

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FSP-USP)
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA E GESTÃO EM SAÚDE – TURMA 2024-25
METODOLOGIA CIENTÍFICA

O Desabastecimento de medicamentos e as iniquidades em saúde: uma revisão integrativa da literatura

Aluno(a): **Isabella Cunha Martins de ARAÚJO** - Faculdade de Saúde Pública–FSP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2609-3354>

Orientador: **Samara Jamile MENDES** - Universidade de São Paulo –USP, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3107-8233>

RESUMO

O presente estudo realizou uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de compreender como o desabastecimento de medicamentos se articula às iniquidades em saúde no contexto brasileiro. A análise de dez estudos revelou que a escassez de medicamentos essenciais não decorre apenas de falhas logísticas ou operacionais, mas reflete desigualdades estruturais, econômicas e institucionais profundamente enraizadas no sistema de saúde. Os achados evidenciam a fragmentação da gestão federativa, o subfinanciamento da assistência farmacêutica, o descompasso entre regulação e demanda, e a baixa atratividade comercial de medicamentos voltados a doenças negligenciadas. Além disso, observou-se que o desabastecimento afeta de forma desproporcional populações em situação de vulnerabilidade social, com destaque para mulheres negras, povos indígenas e habitantes das regiões Norte e Nordeste, em razão da sobreposição de barreiras étnico-raciais, territoriais e de classe. A judicialização, embora represente uma via de acesso, tende a beneficiar regiões mais estruturadas, acentuando desigualdades. As estratégias existentes, como programas federais e mecanismos regulatórios, ainda carecem de coordenação intersetorial, equidade territorial e capacidade de resposta a contextos específicos. Conclui-se que o desabastecimento de medicamentos constitui um marcador das desigualdades no acesso à saúde e exige respostas estruturais, sustentadas em justiça distributiva, fortalecimento do SUS e superação do modelo centrado no interesse de mercado.

Palavras-chave: Desabastecimento; Acesso a Medicamentos Essenciais e Tecnologias em Saúde; Assistência Farmacêutica; SUS.

INTRODUÇÃO

O desabastecimento de medicamentos constitui uma problemática complexa e persistente nos sistemas de saúde em escala global. Apesar de assumir contornos diversos conforme o contexto socioeconômico e político de cada país, seus efeitos tendem a se concentrar de maneira mais aguda sobre populações em situação de vulnerabilidade. No Brasil, essa realidade evidencia os limites do Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia de uma atenção integral, universal e equânime, sobretudo diante de um território marcado por desigualdades regionais históricas¹.

Na Organização Mundial Da Saúde (OMS)² discute-se e as interrupções na cadeia de suprimentos de medicamentos essenciais como um desafio multifatorial, decorrente de questões

como a concentração da produção global em poucos países, gargalos logísticos, eventos geopolíticos, falhas regulatórias e políticas comerciais restritivas¹. Em contextos de crise sanitária e instabilidade econômica, essas fragilidades se acentuam e expõem a vulnerabilidade dos sistemas nacionais.

No caso brasileiro, a dependência externa de Insumos Farmacêuticos Ativos (IFAs), sobretudo provenientes da China e da Índia, é um fator crítico. Essa dependência compromete a autonomia do país e, associada à fragilidade da indústria nacional e à insuficiência de políticas logísticas integradas, resulta em falhas recorrentes no abastecimento — especialmente no caso de medicamentos de alto custo ou destinados ao tratamento de doenças crônicas, como câncer, diabetes e hipertensões resistentes³. É um problema multifacetado que envolve não apenas a dependência de IFAs, mas também uma série de outros desafios que comprometem a eficácia do sistema de saúde. Entre os principais fatores estão: Fragilidade da Indústria Nacional (A falta de investimentos e inovação na indústria farmacêutica local limita a capacidade de produção, tornando o Brasil vulnerável a oscilações no mercado internacional); Políticas Logísticas Insuficientes (A ausência de uma política logística integrada resulta em dificuldades na distribuição de medicamentos, especialmente em áreas remotas e menos favorecidas); Regulação e Burocracia (Processos regulatórios complexos e a burocracia excessiva podem atrasar a aprovação e a disponibilização de novos medicamentos no mercado); Desigualdades Regionais (As disparidades no acesso a serviços de saúde e medicamentos entre diferentes regiões do Brasil agravam o problema do desabastecimento, afetando principalmente as populações vulneráveis)^{3 4}.

Esses fatores, em conjunto com a dependência de IFAs, criam um cenário desafiador para garantir o acesso a medicamentos essenciais no Brasil³.

Na América Latina, países como Argentina e Colômbia enfrentam desafios semelhantes, especialmente em contextos de austeridade fiscal. No entanto, experiências de consórcios regionais, como o Fundo Estratégico da OPAS, têm buscado alternativas viáveis para mitigar os efeitos da escassez, promovendo compras conjuntas e incentivando a produção estatal. Já na Europa, apesar de contarem com sistemas de saúde mais robustos, medidas como a notificação obrigatória de descontinuações, a constituição de estoques reguladores e parcerias público-privadas têm sido mobilizadas para enfrentar a escassez⁵.

No entanto, é importante destacar que, mesmo em países desenvolvidos, a iniquidade na distribuição de medicamentos pode ser acentuada por determinantes raciais e socioeconômicos. Nos Estados Unidos, por exemplo, estudos demonstram que populações negras e latinas apresentam menor acesso a medicamentos de alto custo, mesmo quando estão formalmente inseridas em sistemas de saúde^{6 7}.

No Brasil, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) representam os principais marcos normativos para assegurar o acesso racional e equitativo a medicamentos⁸. No entanto, sua efetividade ainda é comprometida por entraves estruturais, como o subfinanciamento crônico do SUS, a desarticulação entre os entes federativos e a baixa capacidade administrativa de muitos municípios⁹. Regiões com baixos indicadores de desenvolvimento humano, como parte do Semiárido nordestino e da Amazônia Legal, enfrentam dificuldades adicionais, inclusive para a retenção de profissionais capacitados e a implementação de tecnologias de gestão¹⁰.

Apesar dos avanços proporcionados pela descentralização do SUS, a ausência de apoio técnico e financeiro contínuo contribui para a fragmentação da cadeia de suprimentos, com prejuízos à gestão e à distribuição dos medicamentos. A carência de sistemas de informação integrados compromete a rastreabilidade dos estoques, contribuindo para perdas logísticas e interrupções na assistência à população^{11 12}.

A ineficiência na gestão, associada à falta de um planejamento robusto, comunicação inadequada e capacitação insuficiente dos gestores, amplia ainda mais o problema. Quando

esses aspectos não são adequadamente abordados, as consequências para a saúde pública são graves, prejudicando a qualidade do atendimento e ampliando as desigualdades no acesso aos medicamentos necessários^{13 14}.

Entender o desabastecimento de medicamentos a partir de uma perspectiva ampliada requer, portanto, que se leve em conta não apenas os aspectos técnicos, mas também os determinantes sociais, territoriais e geopolíticos que moldam essa realidade¹⁵. Além disso, analisar experiências internacionais pode fornecer subsídios importantes para a formulação de estratégias adaptadas à realidade brasileira, fortalecendo a capacidade do SUS de garantir o direito à saúde com justiça social^{15 16}.

Esta revisão integrativa tem como objetivo analisar o que a literatura científica apresenta sobre os fatores que contribuem para o desabastecimento de medicamentos e seu efeito sobre o acesso, com um foco especial na equidade em saúde. Através da síntese de evidências científicas, busca-se oferecer uma análise crítica do fenômeno, contribuindo para o debate sobre soluções estruturais que promovam maior resiliência, eficiência e justiça no acesso a medicamentos essenciais.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de sintetizar os principais resultados dos estudos disponíveis sobre o desabastecimento de medicamentos e sua relação com as iniquidades em saúde. A revisão foi conduzida em cinco etapas principais:

1. Formulação do problema

A primeira etapa envolveu a definição da pergunta de pesquisa: "O que a literatura científica apresenta sobre o desabastecimento de medicamentos e a relação com as iniquidades em saúde?" Essa questão foi orientada pela necessidade de entender como o desabastecimento impacta a distribuição e o acesso aos medicamentos essenciais, especialmente em contextos de desigualdade social e econômica.

2. Fontes de Dados e Estratégia de Busca

A busca da literatura envolveu a identificação das fontes a serem consultadas, a definição de palavras-chave, a estratégia de pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH) foram combinados com operadores booleanos para realizar as buscas nas bases de dados selecionadas, incluindo a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a PubMed.

- **PCC:**
População: não aplicável;
Conceito: desabastecimento de medicamentos;
Contexto: iniquidades em saúde.
- **Termos utilizados:** A estratégia de busca para a BVS utilizou operadores booleanos "AND" e "OR" para combinar termos relacionados ao desabastecimento de medicamentos e suas consequências em saúde.
- **Período:** Foram incluídas publicações sem restrição temporal, considerando a relevância para os objetivos do estudo. A última busca foi realizada em 26/02/2025.

Com base nesses eixos e nos descritores obtidos a partir deles, a estratégia de busca abaixo foi sintetizada:

Tabela 1. Descritores para cada eixo de pesquisa e utilizados neste trabalho.

Estratégia de busca	Base de Dados	Número de publicações
<p>((("Escassez de Recursos para a Saúde") OR ("Escassez de Recursos de Saúde") OR ("Adesão à Medicação") OR ("Aderência ao Medicamento") OR ("Aderência ao Tratamento Medicamentoso") OR ("Adesão ao Tratamento Farmacológico") OR ("Submissão ao Medicamento") OR ("Falta de Aderência à Medicação") OR ("Não Adesão ao Medicamento") OR ("Política Nacional de Medicamentos") OR ("Distribuição Gratuita de Medicamentos") OR ("Medicamentos Essenciais") OR ("Fármacos Essenciais") OR ("Relação Nacional de Medicamentos Essenciais") OR ("RENAME") OR ("Controle de Medicamentos") OR ("Controle Sanitário de Medicamentos") OR ("Política Farmacêutica") OR ("Sistema Nacional de Controle de Medicamentos")) AND ((("Desigualdades de Saúde") OR ("Disparidades de Saúde") OR ("Iniquidades em Saúde") OR ("Iniquidades das Políticas Econômicas e Sociais") OR ("Determinantes Sociais da Saúde") OR ("Equidade em Saúde") OR ("Mensuração das Desigualdades em Saúde"))</p>	<p>BVS</p>	<p>1.212</p>
<p>((("drug shortages"[Text Word] OR "medicine shortages"[Text Word] OR ("Drug"[All Fields] AND "supply disruption"[Text Word]) OR "essential drugs"[Text Word] OR ("pharmaceutical policy"[Text Word] OR "national drug policy"[Text Word] OR (((("ethnicity"[MeSH Terms] OR "ethnicity"[All Fields] OR "nationalities"[All Fields] OR "nationality"[All Fields] OR "federal government"[MeSH Terms] OR ("federal"[All Fields] AND "government"[All Fields]) OR "federal government"[All Fields] OR "National"[All Fields] OR "nation"[All Fields] OR "nation s"[All Fields] OR "nationalism"[All Fields] OR "nationalisms"[All Fields] OR "nationalization"[All Fields] OR "nationalized"[All Fields] OR "nationally"[All Fields] OR "nationals"[All Fields] OR "nations"[All Fields] OR "nations s"[All Fields]) AND ("Policy"[MeSH Terms] OR "Policy"[All Fields] OR "Policies"[All Fields] OR "policy s"[All Fields])) AND "pharmaceutical assistance"[Text Word]) OR "universal health coverage"[Text Word] OR "health resources"[Text Word] OR "public health financing"[Text Word] OR "pharmaceutical supply chain"[Text Word] OR "supply chain"[Text Word] OR ((("dependant"[All Fields] OR "dependants"[All Fields] OR "depended"[All Fields] OR "dependences"[All Fields] OR "dependencies"[All Fields] OR "dependency, psychological"[MeSH Terms] OR ("dependency"[All Fields] AND "psychological"[All Fields]) OR "psychological dependency"[All Fields] OR "dependence"[All Fields] OR "dependency"[All Fields] OR "dependent"[All Fields] OR "dependent s"[All Fields] OR "dependently"[All Fields] OR "dependents"[All Fields] OR "depending"[All Fields] OR "depends"[All Fields]) AND "international suppliers"[Text Word])) OR ("logistics management"[Text Word] OR "pharmaceutical planning"[Text Word] OR "drug distribution"[Text Word])) NOT ("over the counter drugs"[Text Word] OR ((("Private"[All Fields] OR "privately"[All Fields] OR "privates"[All Fields] OR "privatization"[MeSH Terms] OR "privatization"[All Fields] OR "privatizations"[All Fields] OR "privatize"[All Fields] OR "privatized"[All Fields] OR "privatizing"[All Fields]) AND "pharmaceutical industry"[Text Word]))) AND "loattrfree full text"[Filter] AND (((("health</p>	<p>PubMed</p>	<p>773</p>

inequalities"[Text Word] OR "health disparities"[Text Word] OR "social determinants of health"[Text Word] OR "health equity"[Text Word] OR "economic inequities"[Text Word] OR "social inequities"[Text Word] OR (((("social behavior"[MeSH Terms] OR ("Social"[All Fields] AND "behavior"[All Fields]) OR "social behavior"[All Fields] OR "sociality"[All Fields] OR "Social"[All Fields] OR "socialisation"[All Fields] OR "socialization"[MeSH Terms] OR "socialization"[All Fields] OR "socialise"[All Fields] OR "socialised"[All Fields] OR "socialising"[All Fields] OR "socialities"[All Fields] OR "socializations"[All Fields] OR "socialize"[All Fields] OR "socialized"[All Fields] OR "socializers"[All Fields] OR "socializes"[All Fields] OR "socializing"[All Fields] OR "socially"[All Fields] OR "socials"[All Fields]) AND ("analysis"[MeSH Subheading] OR "analysis"[All Fields] OR "determination"[All Fields] OR "determinant"[All Fields] OR "Determinants"[All Fields] OR "determinate"[All Fields] OR "determined"[All Fields] OR "determinates"[All Fields] OR "determinating"[All Fields] OR "determinations"[All Fields] OR "determine"[All Fields] OR "determined"[All Fields] OR "determines"[All Fields] OR "determining"[All Fields])) AND "health policies"[Text Word]) OR (("measurability"[All Fields] OR "measurable"[All Fields] OR "measurably"[All Fields] OR "measure s"[All Fields] OR "measureable"[All Fields] OR "measured"[All Fields] OR "measurement"[All Fields] OR "measurement s"[All Fields] OR "measurements"[All Fields] OR "measurer"[All Fields] OR "measurers"[All Fields] OR "measuring"[All Fields] OR "measurings"[All Fields] OR "measurment"[All Fields] OR "measurments"[All Fields] OR "weights and measures"[MeSH Terms] OR ("weights"[All Fields] AND "measures"[All Fields]) OR "weights and measures"[All Fields] OR "measure"[All Fields] OR "measures"[All Fields]) AND "of health inequalities"[Text Word]) OR "health status disparities"[Text Word]) NOT ("private healthcare"[Text Word] OR "high income countries"[Text Word])) AND "loattrfree full text"[Filter])) AND (ffrft[Filter])

3. Processos de seleção e análise

Foi utilizado o software Ryyan para a eliminação de registros duplicados. A seleção dos artigos passou por um processo de pré-seleção em cinco etapas:

- Etapa 1: Artigos duplicados;
- Etapa 2: Literatura em modelo de não artigo (teses, dissertações, anais de congressos, relatórios institucionais);
- Etapa 3: Leitura minuciosa dos títulos para selecionar documentos relevantes.
- Etapa 4: Leitura dos resumos dos artigos selecionados na primeira etapa.
- Etapa 5: Análise do texto completo dos artigos selecionados na segunda etapa.

Critérios de Inclusão:

Os estudos selecionados deveriam abordar os seguintes aspectos:

- Desabastecimento de medicamentos;
- Desigualdades e iniquidades no acesso;
- Barreiras e estratégias de acesso aos medicamentos.

Critérios de exclusão:

Foram excluídos artigos de opinião, editoriais e documentos que não abordassem diretamente a questão do desabastecimento e das desigualdades de saúde.

Processo de Seleção dos Estudos

A seleção seguiu um fluxo sistemático conforme descrito no fluxograma (Figura 1) **PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)**

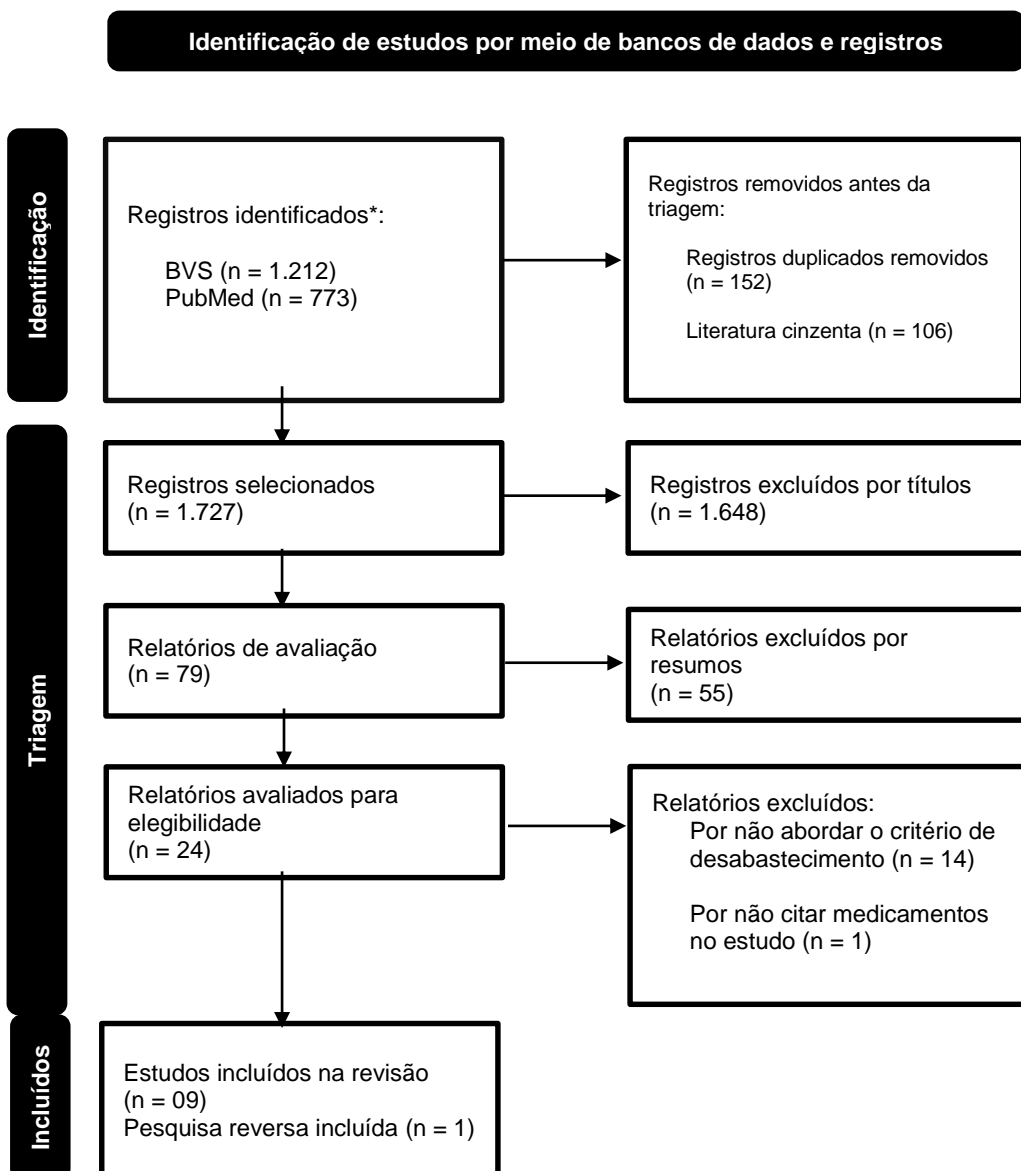
1. **Identificação:** Inicialmente, foram recuperados **1.985** artigos, sendo **1.212** da BVS e **773** da PubMed.
2. **Remoção de Duplicatas e Literatura Cinzenta:** Foram excluídos **152** artigos duplicados e **106** estudos classificados como literatura cinzenta, resultando em **1.727** artigos elegíveis para triagem.
3. **Triagem:** A leitura dos títulos levou à exclusão de **1.648** artigos por não atenderem simultaneamente aos critérios de inclusão, restando **79** estudos. Optou-se por essa primeira filtragem apenas pelos títulos devido à grande quantidade de resultados encontrados, o que inviabilizaria, em termos práticos, a leitura dos resumos de todos os trabalhos. Além disso, em muitos casos, os títulos já indicavam que o conteúdo não dialogava com os eixos centrais da pesquisa, como o desabastecimento de medicamentos ou o acesso no âmbito do SUS, o que justificou a exclusão imediata. Essa abordagem é adotada em revisões integrativas justamente por tornar o processo mais ágil e objetivo, sem comprometer a qualidade da seleção. Na sequência, a leitura dos resumos permitiu uma análise mais criteriosa dos 79 artigos restantes, resultando na exclusão de 55 por não se adequarem integralmente aos critérios, totalizando 24 estudos selecionados para leitura completa.
4. **Elegibilidade:** Na leitura completa dos textos, **15** artigos foram excluídos, sendo **14** por não abordarem diretamente o desabastecimento de medicamentos e **1** por não o citar especificamente.

5. **Inclusão:** Foram selecionados 09 estudos para compor a revisão. Adicionalmente, um artigo foi incluído por meio de pesquisa reversa (busca manual), a partir da análise das referências bibliográficas dos estudos inicialmente selecionados. A decisão de incluir este artigo se deu por sua elevada relevância temática e adequação aos critérios de inclusão, ainda que não tenha sido recuperado nas buscas automatizadas nas bases de dados.

Esse artigo, apesar de não ter sido identificado nas estratégias de busca eletrônica, tratava diretamente da problemática do desabastecimento de medicamentos no SUS e das desigualdades de acesso, com aprofundamento analítico coerente com os objetivos da presente revisão. Assim, sua inclusão foi considerada estrategicamente importante para enriquecer a discussão, oferecer maior densidade teórica ao trabalho e evitar viés de exclusão de estudos relevantes não indexados ou pouco visíveis nas bases pesquisadas.

Com isso, o total de estudos incluídos na análise final foi de 10 artigos.

Figura 1: Fluxograma PRISMA resultado do processo de seleção dos estudos para a revisão.



RESULTADOS

A presente revisão integrativa contemplou dez publicações científicas. A análise dos materiais selecionados evidenciou um conjunto expressivo de fatores que contribuem para a instabilidade no fornecimento de medicamentos no Brasil, afetando diretamente a equidade na oferta terapêutica, com ênfase no SUS.

Do ponto de vista bibliométrico, os artigos analisados foram majoritariamente publicados entre os anos de 2017 e 2024, com crescimento observado no período pós-pandemia. A maioria dos estudos foi desenvolvida por instituições localizadas nas regiões Sudeste e Sul, o que demonstra uma necessidade de estudos em outras regiões. Os periódicos mais frequentes pertencem à área da Saúde Coletiva, indicando a transversalidade do tema entre os campos da saúde pública, gestão e políticas de saúde.

Com o objetivo de apresentar uma visão estruturada das evidências coletadas, elaborou-se o Quadro 1, que sintetiza os principais atributos dos estudos incluídos, como autorias, objetivos, contribuições e metodologia.

Quadro 1. Síntese dos artigos incluídos na Revisão.

Título	Autores/ano	Revista	País	Tipo de estudo	Objetivo	Considerações
Acesso a medicamentos de alto preço: desigualdades na organização e resultados entre estados brasileiros.	Marina Raijche Mattozo Rover, Emília Baierle Faraco, Claudia Marcela Vargas-Peláez, Claudia Flemming Colussi, Sílvia Storpirtis, Mareni Rocha Farias, Silvana Nair Leite/2021	Ciência e Saúde Coletiva	Brasil	Estudo de caso qualitativo	Caracterizar a organização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) em quatro estados brasileiros de diferentes regiões do país.	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenças entre estados na proporção de usuários e na descentralização dos serviços, associadas ao desenvolvimento socioeconômico. - Avanços no acesso, apesar de desafios como falta de recursos, baixa qualificação da equipe e oferta limitada de exames e consultas. - Necessidade de mais estudos sobre resultados clínicos e econômicos para garantir atendimento integral e equânime.
Racial disparities in medication use: imperatives for managed care pharmacy.	Stephen J. Kogut / 2020	Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy	Estados Unidos	Revisão narrativa	Discutir as disparidades raciais no uso de medicamentos nos Estados Unidos e destacar o papel da farmácia de cuidados gerenciados na perpetuação dessas disparidades, além de sugerir ações para abordá-las.	<ul style="list-style-type: none"> - Disparidades raciais no uso de medicamentos refletem falhas estruturais no sistema de saúde dos EUA. - Fatores contribuintes: desenho de benefícios que transferem custos aos pacientes e busca por rebates. - Propostas: <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento da urgência do problema. • Amplificação das vozes das comunidades afetadas. • Redução significativa do custo para terapias essenciais. • Inclusão de dados raciais nos relatórios e na melhoria da qualidade.
Access to medicines through global health diplomacy.	Vijay Kumar Chattu, Bawa Singh, Sanjay Pattanshetty, Srikanth Reddy / 2023	Health Promotion Perspectives	Global	Revisão narrativa	Discutir a importância do acesso equitativo a medicamentos seguros e acessíveis como um componente vital para alcançar o mais alto padrão possível de saúde para todos, enfatizando o	<ul style="list-style-type: none"> - Cerca de 2 bilhões de pessoas não têm acesso a medicamentos essenciais. - Acesso a medicamentos é direito humano e responsabilidade dos Estados. - Diplomacia da saúde é instrumento para reduzir desigualdades e cumprir compromissos com o direito à saúde.

					papel da diplomacia global da saúde nesse contexto.	
Pharmaceutical Supply Chains: A Structural Determinant of Health for Children With ADHD.	Victoria F. Keeton / 2025	Journal of Pediatric Health Care	Estados Unidos	Revisão narrativa	Fornecer uma visão geral da recente escassez de medicamentos estimulantes utilizados no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças e utilizar um framework para fortalecer a resiliência na cadeia de suprimentos farmacêuticos.	<p>- Escassez de medicamentos estimulantes desde 2022 impacta tratamento do TDAH infantil.</p> <p>- Causas: aumento da demanda, falhas na produção/distribuição e má coordenação.</p> <p>- Propostas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transparência nas etapas da cadeia de suprimentos. <ul style="list-style-type: none"> • Manufatura avançada. • Gestão eficiente de inventário e capacidade.
Registro e incorporação de tecnologias no SUS: barreiras de acesso a medicamentos para doenças da pobreza?	Santana, Rafael Santos, Lupatini, Evandro de Oliveira, Leite, Silvana Nair / 2017	Ciência & Saúde Coletiva	Brasil	Estudo exploratório descritivo	Verificar os aspectos relacionados ao registro sanitário e à incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS) para as doenças da pobreza.	<p>- 49 medicamentos da RENAME têm apenas 1 produtor nacional; 24 não possuem registro.</p> <p>- Crescimento de 46% na inclusão de medicamentos para doenças da pobreza (2006–2014).</p> <p>- Estado tem papel central diante do desinteresse do mercado.</p> <p>- Necessidade de regulação focada em populações vulneráveis.</p>
(Un)Equitable distribution of health resources and the	Luciana de Melo Nunes Lopes, Francisco de Assis Acurcio, Semíramis	International Journal for Equity in Health	Brasil	Estudo quantitativo descritivo	Avaliar os fatores socioeconômicos associados aos	<p>- Judicialização favoreceu municípios com melhores condições socioeconômicas.</p> <p>- Políticas judicializadas não promoveram distribuição equitativa dos recursos em saúde.</p>

<p>judicialization of healthcare: 10 years of experience in Brazil.</p>	<p>Domingues Diniz, Tiago Lopes Coelho, Eli Iola Gurgel Andrade / 2019</p>				<p>municípios que apresentaram maior número de beneficiários de ações judiciais na área da saúde em Minas Gerais, Brasil (1999-2009).</p>	
<p>Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil.</p>	<p>Noemia Urruth Leão Tavares, Vera Lucia Luiza, Maria Auxiliadora Oliveira, Karen Sarmento Costa, Sotero Serrate Mengue, Paulo Sergio Dourado Arrais, Luiz Roberto Ramos, Mareni Rocha Farias, Tatiane da Silva Dal Pizzo, Andréa Dâmaso Bertoldil / 2016</p>	<p>Revista de Saúde Pública</p>	<p>Brasil</p>	<p>Estudo transversal quantitativo</p>	<p>Analisar o acesso gratuito aos medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil, considerando fatores socioeconômicos e demográficos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso gratuito maior entre pessoas mais pobres. - Existem desigualdades regionais e por classe de medicamento.
<p>Price discrimination in essential medicines: evidence from International Drug Price Indicator Guide data.</p>	<p>Michael Hanlon, Raymond Zhang / 2013</p>	<p>International Health</p>	<p>Internacional (base de dados global)</p>	<p>Estudo quantitativo econométrico</p>	<p>O estudo teve como objetivo identificar os determinantes dos preços pagos por medicamentos essenciais, analisando transações de medicamentos da lista de medicamentos essenciais da OMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evidência de discriminação de preços no mercado de medicamentos essenciais. - Países com maior riqueza per capita pagam mais pelos mesmos medicamentos. - Mercado ineficiente devido à assimetria de informações entre compradores e fornecedores.

<p>Ciencia y politica: el acceso a los medicamentos en el mundo de hoy.</p>	<p>Ismary Alfonso Orta, Efraín R. Sánchez de la Cruz / 2008</p>	<p>Revista Habanera de Ciencias Médicas</p>	<p>Cuba (com enfoque global)</p>	<p>Estudo teórico- reflexivo</p>	<p>O estudo analisa as causas que impedem o acesso universal aos medicamentos essenciais, destacando a contradição entre os avanços da farmacologia e a falta de acesso a esses medicamentos por uma grande parte da população mundial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso a medicamentos é um direito humano fundamental. - Barreiras: pobreza, desigualdade social e políticas públicas inadequadas. - Necessidade de políticas eficazes que tratem medicamentos como bens públicos.
<p>Desabastecimento de medicamentos na literatura científica da saúde: uma revisão narrativa.</p>	<p>Luisa Arueira Chaves, Gabriela Costa Chaves, Mariani Nunes Sadock Vianna, Maria Auxiliadora Oliveira / 2019</p>	<p>Revista de Saúde Coletiva</p>	<p>Brasil</p>	<p>Revisão narrativa</p>	<p>Identificar, descrever e caracterizar publicações sobre a questão da escassez de medicamentos e identificar lacunas de pesquisa nessa área.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tema recorrente na literatura científica, frequentemente com caráter denunciatório. - Falta de estudos em países de baixa e média renda. - Lacuna no entendimento das causas da escassez.

Na sequência, com base na leitura crítica e categorização dos achados, elaborou-se o Quadro 2, que resume os principais fatores identificados como determinantes para o desabastecimento de medicamentos, bem como seus impactos sobre a equidade no acesso no âmbito do SUS.

Quadro 2. Síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa quanto às causas do desabastecimento, políticas públicas de mitigação e efeitos no acesso a medicamentos.

Título do Artigo	Fatores causadores do desabastecimento	Políticas públicas de mitigação deste risco	Efeitos no acesso ao medicamento
Acesso a medicamentos de alto preço: desigualdades na organização e resultados entre estados brasileiros (Rover et al., 2021)	Desigualdades regionais e capacidade institucional frágil entre estados.	Análise do CEAR e sua implementação desigual nos estados.	Acesso desigual a medicamentos de alto custo entre estados.
Racial disparities in medication use: imperatives for managed care pharmacy (Kogut, 2020)	*	Sugestões de ações: redução de coparticipação e equidade racial.	Desigualdade racial impacta acesso e adesão ao tratamento.
Access to medicines through global health diplomacy (Chattu et al., 2023)	*	Diplomacia global da saúde como instrumento de ação estatal.	Milhões sem acesso adequado, violação do direito à saúde.
Pharmaceutical Supply Chains: A structural determinant of Health for Children With ADHD (Keeton, 2025)	Desorganização na cadeia de suprimentos e falhas na produção/distribuição.	*	Descontinuidade no tratamento do TDAH e risco à saúde infantil.
Registro e incorporação de tecnologias no SUS: barreiras de acesso a medicamentos para doenças da pobreza? (Santana et al., 2017)	Falta de atratividade do mercado e barreiras regulatórias para doenças negligenciadas.	Necessidade de atuação estatal diante do desinteresse de mercado.	Populações vulneráveis com acesso limitado a tratamentos.
(Un)Equitable distribution of health resources and the judicialization of healthcare: 10 years of experience in Brazil (Lopes et al., 2019)	Foco na desigualdade de acesso via judicialização entre municípios.	Crítica à ausência de critérios equitativos na judicialização.	Municípios mais ricos se beneficiam mais da judicialização.

Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil (Tavares et al., 2016)	Desigualdades regionais impactam acesso mesmo com políticas públicas.	Programas federais ampliam acesso, mas não eliminam desigualdades.	Acesso ampliado, mas regiões pobres ainda enfrentam barreiras.
Price discrimination in essential medicines: evidence from International Drug Price Indicator Guide data (Hanlon & Zhang, 2013)	Discriminação de preços por renda per capita; países mais pobres pagam mais.	*	Acesso dificultado para países pobres, prejudicando tratamentos.
Ciencia y Política: el acceso a los medicamentos em el mundo de hoy (Orta & Sánchez, 2008)	*	Defesa do acesso universal via políticas públicas eficazes.	Populações pobres com acesso negado a terapias essenciais.
Desabastecimento de medicamentos na literatura científica da saúde: uma revisão narrativa (Chaves et al., 2019)	Falhas logísticas, ausência de planejamento, gestão ineficiente.	Necessidade de políticas de gestão e de informação eficazes.	Iniquidades regionais e institucionais limitam acesso contínuo.

-
- Não aplicável

DISCUSSÃO

Os fatores causadores do desabastecimento de medicamentos no Brasil são complexos e interligados, refletindo desigualdades regionais e a fragilidade institucional na gestão da assistência farmacêutica. A pesquisa de Rover et al.¹⁷ sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) evidencia que disparidades entre os estados influenciam diretamente o acesso desigual a medicamentos de alto custo. Municípios com melhores indicadores socioeconômicos e maior capacidade de gestão atendem a um número proporcionalmente maior de usuários, o que demonstra como a estrutura local interfere na disponibilidade dos tratamentos. A literatura reforça essa perspectiva ao apontar que a fragmentação dos sistemas de saúde e a autonomia dos entes federativos, sem coordenação central eficaz, agravam as disparidades regionais. Relatórios do Tribunal de Contas da União (TCU) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) indicam a heterogeneidade na gestão da assistência farmacêutica como um fator decisivo para as dificuldades na garantia do acesso^{18 19}.

Outro elemento central do desabastecimento são as falhas na cadeia de suprimentos, incluindo produção e distribuição, que podem ser agravadas por picos de demanda, escassez de insumos e falta de coordenação entre os entes federativos. Keeton²⁰ destaca que esses gargalos resultam na indisponibilidade de medicamentos essenciais em diversos níveis do sistema. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) confirma, em seus relatórios, que as principais causas notificadas de desabastecimento são problemas na linha de produção, ausência de insumos e entraves regulatórios internacionais²¹. A pandemia de COVID-19 revelou ainda mais a vulnerabilidade dessas cadeias globais, evidenciando a dependência de poucos fornecedores de princípios ativos e a concentração produtiva em regiões específicas, o que tornou os sistemas de saúde particularmente expostos a choques globais²².

Além das causas logísticas e produtivas, há também fatores econômicos e estruturais relacionados ao próprio modelo de mercado da indústria farmacêutica. A falta de interesse comercial em produzir medicamentos para doenças que afetam majoritariamente populações pobres contribui para a escassez desses produtos. Santana et al.²³ apontam que o modelo de pesquisa e desenvolvimento falha ao não atender às necessidades das populações vulneráveis, gerando lacunas terapêuticas importantes. Organizações como Médicos Sem Fronteiras (MSF) e a Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas (DNDi) têm documentado essa negligência histórica, especialmente no caso de doenças como Chagas, Leishmaniose e Tuberculose^{24 25}.

Outro fator agravante é a prática da discriminação de preços, em que países mais pobres acabam pagando valores proibitivos por medicamentos essenciais, enquanto países ricos têm maior poder de barganha. Hanlon & Zhang²⁶ discutem essa distorção como uma falha de mercado que penaliza os mais vulneráveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Health Action International (HAI) denunciam a falta de transparência nos preços e a prática de precificação diferenciada, que afeta especialmente os países de baixa e média renda^{27 28}.

As falhas logísticas e a ausência de planejamento também impactam a continuidade do fornecimento de medicamentos. Segundo Chaves et al.²⁹, essas deficiências alimentam as iniquidades institucionais e regionais, comprometendo o acesso aos tratamentos. O Ministério da Saúde reconhece, em seus relatórios, os desafios relacionados à aquisição, armazenamento e distribuição dos produtos, frequentemente associados à ausência de sistemas de informação integrados e à escassez de profissionais qualificados em logística^{30 31}.

Nesse cenário, a análise e aprimoramento da gestão são fundamentais. Rover et al.¹⁷ argumentam que a implementação desigual do componente compromete a integralidade dos tratamentos, exigindo melhorias na articulação entre estados e municípios. Embora o Ministério

da Saúde venha promovendo a revisão dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e a implementação de sistemas de monitoramento, os desafios operacionais persistem³².

As mesas de negociação e cooperação diplomática em saúde surgem como uma ferramenta relevante para enfrentar os obstáculos ao acesso a medicamentos. Chattu et al.³³ destacam a importância da cooperação internacional e da negociação de políticas globais. A atuação brasileira em fóruns como a Organização Mundial do Comércio (OMC) e a OMS, especialmente na defesa da flexibilização de patentes durante a pandemia, é um exemplo de diplomacia voltada à mitigação do desabastecimento³⁴.

Diante deste desinteresse comercial da indústria farmacêutica por medicamentos destinados a doenças negligenciadas ou populações de baixo poder aquisitivo, a atuação estatal se faz essencial. Santana et al.²³ reforçam a necessidade de políticas públicas que incentivem a pesquisa, o desenvolvimento e a produção nacional de medicamentos, sobretudo para doenças negligenciadas. Iniciativas como as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs), que visam a transferência de tecnologia e a autonomia na produção de medicamentos estratégicos, representam esforços concretos na redução da dependência externa³⁵.

O debate sobre a judicialização da saúde também se insere nesse contexto. Embora seja um mecanismo de garantia de direitos, a judicialização pode acentuar desigualdades, favorecendo municípios com maior poder socioeconômico e estrutura jurídica. Lopes et al.³⁶ observam que a concentração de decisões judiciais nesses locais compromete a equidade do acesso. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Ministério da Saúde têm desenvolvido iniciativas como os Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS) e a elaboração de notas técnicas, com o objetivo de alinhar as decisões judiciais às políticas públicas e reduzir distorções³⁷. Programas federais de acesso, como o Farmácia Popular, também têm papel importante na mitigação do problema. Tavares et al.³⁸ mostram que esses programas ampliaram o acesso a medicamentos para doenças crônicas. No entanto, persistem barreiras relacionadas à adesão municipal e à distribuição desigual da rede credenciada, o que limita sua efetividade³⁹.

A defesa do acesso universal a medicamentos como princípio da saúde pública global é reforçada por Orta & Sánchez⁴⁰, que apontam a necessidade de políticas que garantam não apenas a disponibilidade, mas também a aceitabilidade e acessibilidade dos produtos essenciais. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem promovido estratégias que visam superar essas barreiras estruturais⁴¹.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), articulada à Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), é essencial para coordenar ações que envolvam desde a seleção de medicamentos até a avaliação de seu uso no SUS. O Conselho Nacional de Saúde afirma que a PNAF organiza um conjunto de ações que incluem pesquisa, produção, aquisição, distribuição e uso racional de medicamentos, com vistas à melhoria concreta da qualidade de vida da população^{42 43}.

Os efeitos do desabastecimento no acesso são profundos. Rover et al.¹⁷ mostram que as desigualdades entre os estados resultam em descontinuidade do tratamento, agravamento dos quadros clínicos e aumento da morbimortalidade em regiões menos favorecidas¹⁹. Além disso, a desigualdade racial também influencia o acesso. Kogut⁴⁴ destaca que medidas como a redução de coparticipação e a promoção da equidade racial são estratégias necessárias para mitigar os impactos do racismo estrutural na saúde⁴⁵.

Além das desigualdades regionais e econômicas, o acesso aos medicamentos no Brasil é atravessado por iniquidades interseccionais que afetam de forma desproporcional pessoas negras, indígenas e mulheres em situação de pobreza. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 revela que indivíduos de cor/raça preta ou parda e de menor nível socioeconômico apresentaram menor probabilidade de acesso geral a medicamentos no país. O cenário é ainda mais preocupante para mulheres negras, cujas chances de acesso são significativamente

reduzidas pela sobreposição de barreiras de gênero, raça e classe social, mesmo quando inseridas em políticas públicas^{46 47}.

Essas desigualdades também são territoriais. Regiões historicamente negligenciadas, como o Norte e o Nordeste, apresentam piores indicadores de saúde e menor cobertura da atenção básica, dificultando a oferta e a continuidade do tratamento medicamentoso⁴⁸. As análises da PNS e do suplemento da Revista de Saúde Pública apontam que, mesmo com avanços em programas como o Farmácia Popular, persistem desigualdades significativas entre regiões e classes sociais quanto ao acesso gratuito à medicamentos essenciais⁴⁷.

No caso das populações indígenas, a precariedade estrutural do SUS nas aldeias e territórios tradicionais reforça uma lógica de exclusão. As condições de saúde dessas populações seguem marcadas por altas taxas de mortalidade infantil e maior prevalência de doenças infecciosas, expressando desigualdades históricas no acesso à assistência farmacêutica e à atenção básica^{49 50}. Essa vulnerabilidade é frequentemente invisibilizada nas políticas públicas, evidenciando uma negligência institucional de longa data⁵⁰.

As populações mais vulneráveis, em especial aquelas atingidas por doenças negligenciadas, seguem com acesso restrito a tratamentos eficazes. Isso perpetua o ciclo de pobreza e doença, com impacto desproporcional sobre as comunidades marginalizadas^{23 25}. A judicialização, nesse contexto, ao invés de reduzir desigualdades, contribui para a concentração de recursos em locais mais favorecidos, prejudicando a equidade^{36 37}.

Apesar dos avanços na ampliação do acesso para doenças crônicas, ainda persistem barreiras significativas em regiões de baixa renda. A subutilização de medicamentos, motivada por essas desigualdades, compromete os desfechos em saúde^{38 39}. A discriminação de preços, como destacam Hanlon & Zhang²⁶, transfere os custos aos países mais pobres, ampliando as disparidades no acesso. (WHO, 2019) Populações carentes acabam excluídas dos avanços da farmacologia moderna, perpetuando um cenário de injustiça social e violação de direitos^{28 40}.

Por fim, Chaves et al.²⁹ concluem que as iniquidades regionais e institucionais limitam o acesso contínuo a medicamentos, configurando o desabastecimento como um problema de saúde pública que exige ações coordenadas e abrangentes para garantir a continuidade do tratamento e a equidade no cuidado²¹.

CONCLUSÃO

A análise integrativa realizada neste trabalho demonstrou que o desabastecimento de medicamentos deve ser compreendido como um fenômeno sistêmico, profundamente imbricado às desigualdades estruturais que atravessam o sistema de saúde o próprio modelo de desenvolvimento do país. Os estudos revisados apontam que a escassez de medicamentos, especialmente os de alto custo ou voltados para doenças negligenciadas, ocorre de forma seletiva, penalizando desproporcionalmente as populações que vivem em territórios com menor densidade técnica, fragilidade institucional e baixa capacidade de resposta estatal.

Verificou-se que o desabastecimento não se resume a falhas logísticas isoladas, mas expressa a insuficiência das políticas públicas de enfrentamento articulado, a fragmentação federativa, os entraves regulatórios e o subfinanciamento crônico da assistência farmacêutica. Além disso, a judicialização, ainda que busque suprir falhas do sistema, pode acentuar desigualdades ao favorecer municípios com maior capacidade institucional e jurídica.

A lógica de mercado, quando colocada acima do compromisso com a saúde pública, compromete o acesso a medicamentos essenciais. A baixa atratividade comercial de medicamentos voltados às doenças negligenciadas reforça a exclusão terapêutica de populações vulneráveis. Essa realidade é agravada por barreiras interseccionais, que afetam com maior intensidade pessoas negras, indígenas, mulheres em situação de pobreza e residentes nas regiões Norte e Nordeste do país.

Tais desigualdades não são ocasionais, mas estruturais, e estão relacionadas a um histórico de invisibilização e omissão do Estado. A literatura revisada confirma que o acesso desigual a medicamentos é atravessado por determinantes sociais da saúde que se expressam na distribuição desigual dos recursos, da infraestrutura e das oportunidades de cuidado.

Dessa forma, superar esse cenário exige muito mais do que ajustes operacionais. Requer uma revisão profunda das prioridades da política farmacêutica brasileira, com foco na justiça social, no fortalecimento da capacidade pública de planejamento e produção, em fontes estáveis de financiamento, na articulação entre os entes federativos e na consolidação de um sistema centrado na equidade. Apenas com esse compromisso será possível transformar o acesso a medicamentos em um direito pleno e universal, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Desabastecimento de medicamentos: determinantes e implicações [Internet]. Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(10):4021–33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kzcSdvPjQWWmXcBHgXKxNgc/>
2. World Health Organization (WHO). Medicines shortages: global approaches to addressing shortages of essential medicines in health systems [Internet]. Geneva: WHO; 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js18771en/>
3. Santos MF, Silva RA, Pereira LM. Dependência externa de insumos farmacêuticos ativos no Brasil: desafios e impactos para a política industrial e sanitária. *Tecnol Soc.* 2023;19:e6205.
4. Almeida GA, Oliveira LM, Souza RS. Desafios do acesso a medicamentos no Brasil: uma análise da política de medicamentos e suas implicações para a saúde pública. *Rev Bras Saúde Pública.* 2021;37(4):123–35.
5. Perehudoff K, Toebes B, Hogerzeil HV. Essential medicines in universal health coverage: inclusion, availability, affordability and access. *BMJ Glob Health.* 2021;6:e004812.
6. Yadav P. Health product supply chains in developing countries: diagnosis of the root causes of underperformance and an agenda for reform. *Health Syst Reform.* 2015;1(2):142–54.
7. Bigdeli M, Jacobs B, Tomson G, Laing R, Ghaffar A, Dujardin B, et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy Plan.* 2013;28(7):692–704.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
9. Mendes AN. Renúncia fiscal e subfinanciamento do SUS. *J Med Saúde Pública.* 2022;5(1):45–58. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1343>
10. Mendes AN. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde Soc.* 2021;30(2):123–35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/SQy6jTcM9j4q6c4RRmwmbmh/>
11. Vianna L, Almeida G. Desafios da Assistência Farmacêutica no SUS: aspectos estruturais e administrativos. *Rev Saúde Pública.* 2020;54:1–10.
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2004.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 132 p.
15. Barreto ML. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(12):e00197817. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VJVRmLjYkzRPfNTrCVhKyxw/>
16. Desafios na gestão de medicamentos no Brasil: impacto na saúde pública. *J Adm Pública.* 2020;8(2):56–72. Desafios na gestão de medicamentos no Brasil: impacto na saúde pública. *Jornal de Administração Pública*, v. 8, n. 2, p. 56-72.
17. Rover MRM, Soeiro OM, Fausto MCR. Acesso a medicamentos de alto preço: desigualdades na organização e resultados entre estados brasileiros. *Cienc Saude Colet.* 2021;26(9):4293–305.
18. Tribunal de Contas da União (Brasil). Relatório de auditoria operacional sobre a assistência farmacêutica no SUS. Brasília: TCU; 2020.
19. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Assistência farmacêutica no SUS: evolução e desafios. Brasília: CONASS; 2021.

20. Keeton V. Pharmaceutical supply chains: a structural determinant of health for children with ADHD. *Am J Public Health*. 2025;115(2):e1–e7.
21. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Relatório de Desabastecimento de Medicamentos. Brasília: ANVISA; 2023.
22. World Health Organization (WHO). COVID-19 and the global supply chain: disruption and resilience. Geneva: WHO; 2020.
23. Santana RS, Osorio-de-Castro CGS, Lopes LC. Registro e incorporação de tecnologias no SUS: barreiras de acesso a medicamentos para doenças da pobreza? *Cienc Saude Colet*. 2017;22(1):313–22.
24. Médecins Sans Frontières (MSF). Doenças negligenciadas: a crise invisível do acesso a tratamento. Relatório Técnico. Rio de Janeiro: MSF Brasil; 2022.
25. Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi). Relatório de impacto 2023: Inovação terapêutica para populações negligenciadas. Genebra: DNDi; 2023.
26. Hanlon M, Zhang R. Price discrimination in essential medicines: evidence from the International Drug Price Indicator Guide data. *Glob Health*. 2013;9:38.
27. Health Action International (HAI). Medicine Price Transparency and Access. Amsterdam: HAI; 2021.
28. World Health Organization (WHO). Pricing of Essential Medicines: WHO Guidelines. Geneva: WHO; 2019.
29. Chaves GC, Oliveira MA, Yamauti SM. Desabastecimento de medicamentos na literatura científica da saúde: uma revisão narrativa. *Cienc Saude Colet*. 2019;24(12):4349–58.
30. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Boas práticas de distribuição e logística de medicamentos. Brasília: OPAS; 2018.
31. Ministério da Saúde (Brasil). Relatório de Gestão da Assistência Farmacêutica 2022. Brasília: MS; 2022.
32. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica – Diretrizes de Atualização 2023. Brasília: MS; 2023.
33. Chattu VK, Knight WA, Aginam O. Access to medicines through global health diplomacy. *J Pharm Policy Pract*. 2023;16(1):5.
34. Ministério das Relações Exteriores (Itamaraty). Atuação do Brasil na OMC e OMS para acesso a medicamentos. Brasília: Itamaraty; 2021.
35. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs): balanço e desafios. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2022.
36. Lopes L, Ventura M, Oliveira MA. (Un)Equitable distribution of health resources and the judicialization of healthcare: 10 years of experience in Brazil. *Health Hum Rights*. 2019;21(1):119–28.
37. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). NAT-JUS: Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário. Relatório Técnico. Brasília: CNJ; 2019.
38. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Farias MR. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2016;50(suppl 2):7s.
39. Ministério da Saúde (Brasil). Farmácia Popular do Brasil: balanço e perspectivas. Brasília: MS; 2021.
40. Orta L, Sánchez A. Ciencia y política: el acceso a los medicamentos en el mundo de hoy. *Rev Cuba Salud Pública*. 2008;34(4):1–15.
41. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Estratégia para o acesso e uso racional de medicamentos. Washington, DC: OPAS; 2020.
42. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: CNS; 2004.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: MS; 2004.

44. Kogut SJ. Racial disparities in medication use: imperatives for managed care pharmacy. *J Manag Care Spec Pharm.* 2020;26(8):1018–24.
45. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Health Equity Considerations and Racial and Ethnic Minority Groups.* Atlanta: CDC; 2021.
46. dos Santos MPA, Barros MBA, Lima MG. Desigualdades no acesso a medicamentos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Rev Bras Epidemiol.* 2024;27(Suppl 1):e230008.
47. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osorio-de-Castro CGS. Acesso a medicamentos essenciais no Brasil: um desafio ainda não resolvido. *Rev Saude Publica.* 2016;50(suppl 2):6s.
48. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e desigualdades regionais entre 1998 e 2013. *Cienc Saude Colet.* 2016;21(5):1427–39.
49. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Saúde dos Povos Indígenas: Indicadores de mortalidade infantil e doenças infecciosas.* Brasília: IBGE; 2022.
50. Maia PFA, Garnelo L, Costa AA. Desigualdades no acesso à atenção básica e saúde indígena no Brasil: barreiras estruturais e desafios políticos. *Saude Debate.* 2019;43(1):122–36.