

POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PDCEAF): UM PANORAMA NACIONAL E NO ESTADO DE MINAS GERAIS

DECENTRALIZATION POLICY OF THE SPECIALIZED COMPONENT OF PHARMACEUTICAL SERVICES (PDCEAF): A NATIONAL OVERVIEW AND THE CASE OF THE STATE OF MINAS GERAIS

Adrienne Aparecida Freire Lemos Madeira¹ e Vinicius de Souza Moreira²

¹Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, Varginha, Minas Gerais, adrienne.madeira@sou.unifal-mg.edu.br; <https://orcid.org/0009-0001-3192-6098>

²Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, Varginha, Minas Gerais, vinicius.moreira@unifal-mg.edu.br; <https://orcid.org/0000-0002-2398-8096>

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo descrever a trajetória histórica do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), analisando os fatores relacionados ao acesso e à disponibilidade dos itens até a atual Política de Descentralização do CEAF em Minas Gerais. Para tanto, realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter descritivo, fundamentada em análise documental. Os principais resultados encontrados foram que, embora a descentralização represente avanços significativos no acesso aos medicamentos e na integralidade do cuidado, persistem desafios estruturais, financeiros e de gestão que dificultam a consolidação plena da política. Por fim, concluiu-se que é necessário um olhar atento às barreiras existentes, a fim de fortalecer a efetivação do CEAF como uma política pública sólida, em consonância com os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, especialmente o da descentralização.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica, CEAF, descentralização, SUS, políticas públicas.

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde é uma premissa fundamental de garantia de bem-estar e dignidade a todos. No Brasil, ele é garantido pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) através do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade que formam a base legal que garante que o acesso à saúde seja um direito de todos e um dever do Estado (Brasil, 1990). Quanto à sua organização, um dos princípios que orientam a sua estrutura é a descentralização com comando único, onde as responsabilidades são compartilhadas entre os governos Federal, Estadual e Municipal, porém com autonomia de gestão (Lima; Machado; Noronha, 2014).

Em 1998, o Ministério da Saúde (MS) aprovou a primeira política pública relacionada a medicamentos do Brasil, a Política Nacional de Medicamentos (PNM),

regulamentada pela Portaria nº 3.916 de 30 de outubro, tendo como propósito garantir a eficácia e a qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso à população àqueles considerados essenciais (Brasil, 1998). A PNM foi considerada o marco para a consolidação das ações de assistência farmacêutica no país (Vasconcelos et al., 2017), embora já existissem iniciativas com o intuito de garantir o acesso da população a medicamentos, como a Central de Medicamentos (CEME) de 1971, e a Relação de medicamentos essenciais (RENAME) de 1975 e que tiveram importantes papéis na base da assistência farmacêutica no Brasil.

Em 2004, foi criada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que demarcou a assistência farmacêutica como uma política norteadora de políticas setoriais, definida como “um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e a recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional” (Brasil, 2018, p. 8).

A PNM e a PNAF, enquanto partes integrantes da Política Nacional de Saúde, visam regulamentar os processos e assistir a população quanto ao uso e o acesso aos medicamentos no âmbito do SUS, sendo instrumentos importantes na qualificação dos serviços e no fortalecimento das ações de promoção da saúde da população.

Atualmente, a assistência farmacêutica no SUS é organizada através de componentes, tendo cada um deles as suas características de acesso, cobertura e financiamento distintas. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) entrou em vigor em 2010, substituindo o antigo modelo chamado de Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE). Foi criado com o intuito de corrigir limitações anteriores, onde existiam inúmeras fragilidades em sua gestão e financiamento. Assim, a partir de um trabalho articulado entre os órgãos envolvidos na execução do SUS, ocorreu a regulamentação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, que é definido como “[...] uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS”, cuja característica principal é a “garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde” (Brasil, 2009, n. p.).

Os medicamentos do CEAF, de acordo com o site institucional do estado de Minas Gerais (s.d.), são aqueles que buscam garantir o acesso ao tratamento medicamentoso de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado, com alto custo unitário, e cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

(PCDT) publicados pelo MS. Até o momento de realização desta pesquisa, o elenco do CEAF é composto por 176 fármacos em 324 apresentações farmacêuticas indicadas para o tratamento das diferentes condições clínicas contempladas nos protocolos (Minas Gerais, s.d.).

Em 2021, com o intuito de ampliar e de qualificar o acesso aos medicamentos do CEAF, em Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) aprovou a Resolução nº 7.628 que estabelece a Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF) (Minas Gerais, 2021). Este marco normativo define as normas e os critérios para a descentralização da solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento do CEAF e o seu financiamento para a adesão dos municípios do estado de Minas Gerais. Em 2023, por meio da Resolução SES/MG Nº 9.063, a PDCEAF foi atualizada através da aprovação da Política Continuada (Minas Gerais, 2023).

A estratégia da PDCEAF dispõe sobre o compartilhamento de etapas para o acesso a medicamentos e tratamentos. Neste caso, são repassadas aos municípios a execução das etapas de solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento. A adesão à política é facultativa ao município, sendo necessária a formalização da intenção de executar as etapas aos seus municípios e o cumprimento de requisitos mínimos estruturais e recursos humanos que são fundamentais para a execução. Em contrapartida, o estado oferece incentivo financeiro para custeio, que são calculados através de indicadores mensurados quadrimestralmente (Minas Gerais, s.d.).

Diante deste contexto, o objetivo geral deste estudo foi descrever a trajetória histórica do CEAF, em âmbito nacional, até a PDCEAF, no estado de Minas Gerais. Nessa perspectiva, pretendeu-se, especificamente, identificar os marcos normativos, políticos e institucionais que influenciaram ambas as políticas e, também, analisar os fatores relacionados ao processo de descentralização do CEAF aos municípios mineiros.

Acredita-se que este estudo traz contribuições importantes à literatura, ao apresentar evidências sobre uma política pública recente (criada em 2021) e que ainda há pouco estoque do conhecimento sobre os seus desdobramentos (Castro; 2022; Carlos, 2023; Ramos; Tolentino, 2022; Silva et al., 2023). Ademais, a escolha do recorte territorial pesquisado, além de inédita para a área, justifica-se pela oportunidade de subsidiar os gestores municipais e farmacêuticos, por auxiliar a qualificar os processos e fortalecer a tomada de decisão. Essa contribuição prática se faz importante porque as políticas públicas, como o PDCEAF, “ocupam um lugar central no mundo dos gestores

públicos, fornecendo-lhes potencialmente tanto a legitimidade quanto os recursos de que necessitam para executar suas tarefas em um alto nível de inteligência, sofisticação e competência” (Wu et al., 2014, p. 13).

Além desta introdução, o artigo é contemplado por mais quatro seções. Na revisão de literatura, discute-se os conceitos de políticas públicas e de assistência farmacêutica. Na metodologia, descreve-se o delineamento da pesquisa, em termos de características, coleta e análise de dados. Nos resultados, são apresentados o percurso anterior ao CEAF, destacando os principais marcos normativos e políticos, até a análise do processo de descentralização pela PDCEAF, considerando as características do modelo centralizado e as mudanças introduzidas para a descentralização, com foco nos principais avanços e desafios para os municípios. Por fim, nas considerações finais, apresenta-se a PDCEAF como um progresso para a assistência farmacêutica municipal, embora ainda existam desafios que necessitam ser aprimorados no âmbito da política.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O entendimento de política pública é inspirado na conceituação de Amabile (2012, p. 390), isto é,

[...] são decisões que envolvem questões de ordem pública com abrangência ampla e que visam à satisfação do interesse de uma coletividade. Podem também ser compreendidas como estratégias de atuação pública, estruturadas por meio de um processo decisório composto de variáveis complexas que impactam na realidade. São de responsabilidade da autoridade formal legalmente constituída para promovê-las, mas tal encargo vem sendo cada vez mais compartilhado com a sociedade civil por meio do desenvolvimento de variados mecanismos de participação no processo decisório.

As políticas públicas de saúde, orientadas desde 1988 no Brasil pela Constituição Federal, situam-se no âmbito das ações sociais do estado, com foco nas condições de saúde da população e de diversos ambientes cujo objetivo é organizar as funções públicas governamentais direcionadas à saúde dos indivíduos e da coletividade (Lucchese et al., 2004). Além da CF/88 ter democratizado a saúde, ela também modificou o conceito sobre o estado de saúde do cidadão, introduzindo a prevenção de agravos e a promoção da saúde nas políticas públicas sociais (ENAP, 2021).

As políticas públicas abrangem diversas áreas da vida social, sendo que para fins deste trabalho, o estudo recaiu sob a assistência farmacêutica. Assim, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) em seu artigo primeiro estabelece que

A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição,

distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 2014, n. p.).

A assistência farmacêutica, enquanto objeto fundamental de políticas públicas de saúde, compreende um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e assegurando o acesso e uso racional pela população. Para alcançar este propósito de forma integral como uma política de estado, a assistência farmacêutica necessita integrar e desenvolver atividades relacionadas à pesquisa, ao desenvolvimento, à produção, seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação. Ampliando, inclusive, o escopo de ações voltadas à saúde da população, por meio da garantia de qualidade de produtos e serviços, do acompanhamento e avaliação da sua utilização, além da institucionalização de mecanismos de gestão eficientes, com fontes de financiamento definidas e voltadas para a qualificação dos serviços e da gestão, priorizando as necessidades do usuário (Santos et al., 2016; Brasil, 2004).

3 MATERIAL E MÉTODOS

No Quadro 1 apresenta-se um resumo referente à classificação da pesquisa e os procedimentos empregados no estudo.

Quadro 1 - Delineamento Metodológico da Pesquisa

Objetivo Geral	Descrever a trajetória histórica do CEAF, em âmbito nacional, até a PDCEAF, no estado de Minas Gerais.
Objetivos Específicos	1) Identificar os marcos normativos, políticos e institucionais que influenciaram ambas as políticas. 2) Analisar os fatores relacionados ao processo de descentralização do CEAF aos municípios mineiros.
Classificação quanto ao problema	Qualitativa
Classificação quanto aos fins	Descritiva
Classificação quanto aos meios	Documental e Bibliográfico
Procedimentos metodológicos	1) Para a coleta: pesquisa documental e bibliográfica. 2) Para a análise: análise temática.

Fonte: elaboração própria.

Para a coleta de dados, adotou-se a pesquisa documental e bibliográfica (Marconi; Lakatos, 2017). Os documentos oficiais, como resoluções, notas técnicas e legislações federais e estaduais pertinentes, estão detalhados no Quadro 2, tendo sido localizados nos sites oficiais do MS e da SES/MG.

Quadro 2 - Pesquisa Documental

Documento	Descrição
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. (Lei Orgânica da Saúde - SUS).
Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.	Aprova a Política Nacional de Medicamentos.
Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004.	Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009	Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013.	Redefine o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no âmbito do SUS.
Resolução SES/MG nº 7.628, de 3 de agosto de 2021.	Estabelece a Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF) e aprova normas e critérios para a descentralização do CEAF.
Resolução SES/MG nº 9.063, de 18 de outubro de 2023.	Aprova a Política Continuada de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF), as normas e critérios para a descentralização da solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento do CEAF e seu financiamento para adesão dos municípios do estado de Minas Gerais e dá outras providências

Fonte: elaboração própria.

O levantamento documental foi complementado por fontes bibliográficas, tendo sido feito “um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema” (Marconi; Lakatos, 2017, p. 158). Para tanto, na literatura acadêmica, foram selecionados estudos de 2004 a 2025, referentes ao PDCEAF, ao histórico do acesso a medicamentos no Brasil e ao CEAF, sendo identificados a partir de buscas no OasisBr, no Periódico Capes, no Google Acadêmico e no Catálogo de Teses e Dissertações (Quadro 3).

Quadro 3 - Pesquisa Bibliográfica

Autores(as)/Ano	Título
Almeida-Brasil et al. (2016)	Acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil
Bermudez, Costa e Noronha (2020)	Desafios do acesso a medicamentos no Brasil
Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2004)	Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional
Ministério da Saúde (2018)	Assistência farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação
Ministério da Saúde (2014)	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS
Ministério da Saúde (2010)	Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
Carlos (2023)	Descentralização do componente especializado da assistência farmacêutica: a experiência de implementação de estratégias para adesão dos municípios no âmbito da Superintendência Regional de Saúde de Pouso Alegre/MG
Castro (2022)	Análise dos resultados da política de descentralização do componente especializado da assistência farmacêutica nas regionais de saúde e municípios executantes do estado de Minas Gerais
Lauton e Paixão (2019)	Avanços e desafios para garantia do acesso a medicamentos do componente especializado
Lucchese et al. (2004)	Políticas públicas em Saúde Pública
Públio (2014)	Perfil das solicitações de medicamentos de alto custo ao Sistema Único de Saúde em Minas Gerais.
Ramos e Tolentino (2023)	Descentralização do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica: um estudo de caso sobre a Política de Descentralização do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (PDCEAF) em Minas Gerais
Rover (2016)	Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica em Santa Catarina
Santana (2022)	Central de Medicamentos (CEME): políticas de assistência farmacêutica no Brasil da ditadura civil-militar
Vasconcelos et al. (2017)	Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação

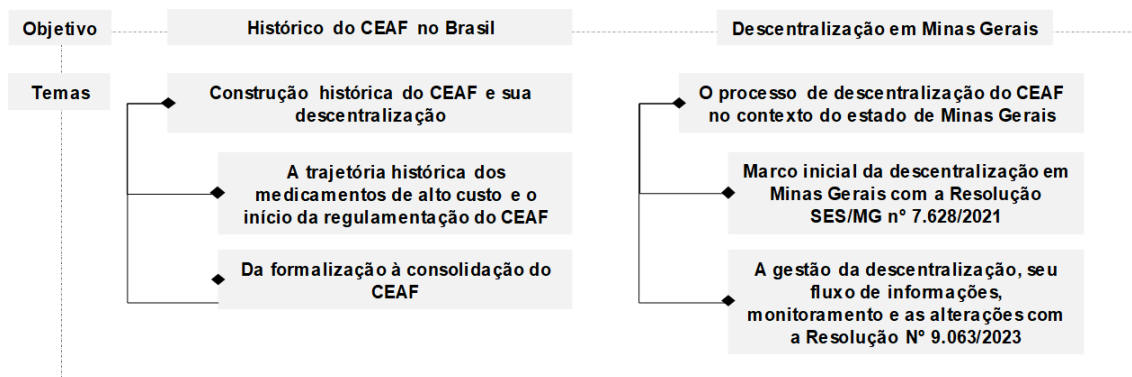
Fonte: elaboração própria.

Para tratamentos dos dados utilizou-se a análise temática (AT) que, segundo Souza (2019, p. 52) “organiza e descreve o banco de dados em rico detalhe” e que pode “colaborar muito para a geração de uma análise interpretativa sobre os dados”, permitindo “identificar, analisar e relatar padrões (temas) a partir de dados qualitativos”. A sequência de operacionalização da AT seguiu as instruções de Souza (2019) e Dias e Mishima (2023).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da aplicação da AT sob o *corpus* documental e bibliográfico levantado nesta pesquisa, foi possível derivar o conjunto de temas, conforme ilustrado na Figura 1, e que são apresentados ao longo desta seção.

Figura 1 - Análise Temática: temas da pesquisa



Fonte: resultados da pesquisa.

4.1 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CEAF) E SUA DESCENTRALIZAÇÃO

O histórico do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) pode ser descrito a partir da análise de normativas publicadas desde 1982, com o surgimento da denominação “medicamentos excepcionais” caracterizado como um ato excepcional de fornecimento de alguns medicamentos (Brasil, 2010), embora os primeiros registros de acesso a medicamentos de forma mais organizada datem da década de 1970 (Santana, 2022).

A evolução legal foi marcada pela criação da Central de Medicamentos (CEME) em 1971 e, posteriormente, pela formulação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998, que inseriu a assistência farmacêutica na integralidade da atenção à saúde, conforme os princípios do SUS (Brasil, 1998; 2014).

Essa trajetória culminou na formalização do CEAF, aprovado pela Portaria GM/MS nº 2.981/2009 e redefinido pela Portaria nº 1554/2013, que o estabeleceu como uma estratégia do SUS organizada por Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para garantir o tratamento medicamentoso de doenças complexas por meio de linhas de cuidado (Brasil, 2010; 2013).

O CEAF consolidou a divisão de responsabilidades de financiamento e gestão entre os entes federados (Brasil, 2010) e, em consonância com os princípios de descentralização do SUS (Brasil, 2025), a Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017 previu a possibilidade de descentralização da execução do Componente para os Municípios mediante pactuação (Brasil, 2017).

Diante dessa possibilidade, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais publicou, em 2021, a Resolução SES/MG nº 7.628, que estabeleceu a Política de Descentralização do CEAF, substituída, em outubro de 2023, pela Resolução SES/MG nº 9.063/23.

4.1.1 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO E O INÍCIO DA REGULAMENTAÇÃO DO CEAF

A trajetória do acesso a medicamentos de alto custo remonta à década de 1970, quando surgiram os primeiros registros de fornecimento organizado, destacando-se a criação da CEME em 1971 (Santana, 2022; Brasil, 2010). Posteriormente, a denominação “medicamentos excepcionais” surgiu legalmente em 1982, referindo-se aos fármacos não previstos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), cujo financiamento inicial era responsabilidade do INAMPS (Rover, 2016; Brasil, 2010). Após o encerramento da CEME em 1997, o Ministério da Saúde formulou a PNM, em 1998, inserindo a assistência farmacêutica na integralidade da atenção à saúde e estabelecendo metas de execução nas três esferas de governo (Vasconcelos, 2017; Brasil, 1998).

Após a desativação da Central de Medicamentos, o Ministério da Saúde formulou, de maneira participativa, a PNM. Este projeto tinha um componente especial no pós-CEME com iniciativa focada no SUS e na contribuição do desenvolvimento social do país, por meio de orientações para a execução das ações pelas metas prioritárias do MS e de atividades específicas nas três esferas de governo (Vasconcelos, 2017; Bermudez et al., 2020).

Até 1993, em termos de definição legal, o conceito de medicamentos excepcionais não havia sido aprimorado e, partindo do conceito inicial de que se tratava de medicamentos não constantes na RENAME, não havia um elenco pré-determinado (Brasil, 2010). A Portaria SAS/MS nº 142, de 06 de outubro de 1993 desconstruiu o conceito inicial permitindo a construção de novos elencos com o estabelecimento da primeira lista de medicamentos considerados excepcionais. A relação era composta por dois medicamentos fornecidos para pacientes transplantados e portadores de doenças crônicas. A lista foi ampliada para 32 fármacos em 55 apresentações, pela Portaria SAS/MS nº 204, de 6 de novembro de 1996, que também estabeleceu sistemas de informação de dispensações e formulário para solicitação de medicamento excepcional

que seguia critérios de inclusão e exclusão baseados em pareceres técnicos de consultores contratados pelo MS (Brasil, 2010; Lauton; Paixão, 2019).

Para Bermudez et al. (2020, p.17) “A Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública que articula conhecimento técnico e gerencial, sendo indispensável para a integralidade da atenção à saúde”.

Na perspectiva da PNM, a adoção da RENAME como uma de suas diretrizes (Brasil, 1998) assegurou à população o acesso a medicamentos considerados básicos e essenciais para atender a maioria dos problemas de saúde da população e que deveriam estar continuamente disponíveis (Brasil, 1998). E a PNM já trazia, como responsabilidades de cada esfera, a de aquisição pelo Estado de medicamentos, “[...] inclusive os de dispensação em caráter excepcional [...]” (Brasil, 1998, n. p.).

Em 23 de julho de 2002, a Portaria GM/MS nº 1.318 estabeleceu um conjunto de novos medicamentos excepcionais. Também regulava as dispensações baseadas nos critérios de diagnóstico, indicação, tratamento, entre outros parâmetros definidos nos PCDTs publicados pelo Ministério da Saúde. Na mesma época, surgiu o termo “medicamento de alto custo”, dado o alto custo financeiro gerado por sua aquisição (Brasil, 2010; Lauton; Paixão, 2019).

O termo "medicamento de alto custo" deixou de ser utilizado por não refletir os critérios técnicos e clínicos que definem a inclusão no CEAF. Essa classificação não se baseia no valor financeiro, mas na complexidade da doença, na necessidade de acompanhamento especializado e na existência de PCDT. Além de ser subjetiva, a expressão pode gerar interpretações equivocadas. Por isso, deve-se adotar a nomenclatura oficial, em conformidade com a estrutura dos três componentes da Assistência Farmacêutica no SUS (Brasil, 2025).

Complementando a citação supra, a nomenclatura oficial é “Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF)” que será melhor discutido na próxima subseção.

4.1.2 DA FORMALIZAÇÃO À CONSOLIDAÇÃO DO CEAF

Depois de apresentar os principais marcos normativos quanto ao acesso aos medicamentos, este estudo chega até 2006, quando foi aprovado o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE) através da Portaria nº 2577 de 27 de outubro de 2006 (Brasil, 2006), que foi posteriormente revogada e substituída pela Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, aprovando o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Brasil, 2009), e, finalmente substituída pela Portaria nº 1554 de 30 de julho de 2013, que criava regras para o financiamento e

execução do componente (Brasil, 2013). Assim, o CEAF “[...] desde então, tem se mostrado uma importante estratégia para a garantia do acesso a medicamentos no SUS” (Brasil, 2018, p. 17).

Ao estabelecer o CEAF como uma estratégia do SUS voltada a garantir a integralidade do tratamento medicamentoso por meio de linhas de cuidado, desvinculando-o tanto do custo individual dos medicamentos quanto do caráter de excepcionalidade, consolidou-se, de forma natural, a divisão de responsabilidades de financiamento e gestão entre os entes federados, o que resultou no aprimoramento das formas e fluxos necessários à sua incorporação (Brasil, 2010).

Desde então, o CEAF passou por várias atualizações e construções sendo que, mais recentemente, é regulamentado pela Portaria GM/MS nº 1554/2013 que redefine o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (Brasil, 2013).

Wu et al. (2014) tratam a descentralização no setor público como elemento contextual de fundamental importância na implementação de políticas públicas, afetando a forma como decisões podem ser tomadas. O SUS tem como princípios organizativos a descentralização e o comando único, que visam redistribuir o poder entre os três níveis de governo com o objetivo de oferecer serviços de melhor qualidade e garantir controle e fiscalização por parte dos cidadãos. De acordo com o MS, no SUS, as responsabilidades pela saúde devem ser descentralizadas aos municípios, fornecendo a eles todas as condições necessárias para esta gestão. E ainda existe a concepção do comando único, onde cada esfera do governo tem autonomia e é soberana em suas decisões, respeitando os princípios gerais e participação social (Brasil, 2025).

As portarias de consolidação do Ministério da Saúde começaram de forma pioneira em 2016 como um meio de reorganizar e consolidar todas as portarias normativas da área (Brasil, 2023). A Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017, possui caráter estruturante central reunindo políticas nacionais de saúde do SUS, contempladas em 10 artigos e seus respectivos anexos, totalizando 42 políticas (Brasil, 2023). Em seu Título IV, que trata das regras de execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, no capítulo II, no art. 67 é definido que: “A solicitação, dispensação e a renovação da continuidade do tratamento poderão ser descentralizadas junto à rede de serviços públicos dos Municípios mediante pactuação entre os gestores estaduais e municipais de saúde” (Brasil, 2017, n.p.).

Diante dessa possibilidade, em 2021, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) publicou a Resolução SES/MG nº 7.628/21 estabelecendo a Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e aprovando as suas normas e critérios, bem como o seu financiamento para a adesão dos municípios (Minas Gerais, 2021). Em outubro de 2023, foi substituída pela Resolução SES/MG nº 9.063/23, que estabelece a Política Continuada de Descentralização da Assistência Farmacêutica, atualizando e alterando algumas normativas (Minas Gerais, 2023).

4.2 O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO CEAF NO CONTEXTO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

A demanda por medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma característica comum em todo o estado de Minas Gerais (Públio et al., 2014), mas, até 2021, a solicitação e a retirada ocorriam exclusivamente nas 28 Regionais de Saúde, gerando barreiras como a acessibilidade geográfica para os usuários que residiam em municípios distantes, o que comprometia a efetividade do acesso (Almeida-Brasil et al., 2016; Minas Gerais, 2025). Para resolver essa dificuldade, a Diretoria de Medicamentos Especializados (DMESP) planejou a Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF), que foi iniciada com a Resolução SES/MG nº 7.628/2021, e posteriormente consolidada pela Resolução SES/MG nº 9.063/2023, estabelecendo uma política continuada com o objetivo principal de qualificar e ampliar o acesso aos medicamentos do CEAF, permitindo a realização das etapas de solicitação e retirada diretamente em alguns municípios (Castro, 2022; Minas Gerais, 2025).

A transferência dessa responsabilidade para o município só se efetiva após pactuação entre os gestores e o diferencial da política é o incentivo financeiro para as Secretarias Municipais de Saúde que aderirem e executarem, mediante o cumprimento de indicadores quadrimestrais de desempenho de qualidade e eficiência no gerenciamento de estoque (Castro, 2022; Minas Gerais, 2023). Para a gestão desse processo, o estado utiliza o Sistema Integrado de Gerenciamento da Gestão da Assistência Farmacêutica (SIGAF) e o Sistema Eletrônico de Informações (SEI), sendo o SIGAF essencial para o gerenciamento das solicitações, controle de estoque e programação de itens, com o registro fundamental sendo alimentado pelas farmácias municipais (Minas Gerais, 2025 e Minas Gerais, 2023). Desse modo, o modelo consolidado supera atribuições operacionais, introduzindo o farmacêutico municipal em contato direto com o usuário e

garantindo a continuidade do cuidado, essencial para o sucesso da política (Castro, 2022; Minas Gerais, 2023).

4.2.1 MARCO INICIAL DA DESCENTRALIZAÇÃO EM MINAS GERAIS COM A RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.628/2021

Até 2021, as etapas de solicitação e de retirada dos medicamentos do CEAF, em Minas Gerais, ocorriam exclusivamente nas regionais de Saúde. O trâmite administrativo começava com o preenchimento do laudo de solicitação, autorização e avaliação do medicamento (LME), pelo médico, o qual era anexado documentos pessoais, além de exames necessários e demais documentos pertinentes, formalizando assim o processo de solicitação do medicamento (Almeida-Brasil et al., 2016; Minas Gerais, 2025).

O próprio usuário, ou seu representante, deveria comparecer a uma das 28 unidades regionais de saúde de Minas Gerais, onde a documentação física seria entregue. Após o registro do processo na unidade regional, o documento era encaminhado à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para avaliação por um analista conforme os PCDTs. Cada processo tinha um parecer técnico deferindo ou não, emitido pelo analista. Aqueles que tinham seus processos deferidos, recebiam periodicamente o medicamento necessário ao seu tratamento, na farmácia da respectiva unidade regional de saúde, sendo que os processos indeferidos também eram devolvidos às unidades regionais com o parecer contendo esclarecimentos ao paciente ou médico (Almeida-Brasil et al., 2016; Minas Gerais, 2025).

Devido a impossibilidade de deslocamento de alguns usuários de medicamentos do CEAF até as regionais de saúde, em alguns locais, a retirada era realizada através de um processo chamado de “via do município”, onde um servidor municipal, munido de procurações dos usuários, realizam a retirada dos medicamentos em nome do usuário (Castro, 2022). Porém, para Castro (2022, p.14) “esse processo apresenta uma série de problemas como a perda de controle sobre o medicamento posteriormente e o transporte sob temperaturas inadequadas para medicamentos termolábeis.”

Para Almeida-Brasil et al. (2016, p. 2) “ [...] a gratuidade do medicamento e a conformidade da solicitação frente ao PCDT, entretanto, não configuram o acesso [...] ”, pois diversas são as barreiras que podem prejudicar a efetividade do tratamento, entre elas a acessibilidade geográfica, que envolve a relação entre a localização do serviço e a localização de residência do usuário. E, ainda, os autores trazem em seu estudo que, a maioria dos pacientes que utilizam um medicamento específico, analisado no estudo,

reside em município diferente daquele onde a regional de saúde está localizada (Almeida-Brasil, 2016).

Para Castro (2022), a PDCEAF foi planejada e elaborada pela Diretoria de Medicamentos Especializados para funcionar como um recurso para resolver os problemas encontrados no atual modelo em que os municípios têm dificuldades de ir até os municípios sede de regionais de saúde do estado e ainda aponta a distância entre alguns municípios e as suas respectivas regionais de referência. Como exemplo, o autor cita os municípios de Carvalhos, que fica a 172 km de distância da SRS/Varginha e de Aiuruoca, que fica a 151 km de distância da mesma regional. Ainda aponta que: “A PDCEAF possui pressupostos que os municípios teriam interesse em descentralizar as etapas do CEAF devido ao incentivo financeiro que o Governo de Minas disponibilizaria pela adesão e execução à política, além dos benefícios para os municípios usuários dos medicamentos do CEAF” (Castro, 2022, p. 41).

Publicada em 2021, através da Resolução SES/MG nº 7.628 e posteriormente substituída pela nº 9063/2023, o objetivo principal da PDCFAF é qualificar e ampliar o acesso aos medicamentos do CEAF no âmbito de Minas Gerais. Através dela tornou-se possível realizar diretamente em alguns municípios as etapas de solicitação, renovação de pedido e retirada de medicamentos e não somente nas regionais de saúde (Minas Gerais, 2025).

A pesquisa de Castro (2022) mostra, ainda, que outros estados do Brasil também possuem normativas ou políticas de descentralização de alguma etapa do CEAF. A exemplo cita os estados do Ceará, da Paraíba, do Rio de Janeiro, de Santa Catarina e de São Paulo. Porém, existem muitas diferenças entre os entes, e destaca que a política de Minas Gerais é a única a apresentar incentivo financeiro para as Secretarias Municipais de Saúde que aderirem e executarem (Castro, 2022).

4.2.2 A GESTÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO, SEU FLUXO DE INFORMAÇÕES, MONITORAMENTO E AS ALTERAÇÕES COM A RESOLUÇÃO Nº 9.063/2023

A Resolução nº 9.063/2023 foi promulgada com o objetivo de consolidar a PDCEAF estabelecendo a política continuada e reforçando o compromisso do Estado em manter a descentralização, dando maior ênfase a qualificação da gestão municipal e no monitoramento de resultados, além de um melhor detalhamento dos critérios de adesão e habilitação dos municípios e o aperfeiçoamento da estrutura de incentivo financeiro aprimorando os indicadores quadrimestrais (Minas Gerais, 2023).

O estado de Minas Gerais, no âmbito do SUS, utiliza como *software* o Sistema Integrado de Gerenciamento da Gestão da Assistência Farmacêutica, para o gerenciamento das solicitações, controle de estoque, distribuição e dispensação dos medicamentos, e o Sistema Eletrônico de Informações para o trâmite de documentos (Minas Gerais, 2023). De acordo com o próprio site do SIGAF, o seu objetivo é “[...] acompanhar e gerenciar todas as etapas da Assistência Farmacêutica (AF) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de Minas Gerais. Atualmente contempla todas as suas fases: seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação e utilização” (Minas Gerais, ano, n.p.). O sistema é alimentado pelas farmácias municipais sendo fundamental os registros, não só como comprovações das dispensações aos usuários, como também para realizar a programação dos itens, permitindo aos municípios seu gerenciamento de estoque, evitando assim possíveis desabastecimentos (Minas Gerais, s.d., n. p.).

Os sistemas SIGAF e SEI também são utilizados pela SES/MG para o planejamento logístico, análise dos processos e monitoramento dos indicadores. O monitoramento da execução do componente pelo município, é fundamental para garantir a continuidade do repasse financeiro (Minas Gerais, 2023). Baseados em indicadores quadrimestrais, os parâmetros de avaliação incluem o percentual de processos do CEAF registrados pelos municípios no SEI sem pendências e a proporção de unidades farmacêuticas dispensadas e que foram distribuídas, permitindo a aferição da qualidade da gestão de documentos e a adequada programação de medicamentos pelos municípios (Minas Gerais, 2023).

4.3 Síntese

A síntese histórica apresentada nos tópicos anteriores pode ser visualizada, sob a forma de uma linha do tempo, no Quadro 5. Com base na análise realizada pôde-se sumarizar a trajetória estudada em cinco marcos temporais importantes, sendo eles: (i) **1970 a 1990**, a “fase inicial”, uma vez que houve a estruturação da assistência farmacêutica (CEME e RENAME); (ii) **1990 a 2004**, a “fase da consolidação normativa” haja vista a promulgação da Lei nº 8.080, da PNM e da PNAF; (iii) **2006 a 2013**, a fase de criação e de aperfeiçoamento do CEAF como uma estratégia nacional; e, por fim, (iv) **2017 a 2023**, a fase da “descentralização progressiva”, com Minas Gerais como destaque nacional pela adoção da PDCEAF, em 2021, e por conta da criação de incentivos financeiros municipais.

Quadro 5 - Linha do Tempo: do CEAF ao PDCEAF

Ano	Marco / Evento	Descrição	
Nível nacional	1971	Criação da Central de Medicamentos (CEME)	Início da política de fornecimento organizado de medicamentos no Brasil.
	1975	Criação da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais)	Define os medicamentos essenciais para o SUS.
	1982	Surgimento da denominação “medicamentos excepcionais”	Termo usado para fármacos não incluídos na RENAME, de fornecimento restrito e alto custo.
	1990	Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde	Estrutura o Sistema Único de Saúde (SUS), com os princípios de descentralização e integralidade.
	1993	Portaria SAS/MS nº 142/1993	Estabelece a primeira lista oficial de medicamentos excepcionais (2 fármacos).
	1996	Portaria SAS/MS nº 204/1996	Amplia a lista para 32 medicamentos e cria critérios de inclusão e exclusão.
	1998	Portaria GM/MS nº 3.916/1998 – Política Nacional de Medicamentos (PNM)	Marco regulatório da política de medicamentos, incluindo os de “dispensação excepcional”.
	2002	Portaria GM/MS nº 1.318/2002	Atualiza a lista de medicamentos excepcionais e introduz critérios clínicos (PCDT).
	2004	Resolução nº 338/2004 – Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)	Define a assistência farmacêutica como parte essencial da saúde pública.
	2006	Portaria nº 2.577/2006 – Criação do CMDE	Institui o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, antecessor do CEAF.
	2009	Portaria GM/MS nº 2.981/2009 – Criação do CEAF	Estabelece oficialmente o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, substituindo o CMDE.
	2013	Portaria GM/MS nº 1.554/2013	Redefine o CEAF, fixando regras de financiamento e gestão tripartite.
	2017	Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017	Autoriza a descentralização da execução do CEAF para municípios, mediante pactuação.
Nível Estadual	2021	Resolução SES/MG nº 7.628/2021 – Criação da PDCEAF	Início da Política de Descentralização do CEAF em Minas Gerais, permitindo solicitação e dispensação nos municípios.
	2023	Resolução SES/MG nº 9.063/2023 – Política Continuada de Descentralização	Consolida a descentralização em Minas, aprimora critérios de adesão e cria indicadores de desempenho e incentivo financeiro.

Fonte: resultados da pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo descrever a trajetória histórica do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, em âmbito nacional, e analisar a Política de Descentralização do CEAF no estado de Minas Gerais. Para tanto, buscou-se identificar os marcos normativos, políticos e institucionais que influenciaram ambas as políticas, desde a antiga denominação “medicamentos excepcionais” até a PDCEAF.

O percurso estudado mostrou que a assistência farmacêutica no Brasil evoluiu de um modelo assistencial e centralizado, marcado pela excepcionalidade e pela atuação da CEME, para uma política pública estruturada nos princípios do SUS. A normalização do CEAF consolidou a busca pela integralidade do tratamento medicamentoso, desvinculando-o do critério exclusivo de alto custo e vinculando-o aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

No contexto de Minas Gerais, a PDCEAF, iniciada pela Resolução SES/MG nº 7.628/2021 e posteriormente consolidada pela Resolução nº 9.063/2023, concretizou o princípio organizativo da descentralização com comando único. A política representa um grande avanço no acesso aos medicamentos e na integralidade do cuidado, buscando superar as barreiras de acessibilidade geográfica que prejudicam a efetividade do tratamento dos usuários, conforme evidenciado pela distância entre os municípios e as unidades regionais de saúde (Castro, 2022; Minas Gerais, 2025).

Os resultados demonstram que a PDCEAF é mais do que uma transferência operacional, é um modelo de gestão farmacêutica. A política diferencia-se por conceder um incentivo financeiro de custeio mensurado através de indicadores trimestrais de desempenho. Tal mecanismo, monitorado através do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica e do SEI, estabelece um ciclo contínuo de monitoramento e gestão da informação. Essa associação mensurada quanto ao desempenho do município em executar o CEAF direto aos seus municípios é importante para a qualidade da gestão dos processos e a segurança logística.

Contudo, embora o desenho da PDCEAF esteja estruturado, a sua execução nos municípios mineiros ainda está marcada por diversos desafios de natureza institucional, financeira e de gestão. Conforme apontado por estudos sobre a aplicabilidade da política, a garantia do cuidado integral depende da qualificação e da clareza da informação. Portanto, para o fortalecimento e consolidação da PDCEAF, é indispensável a atenção contínua às barreiras de implementação, o investimento em educação permanente para os profissionais e a manutenção de sistemas de informação robustos, garantindo que a política pública se traduza plenamente em benefício e agilidade para o cidadão no acesso ao seu tratamento.

Pelo exposto neste trabalho, esse novo modelo de gestão farmacêutica é mais eficiente, mais rápido em sua execução. Portanto, cumpre melhor os objetivos pelos quais foi criado.

Sugere-se, como estudos futuros, a avaliação da efetividade da resolução e suas constantes mudanças mesmo após sua consolidação, bem como a realização de análises qualitativas do impacto da descentralização na qualidade de cuidado ao usuário.

ABSTRACT

This study aimed to describe the historical trajectory of the Specialized Component of Pharmaceutical Services (CEAF), analyzing the factors related to access and availability of items up to the current Decentralization Policy of the CEAF in the state of Minas

Gerais. A qualitative, descriptive research approach was employed, grounded in documentary analysis. The main findings indicate that, although decentralization represents significant progress in terms of access to medicines and comprehensiveness of care, structural, financial, and management challenges persist, hindering the full consolidation of the policy. Finally, it is concluded that careful attention must be given to the existing barriers in order to strengthen the implementation of the CEAF as a solid public policy, consistent with the organizational principles of the Unified Health System (SUS), particularly that of decentralization.

Keywords: *Pharmaceutical Services, CEAF, decentralization, SUS, public policies.*

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-BRASIL, C. C. et al. Acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, e00060615, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00060615>.

AMABILE, A. E. N. Políticas Públicas. In: CASTRO, C. L. F.; GONTIJO, C. R. B.; AMABILE, A. E. N. (org). **Dicionário de políticas públicas**. p. 390. Barbacena: EdUEMG, 2012. p. 19-20.

BERMUDEZ, J. A. Z.; COSTA, J. C. S.; NORONHA, J. C. **Desafios do acesso a medicamentos no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Edições Livres, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004.

BRASIL. **Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional**. Brasília: CONASS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.577, de 27 de outubro de 2006**. Aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009**. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013**. Redefine o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 146, p. 37-38, 31 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. **Assistência farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico das seis primeiras portarias de consolidação.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/institucional/legislacao/como-consultar/faq/como-foi-o-historico-das>. Acesso em: out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf>. Acesso em: set. 2025

CARLOS, B. L. Descentralização do componente especializado da assistência farmacêutica: a experiência de implementação de estratégias para adesão dos municípios no âmbito da Superintendência Regional de Saúde de Pouso Alegre/MG. **Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia**, [S. l.], v. 1, n. s. 2, 2023, p. 39. DOI: 10.22563/2525-7323.2023.v1.s2.p.39.

CASTRO, M. O. **Análise dos resultados da política de descentralização do componente especializado da assistência farmacêutica nas regionais de saúde e municípios executantes do estado de Minas Gerais.** 2022. 94 f. Monografia (Graduação em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Belo Horizonte, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência Farmacêutica no SUS.** Brasília, DF: CONASS, 2007. 186 p.

DIAS, E. G.; MISHIMA, S. M. Análise temática de dados qualitativos: uma proposta prática para efetivação. *Revista Sustinere*, v. 11, n. 1, p. 402–411, 2023. DOI: 10.12957/sustinere.2023.71828.

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. **Políticas Públicas de Saúde: Módulo 1: Construindo o Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF: ENAP, 2021.

LAUTON, P. M.; PAIXÃO, M. N. J. Avanços e desafios para garantia do acesso a medicamentos do componente especializado. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 9-28, 2019.

LIMA, V. V.; MACHADO, C. V.; NORONHA, J. C. A política de medicamentos do Brasil: desafios para o desenvolvimento e o acesso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 815-824, 2014.

LUCCHESI, P. T. R. et al. **Políticas públicas em Saúde Pública.** São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 7.628, de 3 de agosto de 2021. **Estabelece a Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF)** [...]. Diário do Poder Executivo (MG), Belo Horizonte, 2021.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 9.063, de 18 de outubro de 2023. **Dispõe sobre a Política de Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PDCEAF)** [...]. Belo Horizonte, MG: SES/MG, 2023

MINAS GERAIS. **Resoluções**. Portal Antigo SES-MG. Disponível em: <https://portal-antigo.saude.mg.gov.br/resolucoes?start=300>. Acesso em: set. 2025.

PÚBLIO, R. N.; COUTO, B. R. G. M.; VALADÃO, A. F.; REZENDE, E. M. Perfil das solicitações de medicamentos de alto custo ao Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 1567-1585, nov./dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-76121513>.

RAMOS, A. P. C.; TOLENTINO, M. J. M. Descentralização do Componente de Especializado de Assistência Farmacêutica: um estudo de caso sobre a Política de Descentralização do Componente de Especializado de Assistência Farmacêutica (PDCEAF) em Minas Gerais. **JORNAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E FARMACOECONOMIA**, [S. l.], v. 1, n. s.1, 2023. DOI: 10.22563/2525-7323.2022.v1.s1.p.59. Disponível em: <https://ojs.jaff.org.br/ojs/index.php/jaff/article/view/376>. Acesso em: 7 jul. 2025.

ROVER, M. R. M. **Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica em Santa Catarina**. 307 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SANTANA, M. S. **Central de Medicamentos (CEME): políticas de assistência farmacêutica no Brasil da ditadura civil-militar**. 256 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

SANTOS, R. I. et al. **Políticas de saúde e acesso a medicamentos**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016. 224 p.

SILVA, J. A. et al. Descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais: Desafios e Perspectivas. **Revista de Administração em Saúde**, 2023.

SOUZA, L. K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019.

VASCONCELOS, D. M. M. et al. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2609-2614, 2017.

WU, X.; RAMESH, M.; HOWLETT, M.; FRITZEN, S. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**. Tradução de Ricardo Avelar de Souza. Brasília: Enap, 2014.