



Graduação  Pós-Graduação  
 Artigo completo  Relato de prática  Resumo expandido

**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE: o controle social na gestão da assistência farmacêutica**

**Fernando dos Santos Mesquita**  
Universidade Federal de Alfenas  
fernando.mesquita@sou.unifal-mg.edu.br

**Paulo Roberto Rodrigues de Souza**  
Universidade Federal de Alfenas  
paulo.souza@unifal-mg.edu.br

**Adrienne Aparecida Freire Lemos Madeira**  
Universidade Federal de Alfenas  
adrienne.madeira@sou.unifal-mg.edu.br

**RESUMO**

O presente estudo teve por objetivo analisar a importância e os desafios do controle social nas políticas públicas de Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Institucionalizada pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei nº8.142, a participação da comunidade é uma diretriz fundamental para a democratização da saúde pública. Para tanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa, de natureza descritiva, fundamentada em levantamento documental e bibliográfico que percorre a trajetória das políticas de saúde de 1988 até 2025. Entre os resultados encontrados, destacam-se o papel histórico da Declaração Alma-Ata e da VIII Conferência Nacional de Saúde no fortalecimento da participação social como mecanismo de controle e a identificação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) como um marco, por ser a primeira política pública protagonizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e influenciada pelo controle social. Conclui-se que, apesar da PNAF ser um marco na consolidação do controle social, a efetividade dessa participação enfrenta barreiras estruturais, como a desigualdade de conhecimento técnico e a burocratização de conselhos. A educação permanente dos conselheiros e a transparência na gestão são fundamentais para assegurar o cumprimento do papel de garantir o direito universal à saúde pela Assistência Farmacêutica.

**Palavras-chave:** PNAF; Controle Social; Participação Social; CNS.

## 1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela constituição de 1988 e regulamentada pela lei nº 8.080 e nº 8.142 foi um marco histórico, conquistado a partir do movimento de reforma sanitária, que teve como objetivo tornar o acesso à saúde gratuito e integral à população (Ferreira; Soler, 2025).

A participação da comunidade tornou-se uma diretriz organizativa e operacional do SUS, resultante de propostas que foram incorporadas ao relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>1</sup>, ocorrida em 1986. Tais deliberações foram fundamentais para a redação dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e posteriormente reafirmados na Lei 8080 e regulamentado na Lei 8142 (Gomes e Orfão, 2021 e Matta, 2007).

Este Estudo tem como objetivo geral “Analisar a trajetória histórica e os desafios contemporâneos do controle social na gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.”

Para tanto, faz-se necessário identificar quais são os principais espaços de controle social (conselhos e conferências) onde ocorrem as deliberações sobre assistência farmacêutica, descrever o arcabouço legal que sustenta a participação comunitária no SUS e a interface com as políticas de medicamentos. Pretende-se ainda apontar as barreiras enfrentadas pelos conselheiros nas pautas do setor para, ao fim, discutir o impacto dessa participação na qualificação do acesso e transparência na gestão.

Além desta introdução, o artigo é contemplado por mais quatro seções. Na revisão de literatura discute-se as definições de políticas públicas, participação social e assistência farmacêutica. Na metodologia, descreve-se o plano de pesquisa, abordando a natureza do trabalho, a extração de dados e sua posterior análise. Nos resultados, são apresentados o histórico e normatizações, a participação social nas políticas de assistência farmacêutica, as principais barreiras e dificuldades e o momento atual. Por fim, nas considerações finais apresenta-se a participação social como um grande progresso na saúde pública e assistência farmacêutica, reforçando a necessidade de fortalecer os mecanismos de controle social para a consolidação do direito à saúde.

---

<sup>1</sup> 1 “A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada entre 17 e 21 de março de 1986, foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu três temas principais: ‘A saúde como dever do Estado e direito do cidadão’, ‘A reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘O financiamento setorial’”. Disponível em: [2](https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oitava-conferencia-nacional-de-saude-o-sus-ganha-forma#:~:text=A%208%C2%AA%20Confer%C3%Aancia%20Nacional%20de,de%20Sa%C3%BAde&#39;%20e%20&#39;O%20financiamento. Acesso em 09 fev. 2026.</a></p></div><div data-bbox=)



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Conceitos e Fundamentos das Políticas Públicas

As Políticas Públicas podem ser entendidas como a concretização da ação governamental que envolve questões de ordem pública de amplo alcance visando satisfazer o interesse da coletividade. Para além da ação estatal pura, Amabile (2012) destaca que elas são estratégias organizadas por processos decisórios complexos que afetam a realidade social. Segundo o autor:

[...] influenciam e são influenciadas por valores e ideais que orientam a relação entre Estado e sociedade. Grupos organizados se revezam como condicionantes dessas variáveis participando direta e indiretamente do processo decisório que as sustenta. Por isso, não se costuma definir de antemão quais seriam as finalidades precípua das políticas públicas, senão de uma forma mais genérica como, por exemplo, o atendimento do interesse da coletividade. (2012, p 390)

Nesse sentido, as políticas públicas desempenham um papel fundamental no enfrentamento das desigualdades sociais no Brasil, sejam elas de ordem econômica e de infraestrutura, quanto as de corte social. (Cohn, 2011). No campo da saúde Lucchese e colaboradores (2004) reforçam que sob a égide da Constituição de 1988 (CF de 1988), essas ações situam-se no âmbito das funções sociais do Estado, focando na organização de serviços que atendam tanto às necessidades individuais quanto às coletivas.

### 2.2 O Controle Social e a Participação na Saúde Pública

A participação social em saúde foi institucionalizada como uma diretriz operacional fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido na Lei 8.142/90 (MATTA, 2007). Esta legislação regulamenta as instâncias de participação da comunidade, formalizando-as como dispositivos permanentes de formulação e acompanhamento das políticas de saúde.

Para Gomes e Orfão (2021, p. 1200), o termo controle social, em caráter participativo e democrático é um processo recente na história do Brasil, considerado dinâmico e ainda em construção. Essa característica reflete tanto os avanços institucionais quanto os desafios persistentes para consolidar mecanismos efetivos de participação que influenciam na formulação e implementação das políticas públicas de saúde.

A participação social pode ser entendida como a capacidade dos indivíduos e da



coletividade de intervir nas tomadas de decisões no âmbito da gestão das políticas públicas, com o propósito de melhorar a qualidade de vida, sobretudo na região onde vivem (Cotta et al., 2011 p.1121-1137). Desta maneira, a participação vai além do mero ato de informação, envolvendo o exercício da participação cidadã e a construção de democracia na esfera pública.

A função da participação popular na gestão das políticas públicas é fomentar a corresponsabilização entre Estado e sociedade civil, permitindo a inclusão de demandas sociais manifestadas por diversos sujeitos coletivos.

### **2.3 A Assistência Farmacêutica como Política Pública de Saúde**

A Assistência Farmacêutica não deve ser confundida meramente com a logística de medicamentos. Ela é definida pelo Ministério da Saúde, como a área responsável pela promoção, proteção e recuperação da saúde, individual e coletiva, onde o medicamento é o insumo essencial, garantindo à população o acesso àqueles considerados essenciais e seu uso racional. (Brasil, 2024).

A Assistência Farmacêutica é norteada pela Resolução nº 338/2004, que a define como uma política pública norteadora de um modelo de atenção à saúde, envolvendo desde a seleção de medicamentos até seu uso racional, sendo um campo onde o controle social é vital para garantir que o interesse público prevaleça. (Brasil, 2004).

## **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

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

### Quadro 1 – Delineamento metodológico

<b>Objetivo Geral</b>	Analisar a trajetória histórica e os desafios contemporâneos do controle social na gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.
<b>Objetivos Específicos</b>	Para responder ao objetivo geral a pesquisa estruturou-se nos seguintes objetivos específicos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identificar os principais mecanismos de controle social (conselhos e conferências) e seu papel nas deliberações da Assistência Farmacêutica;</li> <li>2) Descrever o arcabouço normativo que fundamenta a participação social no SUS e sua interface com a consolidação com as políticas de medicamentos;</li> <li>3) Investigar as barreiras estruturais e técnicas enfrentadas pelos conselheiros de saúde na fiscalização e formulação da política farmacêutica;</li> <li>4) Discutir o impacto do controle social na transparência de gestão e na garantia do acesso universal aos medicamentos.</li> </ol>
<b>Classificação quanto ao problema</b>	Qualitativa
<b>Classificação quanto aos fins</b>	Descritiva
<b>Classificação quanto aos meios</b>	Documental e Bibliográfico
<b>Procedimentos metodológicos</b>	1) Para a coleta: pesquisa documental e bibliográfica. 2) Para a análise: análise temática.

Fonte: elaboração própria, 2025

A análise dos dados será realizada por meio de análise temática. A análise temática é um método qualitativo flexível que permite identificar, analisar e interpretar padrões recorrentes (temas) em dados textuais ou discursivos, como entrevistas e documentos, promovendo uma compreensão profunda do conteúdo (Braun; Clarke, 2006).

O processo abrange etapas sequenciais, incluindo familiarização com os dados, codificação inicial, busca e revisão de temas, além da definição final deles, com forte ênfase no papel reflexivo do pesquisador (Braun; Clarke, 2006). Ela organiza dados complexos em temas significativos permitindo ao pesquisador interpretar experiências, comportamentos e perspectivas, sendo amplamente aplicada na ciência social e saúde.

Utilizou-se a técnica de pesquisa documental e bibliográfica para o levantamento de dados (Marconi; Lakatos, 2017). As fontes primárias, compostas por resoluções e legislações, no âmbito federal, foram consultadas nos portais eletrônicos do Ministério da Saúde estando detalhados no Quadro 2.



## Quadro 2 - Pesquisa Documental

Documento	Descrição
Constituição 1988	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
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).
Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
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.
Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012	Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Fonte: elaboração própria.

As fontes bibliográficas foram utilizadas para complementar a pesquisa documental, nela foram feitos levantamentos dos principais trabalhos realizados, que trouxeram dados atuais relacionados ao tema (Marconi; Lakatos, 2017, p. 158), o recorte temporal desta pesquisa compreende o período de 1988 até 2025. A escolha do ano inicial justifica-se pela promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como direito universal e instituiu a participação da comunidade como uma das diretrizes organizativas do sistema de saúde brasileiro. esse intervalo permite analisar a trajetória histórica e a consolidação dos mecanismos de controle social, desde sua base jurídica até as discussões contemporâneas trazendo um pouco do histórico e evolução da participação social na criação de políticas públicas relacionadas à saúde no Brasil, mapeados nas bases de dados do Portal Capes, Google Acadêmico e OasisBr.

Para a composição bibliográfica, foram utilizados termos livres e combinados. Os termos de buscas principais foram: Controle Social, Participação da Comunidade, Assistência Farmacêutica, Políticas Públicas de Saúde e Conselhos de Saúde. A busca priorizou estudos que abordassem o encontro entre os mecanismos de fiscalização popular e a gestão de políticas de medicamentos no Brasil, conforme detalhado no Quadro 3.



Quadro 3 – Pesquisa Bibliográfica

Autor(es)	Título do Trabalho
BARROS, E.M. et al.	Representação e representatividade nos conselhos de saúde: entre a formalização e a legitimidade participativa
CABRAL, G. V. B.; SOUSA, A. N. A.	Participação Social e Consolidação da Assistência Farmacêutica no Brasil.
CAPUCHO, H. C. at al.	Incorporação de medicamentos no SUS: comparação entre oncologia e componente especializado da assistência farmacêutica.
COHN, A.	Participação social e conselhos de políticas públicas
FERREIRA, T. L. S.; SOLER, O.	Assistência farmacêutica e serviços farmacêuticos ofertados no contexto da saúde pública e coletiva: Revisão narrativa
GOMES, J. F. F, ÓRFÃO, N. H.	Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa.
MATTA, G. C.	Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde
MATTOS, R. Ae	Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde
MARTINS, P.C. et al.	Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia.
MANZINI, F. <i>et al.</i>	Conselhos de saúde e Assistência Farmacêutica: desafios e perspectivas para o controle social no Brasil.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)	Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde
PIRES, G. B. et al.	Análise da atuação do Conselho Nacional de Saúde na Política Nacional de Assistência Farmacêutica
SANTOS, K.M., MAIA, R.R. P.; FACUNDES, W.T.	A saúde como direito: evolução das políticas de saúde no Brasil.

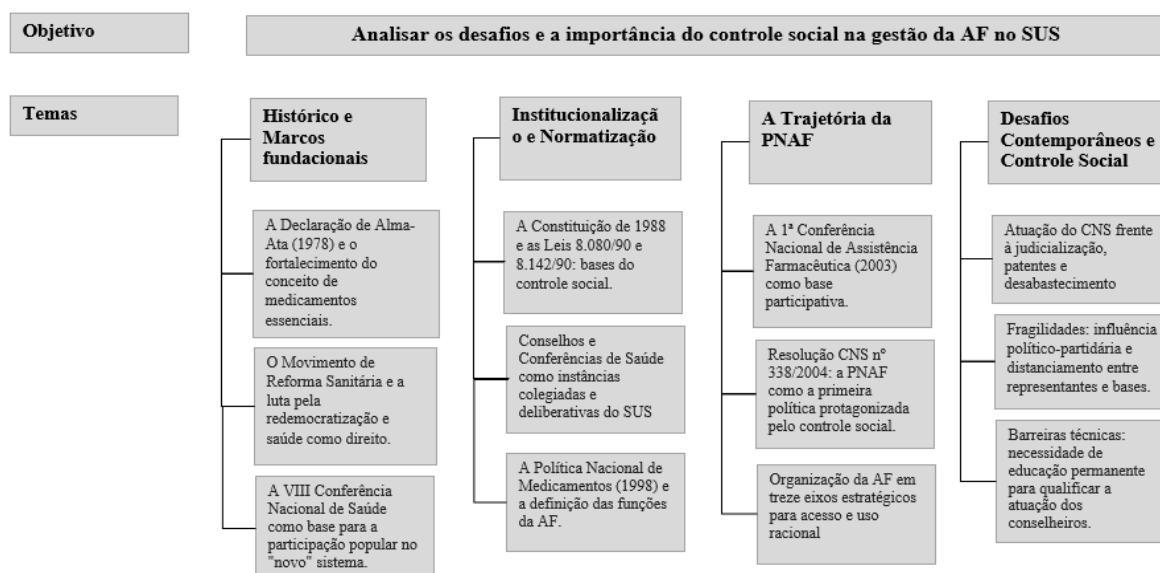
Fonte: elaboração própria, 2025

Este estudo utiliza a abordagem qualitativa, que para Prodanov e Freitas, 2023, esse tipo de pesquisa tem o ambiente como fonte direta de dados, que são descritivos, retratando o maior número possível de elementos existentes na realidade estudada.

## 4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados apresentados trazem um resgate histórico culminando na análise do cenário atual. Inicialmente é abordado o conceito de saúde como direito, seguida pela evolução das normatizações que institucionalizaram o controle social e por fim, os desafios que permeiam a Assistência Farmacêutica no contexto atual. A análise dos resultados mostra que, a participação social na Assistência Farmacêutica não é um evento isolado, mas faz parte de um processo de redemocratização e construção normativa. A estrutura da análise desenvolvida neste estudo, contemplando desde os marcos fundacionais até os desafios contemporâneos, está sintetizada na Figura 1.

**Figura 1 - Análise Temática: temas de pesquisa**



Fonte: elaboração própria, 2026

### 4.1 HISTÓRICO

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, constitui um divisor de águas na história da saúde pública global ao promulgar a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978). Este documento redefiniu a organização dos sistemas sanitários ao estabelecer os Cuidados Primários de Saúde (Atenção Primária) como a estratégia central e função principal dos sistemas nacionais, identificando-os como o mecanismo indispensável para o alcance da meta de Saúde para Todos no Ano 2000. Ao reafirmar a saúde como um direito

humano fundamental e inalienável, a Declaração enfatizou que a promoção de níveis de saúde socialmente e economicamente produtivos exige não apenas a intervenção técnica do setor saúde, mas uma ação coordenada e intersetorial que envolva todos os governos e a comunidade, visando mitigar as flagrantes desigualdades no estado de saúde entre os povos (OMS, 1978).

Neste mesmo documento são listados oito elementos mínimos que compõem a Atenção Primária à Saúde, o último item citado é o fornecimento de medicamentos essenciais (OMS, 1978). Embora a OMS tenha criado a primeira lista de medicamentos essenciais em 1977, foi através da declaração de Alma-Ata que este conceito foi fortalecido.

Segundo Santos, Maia e Facundes (2022), foi no final dos anos 70 que o movimento pela reforma sanitária ganhou força, através das críticas ao modelo existente e buscando um modelo que adotasse novos princípios, como direito universal à saúde, integralidade às ações preventivas e curativas, descentralização da gestão e participação e controle social. A reforma sanitária buscava produzir novo conhecimento e práticas que abrangesse as causas populares e que pudesse concretizar uma proposta alternativa de saúde baseada no princípio de saúde como direito (Martins *et al.*, 2008)

Junto às pressões pela reforma na saúde, a população se organizou em torno do tema da redemocratização do país, e posteriormente, em 1983, foram implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), como uma estratégia de descentralização e universalização da atenção à saúde satisfatória e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que colocou em prática ideais da reforma sanitária (Santos; Maia; Facundes, 2022, p. 31)

Conforme Mattos (2009, p. 771) Movimento da reforma sanitária:

“...embora não homogêneo, produziu um amplo consenso em torno de princípios básicos que deveriam nortear a atuação do Estado na saúde, a começar pela inequívoca afirmação de que a saúde deveria ser considerada como um direito de todos e um dever do Estado, seguindo por uma compreensão bastante ampliada da saúde e de seus determinantes sociais, bem como por uma visão bastante ampliada das responsabilidades do Estado para com a saúde. Tal movimento também formulou os princípios que deveriam nortear a construção de um sistema de saúde, sendo estes os elementos centrais que comumente chamamos de princípios e diretrizes do SUS”.

De acordo com Matta (2007, p. 76) a reforma sanitária brasileira lutava pela democratização da saúde por um projeto de sociedade participativa, equânime e justa e trouxe em seu estudo que a participação popular aparece como um dos princípios para reger o “novo” sistema nacional de saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde.



## 4.2 INÍCIO DAS NORMATIZAÇÕES

Em 1988, pela primeira vez no país, foi incluída uma seção sobre saúde na constituição federal, incorporando propostas e conceitos defendidos por aqueles que militavam no movimento da Reforma Sanitária e que representou o maior marco na evolução do sistema público de saúde brasileiro. (Santos; Maia; Facundes, 2022, p.31).

O SUS tem sua estrutura de atuação detalhada no artigo 198 da constituição, no que inclui a participação da comunidade como diretriz da sua organização (Brasil, 1988) A CF 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde estabeleceram as bases para a participação e o controle social no sistema brasileiro (Martins *et al.*, 2008).

A partir da CF/88, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado depois pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, devendo, em sua concepção, prover assistência à saúde, de forma gratuita, a população e de acordo com os princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social (Santos; Maia; Facundes, 2022, p.26).

Em 1990, pela lei nº 8.142 foram regulamentadas as instâncias de participação da comunidade no SUS, sendo formalizados e institucionalizados como dispositivos permanentes de formulação e acompanhamento das políticas dentro do sistema. Os conselhos e conferências de saúde, são as instâncias colegiadas de participação popular no SUS (Matta, 2007 p77).

### 4.2.1 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

De acordo com Martins *et al.* (2008), os conselhos de saúde são espaços deliberativos da máquina política institucional do SUS, considerado instrumento privilegiado de garantia de direitos dos cidadãos, rompendo com formas tradicionais de gestão e possibilitando ampliação de espaços de decisão.

Pela Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, foram aprovadas as diretrizes para a instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, considerando os objetivos de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de controle social do SUS. Além de indicar quais segmentos podem compor a representação de usuários e profissionais e recomenda que os representantes sejam eleitos em fóruns de convocações específicas para este fim (Barros et al., 2024, Brasil, 2012).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, têm

caráter permanente e deliberativo, com atribuições como formulação e acompanhamento da implementação de políticas públicas (Pires et al., 2025).

São organizados de forma paritária, presentes dentro dos três níveis de governo, tendo metade dos seus representantes compostos por usuários e a outra metade por representantes da gestão, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços. Suas reuniões são em caráter permanente e deliberativo, com o objetivo de contribuir para a formulação de políticas públicas dentro de suas áreas de atuação, além de exercer o controle social sobre as ações (Matta, 2007 p. 77). A representação nos conselhos de saúde requer não apenas a ocupação física nas cadeiras paritárias, mas uma capacidade técnica e política dos representantes em sistematizar as demandas sociais (Barros et al, 2024).

Conforme Barros et al., 2024, “[...] a ideia motora da democratização no SUS é que os conselhos de saúde possam funcionar como um canal de efetivação das demandas sociais por direitos, de construção coletiva das políticas de saúde e de formação de sujeitos políticos.”

Aprovada em 1998, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) definiu, dentro do SUS, quais eram as finalidades e funções da Assistência Farmacêutica, como grupo de atividades relacionadas ao medicamento dentro das ações de saúde de uma comunidade, visando segurança, eficácia e qualidade do medicamento, além da promoção do seu uso racional e acesso àqueles considerados essenciais (Brasil, 1998 e Oliveira, 2007).

#### 4.2.2 CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

De periodicidade quadrienal, as conferências de saúde devem se reunir em cada nível de governo, com o objetivo de avaliar a situação de saúde dentro de suas áreas de competência e sugerir diretrizes para a formulação das políticas. Tem representações nos diversos segmentos sociais e podem ser por convocação extraordinária, pelo poder executivo ou até pela própria conferência ou conselhos (Matta, 2007. p. 77)

Há um certo consenso sobre o fator democratizante no que se refere ao papel das conferências de saúde, principalmente sobre mobilização e expressão de grupos sociais, onde o ideal de participação social fundamenta-se em conceitos de cidadania, direitos sociais, papel do estado e da relação estado-sociedade, visto que a intenção é integrar a participação de diferentes segmentos da sociedade nas políticas públicas (Ricardi; Shimizu; Santos, 2020).

Segundo Ricardi, Shimizu e Santos (2020), tanto os conselhos quanto às conferências de saúde são anteriores ao próprio SUS, sendo instituídos em 1937, porém com estrutura e

objetivos distantes da perspectiva da participação social na gestão. Ganhou destaque e atribuições, como instâncias participativas e controle social, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, quando as conferências passaram a contar com ampla participação e representação de diversos segmentos e as leis posteriores, com isso seu papel passa a ser baseado na ideia de uma democracia participativa buscando afirmar e complementar o modelo hegemônico de democracia representativa (Ricardi; Shimizu; Santos, 2020).

### 4.3 LINHA DO TEMPO DA PNAF

A Assistência Farmacêutica foi incluída na agenda governamental brasileira como um reflexo contínuo do processo de mobilização social, foi consolidado como um marco histórico das Conferências Nacionais de Saúde e da Assistência Farmacêutica. Seguindo o modelo de múltiplos fluxos de Kingdon, todo o processo de criação e consolidação da PNAF se deu através da janela de oportunidade criada pela 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, institucionalizando a AF como um direito social e uma política pública estratégica dentro do SUS (Cabral; Souza, 2026)

A plenária da 11ª Conferência Nacional de Saúde, aprovou a convocação de conferências específicas sobre temas de interesse da população usuária do SUS, e entre elas, garantiu que o Ministério da Saúde realizasse uma conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, precedida de conferências estaduais e municipais e que nela fosse apresentada uma proposta de Política Nacional de Assistência Farmacêutica que fosse integrada aos princípios do SUS e a Política Nacional de Medicamentos do Ministério da Saúde (Brasil, 2001).

De tema central “Efetivando o Acesso, a Qualidade e a Humanização da Assistência Farmacêutica com controle social”, a primeira Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica foi realizada entre os dias 15 e 18 de setembro de 2003, em Brasília, após etapas municipais e estaduais. Suas deliberações foram a base para a aprovação da Resolução que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Brasil, 2005; Manzini *et al.*, 2025).

A construção da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi protagonizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), com ampla participação da sociedade e fundamentada no controle social, sendo considerada a primeira política pública instituída pelo controle social com promulgação pelo CNS (Pires *et al.*, 2025; Manzini *et al.*, 2025).

Estabelecida pela Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004, a PNAF define a

assistência farmacêutica como uma política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais. (Brasil, 2004) É organizada em treze eixos estratégicos que abrangem o acesso e a qualificação da assistência farmacêutica, produção de fármacos, promoção do uso racional, entre outros (Brasil, 2004; Pires et al., 2025).

#### 4.4 MOMENTO ATUAL

A função da participação popular na gestão das políticas públicas é fomentar a corresponsabilização entre Estado e sociedade civil, permitindo a inclusão de demandas sociais manifestadas por diversos sujeitos coletivos. (Manzini *et al.*, 2025) Porém, alguns estudos demonstram a fragilidade na influência dos conselhos e conferências nas políticas públicas, sendo necessário identificar quais são os desafios que dificultam o pleno exercício do controle social através da compreensão desses espaços colegiados (Manzini *et al.*, 2025).

De acordo com Pires et al. (2025, p.1): “A atuação do CNS produziu fatos políticos importantes, especialmente com relação à judicialização para acesso aos medicamentos, patentes de medicamentos, Programa Farmácia Popular do Brasil, desabastecimento de medicamentos”.

O enfrentamento ao fenômeno da judicialização, tem exigido esforços da sociedade civil e do estado, com ampla participação das secretarias estaduais de saúde em colaboração com o judiciário e o legislativo, tendo o CNS incluído essa temática nos debates buscando promover uma interação mais efetiva entre os órgãos da justiça. Recentemente, compôs a nova Comissão Especial do Supremo Tribunal Federal (STF) para debater a judicialização de medicamentos não padronizados (Pires et al., 2025).

De acordo com Gomes e Órfão (2021), os principais desafios identificados para efetiva participação social no SUS, sobressaem a influência político-partidária, a luta por interesses particulares, o distanciamento entre representantes e representados, a fragilidade dos vínculos com as bases sociais e a deficiência de processos permanentes de educação em saúde para conselheiros. Além disso, fatores como infraestrutura limitada, disponibilidade de informações acessíveis, centralização das decisões dos gestores e baixa capacidade deliberativa real de conselhos e conferências. Estes mesmos autores defendem que a superação dessas barreiras exige pluralidade na composição dos conselhos de saúde, critérios transparentes de escolha, rotatividade responsável, democratização da informação e fortalecimento da formação crítica dos sujeitos coletivos. Nesse sentido, o fortalecimento do controle social é apresentado como

condição para a consolidação de uma gestão em saúde efetivamente participativa, capaz de incorporar demandas sociais e práticas tensionais autoritárias historicamente presentes nas políticas públicas brasileiras (Gomes e Orfão, 2021 p.1207).

Segundo Capucho et al. (2021), as iniciativas da Conitec para ampliar a participação social no processo de decisão são reconhecidas através da inclusão de representantes de pacientes trazendo testemunhos e gravação das sessões em sítio eletrônico, porém as etapas posteriores às incorporações precisam de documentação compreensível para serem divulgadas a profissionais e população. Essa falta de transparência pode limitar o cumprimento do princípio de participação popular nas políticas públicas de saúde no Brasil, dificultando o acompanhamento da disponibilização no prazo previsto.

Dessa forma, a realidade atual necessita que o controle social deixe de ser apenas consultivo e se torne tecnicamente propositivo diante da complexidade do mercado e demandas judiciais.

## 5 CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo analisar quais são os desafios e a importância do controle social na gestão das políticas de assistência farmacêutica no SUS. O percurso estudado mostrou que a trajetória da assistência farmacêutica no Brasil ultrapassa uma evolução estritamente técnica e logística, sendo uma conquista política diretamente relacionada ao movimento da Reforma Sanitária e ao processo de redemocratização do país. Iniciada pela Declaração de Alma-Ata, em 1978, passando pela promulgação da Constituição Federal de 1988 e pela criação do SUS, observa-se a consolidação da saúde como direito fundamental e dever do Estado, baseada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social.

Nesse contexto, a Declaração de Alma-Ata, fruto da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978, consolidou o entendimento da saúde como um direito humano universal e como responsabilidade compartilhada entre governos e sociedade. Ao afirmar a atenção primária como eixo estruturante dos sistemas de saúde e enfatizar a participação comunitária como elemento essencial do planejamento e execução das ações sanitárias, essa declaração exerceu profunda influência na formulação das políticas públicas brasileiras, entregue de base conceitual e política para a Reforma Sanitária e para a construção do SUS.

Na institucionalização da assistência farmacêutica como política pública, a participação

social, por sua vez, assumiu papel decisivo. Através dos conselhos e conferências de saúde, a sociedade civil passou a intervir diretamente nos processos de deliberação, formulação e acompanhamento das políticas, garantindo que uma Política Nacional de Assistência Farmacêutica refletisse as necessidades concretas da população. Desta maneira, esta atuação ampliou o debate sobre o acesso e o uso racional de medicamentos, na definição de diretrizes específicas à integralidade do cuidado e na valorização do profissional farmacêutico como agente de saúde. Assim, podemos concluir que a participação social não se consolidou apenas como princípio, mas como instrumento eficaz de controle e aperfeiçoamento das ações públicas em saúde.

O percurso mostrou a evolução conceitual do fornecimento de medicamento para a formulação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), instituída em 2004, que representou uma quebra de paradigma, onde o medicamento deixa de ser visto como insumo e passa a ser reconhecido como direito, fortalecido pelo controle social. O Conselho Nacional de Saúde e as Conferências de Saúde atuaram como elementos determinantes no processo, caracterizando a PNAF como a primeira política pública instituída a partir do controle social, o que confere o protagonismo da sociedade civil na formulação das políticas públicas no SUS.

Esse papel ativo da sociedade, não apenas assegurou a institucionalização da assistência farmacêutica nos marcos constitucionais, como também o exercício ininterrupto da vigilância participativa sobre a gestão pública, essencial para os desafios atuais, como a crescente judicialização da saúde, desabastecimento de medicamentos e fragilidades em pactos federativos. Embora os avanços normativos sejam significativos, a existência das leis e resoluções não garantem a efetividade da participação social.

A democracia participativa é fragilizada por problemas estruturais e políticos, como distanciamento entre conselheiros e suas bases sociais, desigualdades regionais, e falta de educação permanente na saúde. Para superar essas barreiras, é necessário fortalecimento técnico e político dos conselheiros, a democratização do acesso à informação, autonomia analítica dos sujeitos coletivos que atuam nos espaços colegiados.

Pelo exposto neste trabalho, a manutenção da assistência farmacêutica como política estruturante do SUS depende de a sociedade civil ocupar e defender as instâncias de decisão. Somente por meio de um controle social forte, estruturado e tecnicamente capacitado será possível proteger os avanços conquistados, consolidar a gestão pública democrática e garantir que a assistência farmacêutica continue sendo a estratégia fundamental para o acesso universal e uso racional dos medicamentos, garantindo o direito político à saúde, conforme os princípios

## REFERÊNCIAS

AMABILE, A. E. N. Políticas Públicas. In: CASTRO, C. L. F.; GONTIJO, C. R. B.; AMABILE, A. E. N. (org.). **Dicionário de Políticas Públicas**. Barbacena: EdUEMG, 2012. p. 390-410.

BARROS, E. M. et al. Representação e representatividade nos conselhos de saúde: entre a formalização e a legitimidade participativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 12, e00115524, 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2025]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 out. 2025.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 05 fev. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 05 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2025]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html). Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**: relatório final. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2004/Reso338.doc>. Acesso em: 03 jan. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012**. Aprova as diretrizes para instituição e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

CABRAL, G. V. B.; SOUSA, A. N. A. Participação Social e Consolidação da Assistência Farmacêutica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, jan. 2026.

CAPUCHO, H. C. et al. Incorporação de medicamentos no SUS: comparação entre oncologia e componente especializado da assistência farmacêutica. **Revista de Saúde Pública**, São

Paulo, v. 55, n. 100, 2021.

COHN, A. **Participação social e conselhos de políticas públicas**. Brasília: CEPAL: IPEA, 2011. (Textos para Discussão CEPAL-IPEA, 29).

COTTA, R. M. M. et al. **O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos conselhos de saúde**. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1137, 2011

FERREIRA, T. L. S.; SOLER, O. Assistência farmacêutica e serviços farmacêuticos ofertados no contexto da saúde pública e coletiva: Revisão narrativa. **Research, Society and Development**, v. 14, n. 8, e6214849406, 2025.

GOMES, J. F. F.; ORFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Revista Saúde Pública**, v. 47, p. 1199-1210, 2021.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives, and public policies**. 2. ed. Boston: Little, Brown, 2011. (Original publicado em 1984).

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

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

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: PONTES, A. L. M. (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, p. 771-780, 2009.

MANZINI, F. et al. Conselhos de saúde e Assistência Farmacêutica: desafios e perspectivas para o controle social no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], jul. 2025. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/conselhos-de-saude-e-assistencia-farmacautica-desafios-e-perspectivas-para-o-controle-social-no-brasil/19727>. Acesso em: 05 fev. 2026.

OLIVEIRA, L. C. F. **Assistência Farmacêutica no SUS: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde**. Feira de Santana: UEFS, 2007.

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

PIRES, G. B. et al. Análise da atuação do Conselho Nacional de Saúde na Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2025. DOI: 10.1590/2358-289820251449512P.

RICARDI, L. M.; SHIMIZU, H. E.; SANTOS, L. M. P. Conferências de saúde: metassíntese



de boas práticas, obstáculos e recomendações. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 1, e181084, 2020.

SANTOS, K. M.; MAIA, R. R. P.; FACUNDES, W. T. A saúde como direito: evolução das políticas de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Direito Social**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 26-37, 2022.