, C. D. S., Figueiredo, A. L. C., & Oliveira, W. F. (2026). Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: Desafios estruturais e perspectivas no cuidado ao paciente com diabetes mellitus. *Revista Universitária Brasileira*, 4(2), 23–33.



Direitos do Autor. A Revista Universitária Brasileira utiliza a licença Creative Commons (CC BY 4.0)

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das maiores políticas públicas de saúde do mundo, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.¹⁻³ Desde sua institucionalização, o SUS incorporou a assistência farmacêutica como eixo estratégico para a efetivação do direito à saúde, reconhecendo o medicamento como insumo essencial e o farmacêutico como profissional de saúde indispensável.

A assistência farmacêutica no SUS transcende a simples provisão de medicamentos, englobando um conjunto de ações voltadas à seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação e uso racional de medicamentos.^{4,5} Essa abordagem ampliada ganha especial relevância no cuidado às doenças crônicas não transmissíveis, entre as quais se destaca o diabetes mellitus, responsável por elevada carga de morbimortalidade e custos assistenciais.^{6,7}

No Brasil, a elevada prevalência do diabetes mellitus, associada ao envelhecimento populacional e às desigualdades socioeconômicas, impõe desafios significativos ao sistema de saúde.^{8,9} A complexidade do tratamento, que envolve farmacoterapia contínua, mudanças no estilo de vida e acompanhamento multiprofissional, reforça a necessidade de uma assistência farmacêutica estruturada e integrada às redes de atenção.^{6,7,10}

Apesar dos avanços normativos e institucionais observados nas últimas décadas, a assistência farmacêutica no SUS ainda enfrenta entraves relacionados à gestão, ao financiamento, à infraestrutura e à qualificação dos serviços.^{11,12} Tais fragilidades impactam diretamente a efetividade do cuidado ao paciente diabético, podendo comprometer a adesão terapêutica, a segurança do uso de medicamentos e os desfechos clínicos.

Diante desse cenário, o presente artigo propõe uma análise crítica da assistência farmacêutica no SUS, com foco nos desafios estruturais e nas perspectivas para o cuidado ao paciente com diabetes mellitus. Busca-se, assim, contribuir para o debate acadêmico e para o aprimoramento das políticas públicas e práticas assistenciais no âmbito da farmácia e da saúde coletiva.

2. Material e Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita a síntese e a análise crítica de estudos com diferentes delineamentos, permitindo ampla compreensão do estado do conhecimento sobre determinado fenômeno no campo da saúde.^{13,14}

As buscas foram realizadas nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), adotando estratégias específicas de combinação de descritores controlados e termos livres, como “pharmaceutical services”, “pharmaceutical care”, “diabetes mellitus” e “Brazilian Unified Health System”.

Também foram incluídos documentos oficiais do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e da Organização Mundial da Saúde, por sua relevância normativa e institucional.

Foram incluídos estudos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, preferencialmente a partir do ano 2000, período marcado por avanços normativos relevantes na política farmacêutica brasileira.^{13,14} Foram excluídos editoriais, textos opinativos sem fundamentação metodológica e publicações sem acesso ao texto completo.

A seleção dos estudos ocorreu por meio da leitura de títulos, resumos e textos completos, em etapas sucessivas, com exclusão de duplicidades e avaliação da aderência aos critérios definidos.¹³ Os dados foram organizados por eixos temáticos, permitindo análise crítica dos desafios e das perspectivas da assistência farmacêutica no cuidado ao diabetes.

3. Resultados e Discussão

A consolidação da assistência farmacêutica (AF) como política pública no Brasil decorre da compreensão do medicamento como bem sanitário, e não como mercadoria comum, exigindo regulação estatal e organização de sistemas de provisão compatíveis com o direito à saúde.¹⁻³ Nesse marco, a AF integra a assistência terapêutica integral, conceito que vincula acesso, continuidade do cuidado, qualidade e segurança, com responsabilidades compartilhadas entre as esferas de gestão do SUS.^{2,6}

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada em 1998, estabeleceu diretrizes estruturantes para o setor farmacêutico no país, com ênfase na adoção de listas de medicamentos essenciais, reorientação da assistência farmacêutica, garantia da segurança, eficácia e qualidade, e promoção do uso racional.⁴ A PNM contribuiu para institucionalizar instrumentos técnicos (seleção e padronização) e organizacionais (programação, aquisição e distribuição) que sustentam a provisão pública de medicamentos, além de explicitar a necessidade de ações educativas e de informação como parte do uso racional.⁴

Em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, ampliando o escopo da AF ao reconhecê-la como política pública norteadora de políticas setoriais e de ações intersetoriais.⁵ A PNAF define a AF como conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, individual e coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando garantir acesso e uso racional, o que exige integração com os diferentes níveis de atenção e com as redes de atenção à saúde.^{5,12}

O conceito de medicamentos essenciais, difundido internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), orienta a organização de listas nacionais ao priorizar medicamentos que atendem às necessidades prioritárias de saúde, com base em evidência de eficácia e segurança e em custo-efetividade comparativa.¹⁰ No SUS, essa perspectiva se traduz na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), instrumento racionalizador que orienta a seleção e a padronização para fins de financiamento, aquisição e oferta de medicamentos e insumos em âmbito nacional.^{6,7}

Embora a lógica de essencialidade busque universalidade e racionalidade, sua operacionalização depende de processos transparentes de incorporação e atualização tecnológica, governança interfederativa e capacidade logística.^{5,6} Tais dimensões se tornam particularmente relevantes em condições crônicas como o diabetes mellitus, nas quais a provisão contínua de medicamentos e insumos (por exemplo, antidiabéticos e dispositivos para monitorização) constitui requisito para efetividade clínica e redução de complicações.⁶

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) estruturou a organização das ações e serviços de saúde e consolidou a base jurídico-institucional do SUS, enquanto a Lei nº 8.142/1990 estabeleceu mecanismos de participação social e regras de transferências intergovernamentais de recursos, elementos que afetam a governança e o financiamento da AF.^{2,3} A regulamentação mais específica do acesso a medicamentos e de instrumentos de gestão ocorreu, em parte, com o Decreto nº 7.508/2011, que disciplinou aspectos da organização do SUS e atribuiu ao Ministério da Saúde competência para dispor sobre a RENAME e sobre os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) em âmbito federal.⁶

O Decreto nº 7.508/2011 também contribuiu para consolidar o entendimento de integralidade terapêutica e para reforçar a necessidade de planejamento e pactuação interfederativa, elementos que incidem diretamente sobre a organização e a oferta de medicamentos.⁶ A dinâmica federativa exige mecanismos de articulação entre União, estados e municípios, função exercida, entre outras instâncias, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), cujas resoluções consolidam diretrizes e pactuações relevantes para processos como atualização da RENAME e organização de componentes de financiamento.⁷

A atualização da RENAME tem sido orientada por diretrizes pactuadas na CIT, com a Resolução de Consolidação CIT nº 1/2021 reunindo normativas que incluem parâmetros para o processo de atualização da lista nacional.⁷ Em termos operacionais, a publicação da RENAME 2024 reforça o papel do instrumento como

referência nacional, articulado ao Decreto nº 7.508/2011 e às diretrizes pactuadas para atualização periódica, com efeitos sobre seleção, financiamento e gestão da assistência farmacêutica.⁶⁻⁸

A governança da AF, nesse sentido, depende de capacidade técnica para avaliação de tecnologias, transparência decisória e coordenação de fluxos assistenciais. Em termos de política pública, a literatura evidencia que a AF no Brasil avançou em arcabouço normativo, mas ainda convive com assimetrias de implementação, fragmentação de serviços e desafios de integração às redes de atenção, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS).^{11,12}

A AF no SUS historicamente se organiza por componentes de financiamento e execução, com responsabilidades distintas e rationalidades próprias. No componente básico, voltado ao atendimento das necessidades prioritárias na APS, normas específicas disciplinam financiamento e execução, influenciando a disponibilidade de medicamentos essenciais e a capacidade de resposta a condições crônicas.⁹ A compreensão desses arranjos é indispensável para analisar desafios estruturais que afetam o cuidado ao diabetes.

3.1. O diabetes mellitus como desafio para o sistema público de saúde

O diabetes mellitus configura-se como uma das principais doenças crônicas não transmissíveis em escala global, com crescimento expressivo nas últimas décadas. Estimativas da Organização Mundial da Saúde indicam aumento contínuo da prevalência, associado a mudanças demográficas, urbanização acelerada, sedentarismo e padrões alimentares inadequados.^{8,15} No Brasil, dados da International Diabetes Federation apontam o país entre aqueles com maior número absoluto de pessoas vivendo com diabetes, refletindo importante desafio para o sistema público de saúde.⁹

A elevada prevalência do diabetes mellitus tipo 2, forma predominante da doença, impõe carga significativa de morbimortalidade, relacionada sobretudo às complicações micro e macrovasculares. Essas complicações repercutem diretamente sobre a demanda por serviços de saúde, internações evitáveis e incapacidades funcionais, ampliando os custos assistenciais e sociais.^{8,9,16}

O diabetes mellitus exerce impacto expressivo sobre o financiamento e a organização do SUS. Estudos nacionais demonstram que parcela relevante dos gastos públicos em saúde está associada ao tratamento do diabetes e de suas complicações, especialmente hospitalizações por eventos cardiovasculares, insuficiência renal e amputações.^{16,17} Esse cenário evidencia a necessidade de estratégias de cuidado contínuo e integrado, capazes de reduzir eventos evitáveis e racionalizar o uso de recursos públicos.

Além dos custos diretos, o diabetes acarreta custos indiretos relacionados à perda de produtividade, aposentadorias precoces e afastamentos do trabalho, reforçando sua relevância como problema de saúde pública e socioeconômico.¹⁶ A atuação do SUS, nesse contexto, demanda articulação entre ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e manejo farmacoterapêutico adequado.

A resposta do SUS ao diabetes mellitus está estruturada no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a Atenção Primária à Saúde (APS) assumindo papel central na coordenação do cuidado.¹⁰ A APS é responsável pelo acompanhamento longitudinal, prescrição e monitoramento do tratamento farmacológico, bem como pela educação em saúde e estímulo ao autocuidado apoiado.^{10,18}

Entretanto, a literatura aponta fragilidades na integração entre os diferentes níveis de atenção, o que pode resultar em descontinuidade do cuidado e uso inadequado de serviços especializados.^{11,12} Essas limitações impactam negativamente o controle glicêmico e a prevenção de complicações, reforçando a necessidade de fortalecer a articulação entre APS, atenção especializada e assistência farmacêutica.

O tratamento do diabetes mellitus no SUS baseia-se na oferta de medicamentos e insumos considerados essenciais, conforme a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).^{6,7} Entre esses insumos incluem-se antidiabéticos orais, insulinas e materiais para monitorização glicêmica, fundamentais para o manejo clínico adequado.^{7,8}

A disponibilidade regular desses medicamentos constitui condição necessária, mas não suficiente, para o controle efetivo da doença. Evidências indicam que falhas na dispensação, no acompanhamento farmacoterapêutico e na orientação ao paciente comprometem a adesão ao tratamento e os desfechos clínicos.^{11,18} Assim, a assistência farmacêutica assume papel estratégico na operacionalização do cuidado ao diabetes no SUS.

Apesar da existência de diretrizes clínicas e de arcabouço normativo consolidado, o cuidado ao diabetes no SUS ainda enfrenta desafios relacionados à heterogeneidade regional, limitações de infraestrutura e insuficiente integração entre ações assistenciais.^{11,12,17} Tais desafios se refletem em desigualdades no acesso a medicamentos e serviços, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social.

Nesse cenário, o fortalecimento da assistência farmacêutica emerge como elemento-chave para a qualificação do cuidado ao diabetes, contribuindo para o uso racional de medicamentos, a segurança do paciente e a redução de complicações evitáveis. Esses aspectos serão aprofundados nas seções subsequentes, com foco nos desafios estruturais e nas perspectivas de aprimoramento no âmbito do SUS.

3.2. Desafios estruturais da assistência farmacêutica no cuidado ao paciente diabético

O financiamento da assistência farmacêutica no SUS constitui um dos principais eixos de tensão na consolidação do acesso equitativo a medicamentos. Estudos apontam que, apesar da ampliação normativa e da descentralização de responsabilidades, persistem limitações orçamentárias e assimetrias na alocação de recursos entre entes federativos.¹⁹ A insuficiência de financiamento impacta diretamente a regularidade do abastecimento, a manutenção de estoques estratégicos e a capacidade de planejamento de compras públicas.

A literatura evidencia que oscilações no financiamento repercutem sobre a disponibilidade de medicamentos na Atenção Primária à Saúde, especialmente em municípios de pequeno porte, nos quais a capacidade técnica e administrativa é mais restrita.²⁰ Essas fragilidades comprometem a continuidade terapêutica de pacientes com diabetes mellitus, condição que exige tratamento farmacológico ininterrupto.

A organização logística da assistência farmacêutica envolve etapas complexas, como programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos. Falhas nesses processos podem gerar desabastecimentos, perdas por vencimento e desperdício de recursos públicos.²¹ A fragmentação de sistemas de informação e a insuficiente integração entre níveis de gestão agravam esses problemas, dificultando o monitoramento em tempo real da disponibilidade de medicamentos.

No caso do diabetes, interrupções no fornecimento de insulinas e antidiabéticos orais têm impacto clínico imediato, aumentando o risco de descompensações metabólicas e internações evitáveis.^{16,20} A qualificação da gestão logística emerge, portanto, como condição indispensável para a efetividade da política farmacêutica.

A judicialização do acesso a medicamentos constitui fenômeno crescente no Brasil, refletindo tensões entre demandas individuais e planejamento coletivo do sistema de saúde.^{22,23} No campo do diabetes, ações judiciais frequentemente envolvem solicitações de medicamentos ou tecnologias não incorporadas às listas oficiais, gerando impactos financeiros e administrativos para estados e municípios.

Embora a judicialização possa representar mecanismo de garantia de direitos, sua expansão desordenada pode comprometer a equidade e a sustentabilidade do SUS, ao direcionar recursos para demandas individuais em detrimento de políticas públicas estruturadas.^{22,23} O enfrentamento desse fenômeno exige fortalecimento de processos transparentes de incorporação tecnológica, além de aprimoramento da comunicação entre gestores, profissionais de saúde e Poder Judiciário.

A consolidação da assistência farmacêutica como componente clínico do cuidado ao diabetes depende da disponibilidade e qualificação de recursos humanos. Pesquisas nacionais indicam heterogeneidade na presença de farmacêuticos nas unidades básicas de saúde, bem como limitações na oferta de serviços clínicos

estruturados.²⁴ A sobrecarga de atividades administrativas e logísticas, associada à carência de equipes multiprofissionais completas, reduz o tempo disponível para acompanhamento farmacoterapêutico.

Investimentos em educação permanente, fortalecimento da atuação clínica e integração do farmacêutico às equipes de saúde da família são estratégias fundamentais para superar tais entraves.^{11,24} A valorização do trabalho farmacêutico, nesse contexto, constitui elemento-chave para qualificar o cuidado ao paciente com diabetes mellitus.

A incorporação da farmácia clínica no âmbito do SUS representa avanço estratégico para qualificar o cuidado às condições crônicas, incluindo o diabetes mellitus. Evidências internacionais e nacionais demonstram que intervenções farmacêuticas estruturadas, com foco no acompanhamento farmacoterapêutico, contribuem para melhoria do controle glicêmico, redução de eventos adversos e aumento da adesão ao tratamento.²⁵⁻²⁷

O acompanhamento farmacoterapêutico envolve revisão sistemática da farmacoterapia, identificação de problemas relacionados a medicamentos (PRMs), avaliação de interações, ajuste de posologias em articulação com a equipe multiprofissional e monitoramento contínuo de resultados clínicos.²⁵ A literatura aponta redução significativa de hemoglobina glicada (HbA1c) em pacientes acompanhados por farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde, quando comparados a cuidados usuais.^{26,27}

A adesão ao tratamento farmacológico constitui um dos principais determinantes do controle do diabetes mellitus. Estudos indicam que taxas de não adesão permanecem elevadas, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e baixa escolaridade.²⁸ A atuação do farmacêutico em estratégias educativas individualizadas, com orientação sobre uso correto de medicamentos, técnicas de aplicação de insulina e monitorização glicêmica, associa-se à melhoria da adesão e à redução de complicações evitáveis.^{26,28}

Intervenções educativas conduzidas por farmacêuticos também demonstram impacto positivo sobre conhecimento da doença, autoconfiança do paciente e capacidade de autocuidado, elementos fundamentais para o manejo de longo prazo do diabetes.²⁵⁻²⁷

O diabetes mellitus frequentemente exige regimes terapêuticos complexos, com múltiplos medicamentos para controle glicêmico e comorbidades associadas, como hipertensão e dislipidemia. A polifarmácia aumenta o risco de interações medicamentosas, eventos adversos e erros de medicação.²⁹ A presença do farmacêutico na equipe contribui para identificar riscos potenciais, prevenir duplicidades terapêuticas e promover uso racional de medicamentos.^{25,29}

No contexto da Atenção Primária, o farmacêutico desempenha papel relevante na conciliação medicamentosa, especialmente em transições de cuidado, como alta hospitalar.²⁹ Essas ações fortalecem a segurança do paciente e reduzem interações evitáveis associadas a falhas na farmacoterapia.

A atuação do farmacêutico no cuidado ao diabetes mostra-se mais efetiva quando integrada às equipes multiprofissionais, particularmente às equipes de Saúde da Família. Estudos apontam que modelos colaborativos, com definição clara de responsabilidades e comunicação estruturada, potencializam ganhos clínicos e econômicos.^{26,30}

Além da melhoria de indicadores clínicos, a presença do farmacêutico está associada à otimização do uso de recursos, redução de custos relacionados a complicações e fortalecimento da resolutividade da Atenção Primária.^{27,30} Assim, a consolidação da farmácia clínica no SUS representa não apenas avanço assistencial, mas também estratégia de sustentabilidade do sistema de saúde.

3.4. Perspectivas e estratégias para o fortalecimento da assistência farmacêutica no SUS

O fortalecimento da assistência farmacêutica (AF) no SUS exige sua integração orgânica às Redes de Atenção à Saúde (RAS), com definição clara de fluxos assistenciais, responsabilidades clínicas e mecanismos de comunicação interprofissional.³¹ A literatura sobre organização de sistemas de saúde demonstra que

modelos integrados, orientados por coordenação do cuidado e longitudinalidade, apresentam melhores resultados clínicos em doenças crônicas.^{31,32}

No caso do diabetes mellitus, a integração entre AF, Atenção Primária à Saúde (APS) e atenção especializada deve contemplar protocolos clínicos compartilhados, sistemas de informação interoperáveis e estratégias de monitoramento de indicadores clínicos, como hemoglobina glicada e taxa de internações por complicações evitáveis.^{18,32} A consolidação dessa integração depende de governança interfederativa eficaz e de pactuações claras no âmbito das comissões intergestores.

A sustentabilidade da assistência farmacêutica requer processos transparentes e baseados em evidências para incorporação de novas tecnologias em saúde. No Brasil, a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) representou marco institucional relevante ao estabelecer critérios técnicos para avaliação de eficácia, segurança e custo-efetividade.³³

No contexto do diabetes, a incorporação de novos antidiabéticos e dispositivos deve considerar não apenas benefícios clínicos individuais, mas também impacto orçamentário e equidade de acesso. Estudos internacionais indicam que decisões baseadas em avaliação econômica robusta contribuem para maior eficiência alocativa e sustentabilidade dos sistemas públicos.³⁴ Assim, o fortalecimento da avaliação de tecnologias em saúde constitui eixo estratégico para qualificar a AF.

A incorporação de tecnologias digitais na assistência farmacêutica oferece oportunidades para aprimorar monitoramento terapêutico, rastreamento logístico e comunicação com usuários. Sistemas informatizados de gestão de estoques e prontuários eletrônicos integrados favorecem maior transparência e redução de perdas por desabastecimento.^{21,35}

Além disso, intervenções baseadas em telemonitoramento e educação digital demonstram potencial para melhorar adesão e controle glicêmico em pacientes com diabetes, especialmente em áreas remotas.³⁶ A expansão dessas estratégias, entretanto, exige investimento em infraestrutura tecnológica e capacitação profissional, sob risco de aprofundar desigualdades regionais.

A consolidação da clínica farmacêutica no SUS demanda políticas estruturadas de educação permanente, alinhadas às necessidades da Atenção Primária e às diretrizes nacionais de formação em saúde.³⁷ A qualificação contínua dos farmacêuticos deve contemplar competências clínicas, comunicação interprofissional e avaliação crítica de evidências científicas.

Experiências internacionais demonstram que programas estruturados de capacitação em cuidado farmacêutico ampliam a resolutividade dos serviços e favorecem melhores desfechos clínicos em doenças crônicas.^{26,38} No Brasil, a institucionalização de serviços clínicos farmacêuticos na APS representa caminho promissor para ampliar a efetividade da AF no cuidado ao diabetes.

O fortalecimento da assistência farmacêutica no SUS deve estar orientado por princípios de sustentabilidade financeira, equidade no acesso e compromisso com o uso racional de medicamentos.^{11,33} A combinação entre governança qualificada, integração assistencial e atuação clínica estruturada pode reduzir complicações do diabetes, racionalizar gastos e ampliar a qualidade do cuidado ofertado à população.

Em perspectiva futura, a AF tende a assumir papel ainda mais central na gestão de condições crônicas, especialmente diante do envelhecimento populacional e da crescente complexidade terapêutica. A consolidação desse papel dependerá da articulação entre políticas públicas, formação profissional e inovação organizacional.

4. Conclusão

A análise desenvolvida ao longo deste estudo evidencia que a assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde consolidou-se como política pública estruturante, ancorada em bases constitucionais e normativas robustas.¹⁻⁵ Entretanto, a distância entre o arcabouço jurídico-institucional e a efetividade concreta

dos serviços ainda constitui desafio relevante, especialmente no cuidado a condições crônicas de elevada prevalência, como o diabetes mellitus.^{8,9}

Os achados apontam que o diabetes impõe carga epidemiológica, econômica e organizacional significativa ao SUS, exigindo respostas integradas que articulem Atenção Primária à Saúde, atenção especializada e assistência farmacêutica.^{10,16,17} A provisão regular de medicamentos essenciais, orientada pela RENAME e pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, representa condição necessária, mas não suficiente, para assegurar controle glicêmico adequado e prevenção de complicações.^{6,18}

Persistem entraves estruturais relacionados ao financiamento, à logística, à judicialização e à qualificação de recursos humanos, que repercutem diretamente na continuidade terapêutica e na equidade do acesso.¹⁹⁻²³ Tais desafios revelam a necessidade de fortalecer mecanismos de governança interfederativa, aprimorar processos de planejamento e ampliar a transparência na incorporação de tecnologias em saúde.^{33,34}

No plano assistencial, a evidência científica sustenta que a atuação clínica do farmacêutico, integrada às equipes multiprofissionais, produz ganhos mensuráveis no controle glicêmico, na adesão terapêutica e na segurança do paciente.^{25-27,30} A consolidação da farmácia clínica na Atenção Primária à Saúde deve ser compreendida não apenas como inovação organizacional, mas como estratégia de qualificação do cuidado e de sustentabilidade do sistema.^{31,32}

Em perspectiva prospectiva, o fortalecimento da assistência farmacêutica requer investimentos estruturais, educação permanente e incorporação responsável de inovações tecnológicas, incluindo soluções digitais que ampliem monitoramento e coordenação do cuidado.^{35,36} A centralidade do farmacêutico na gestão de condições crônicas tende a se intensificar diante do envelhecimento populacional e da crescente complexidade terapêutica.

Conclui-se que a assistência farmacêutica, quando integrada às redes de atenção e orientada por evidências científicas e princípios de equidade, constitui elemento estratégico para a efetivação do direito à saúde no cuidado ao diabetes mellitus. O aprimoramento contínuo dessa política pública representa condição indispensável para reduzir desigualdades, racionalizar recursos e ampliar a qualidade da atenção prestada à população brasileira.

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988 [citado 2026 Feb 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/outras-normativas/constituicao-federal.pdf/view>
2. 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 [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1990 [citado 2026 Feb 9]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
3. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1990 [citado 2026 Feb 9]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998 [citado 2026 Feb 9]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html

5. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica [Internet]. Brasília (DF): CNS; 2004 [citado 2026 Feb 9]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
6. Costa KS, Francisco PMSB, Barros MBA, et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Supl 2):3s. doi:10.11606/S1518-8787.2017051007142.
7. Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, et al. Assistência farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1937-1949. doi:10.1590/1413-81232018236.06022018.
8. World Health Organization. Global report on diabetes [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado 2026 Feb 9]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NVI-16.3>
9. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: IDF; 2021.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
11. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): serviços – métodos. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Supl 2):4s. doi:10.11606/S1518-8787.2017051007027.
12. Bermudez JAZ, et al. Assistência farmacêutica e judicialização da saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(10):e00058916. doi:10.1590/0102-311X00058916.
13. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-553. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.
14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.
15. World Health Organization. Diabetes fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2026 Feb 9]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
16. Bahia LR, Araujo DV, Schaan BD, Dib SA, Negrato CA, Leão MLP, et al. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian public health system. *Diabetol Metab Syndr*. 2011;3:11. doi:10.1186/1758-5996-3-11.
17. Rosa MQM, Rosa RDS, Correia MG, Araujo DV, Bahia LR. Costs and hospitalizations attributable to diabetes mellitus in the Brazilian public health system. *Rev Saude Publica*. 2018;52:45. doi:10.11606/S1518-8787.2018052000359.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellitus Tipo 2 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [citado 2026 Feb 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt>
19. Vieira FS. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2010;44(5):906-913. doi:10.1590/S0034-89102010000500017.
20. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra AA Jr, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Supl 2):10s. doi:10.11606/S1518-8787.2017051007062.

21. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osorio-de-Castro CGS. Assistência farmacêutica e políticas públicas no Brasil: avanços e desafios. *Cien Saude Colet.* 2010;15(3):3563-3573. doi:10.1590/S1413-81232010000900030.
22. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad Saude Publica.* 2009;25(8):1839-1849. doi:10.1590/S0102-311X2009000800016.
23. Wang DWL, Ferraz OLM, Vieira FS. Judicialization of health in Brazil: the new wave. *Health Hum Rights.* 2014;16(1):E1-E13.
24. Leite SN, Bernardo NLMC, Álvares J, Guerra AA Jr, Costa EA, Acurcio FA. Serviço farmacêutico na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2017;51(Supl 2):1s. doi:10.11606/S1518-8787.2017051007103.
25. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to medication management. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
26. Coutureau C, Slimano F, Mongaret C, Kanagaratnam L. Impact of pharmacists-led interventions in primary care for adults with type 2 diabetes on HbA1c levels: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(6):3156. doi:10.3390/ijerph19063156.
27. Nogueira M, Otuyama LJ, Rocha PA, Pinto VB. Pharmaceutical care-based interventions in type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Einstein (Sao Paulo).* 2020;18:eRW4686. doi:10.31744/einstein_journal/2020RW4686.
28. Krass I, Schieback P, Dhippayom T. Adherence to diabetes medication: a systematic review. *Diabet Med.* 2015;32(6):725-737. doi:10.1111/dme.12651.
29. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JE. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2016;6:e010003. doi:10.1136/bmjopen-2015-010003.
30. Carter BL, Rogers M, Daly J, Zheng S, James PA. The potency of team-based care interventions for hypertension and diabetes: a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2009;169(19):1748-1755. doi:10.1001/archinternmed.2009.316.
31. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
32. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [citado 2026 Feb 9]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42500>
33. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no SUS [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2011 [citado 2026 Feb 9]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm
34. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
35. Wirtz VJ, Hogerzeil HV, Gray AL, et al. Essential medicines for universal health coverage. *Lancet.* 2017;389(10067):403-476. doi:10.1016/S0140-6736(16)31599-9.

36. Lee SWH, Ooi L, Lai YK. Telemedicine for the management of glycemic control in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2017;19(6):e215. doi:10.2196/jmir.7243.
37. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-1958. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
38. Pousinho S, Morgado M, Falcão A, Alves G. Pharmacist interventions in the management of type 2 diabetes mellitus: a systematic review of randomized controlled trials. *J Manag Care Spec Pharm.* 2016;22(5):493-515. doi:10.18553/jmcp.2016.22.5.493.