

Vieira, Fabiola Sulpino et al.

**Working Paper**

## Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS: Uma análise do gasto em medicamentos de estados e municípios participantes (2019-2023)

Texto para Discussão, No. 3120

**Provided in Cooperation with:**

Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

*Suggested Citation:* Vieira, Fabiola Sulpino et al. (2025) : Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS: Uma análise do gasto em medicamentos de estados e municípios participantes (2019-2023), Texto para Discussão, No. 3120, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, <https://doi.org/10.38116/td3120-port>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/322147>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*



<https://creativecommons.org/licenses/by/2.5/br/>

**TEXTO PARA DISCUSSÃO**

**3120**

**PESQUISA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA NO SUS:  
UMA ANÁLISE DO GASTO EM  
MEDICAMENTOS DE ESTADOS E  
MUNICÍPIOS PARTICIPANTES  
(2019-2023)**

**FABIOLA SULPINO VIEIRA  
ELTON DA SILVA CHAVES  
KAREN SARMENTO COSTA  
HEBER DOBIS BERNARDE  
LILIANE CRISTINA GONÇALVES BERNARDES  
BLENDIA LEITE SATURNINO PEREIRA**



**PESQUISA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA NO SUS: UMA ANÁLISE  
DO GASTO EM MEDICAMENTOS  
DE ESTADOS E MUNICÍPIOS  
PARTICIPANTES (2019-2023)**

**FABIOLA SULPINO VIEIRA<sup>1</sup>**

**ELTON DA SILVA CHAVES<sup>2</sup>**

**KAREN SARMENTO COSTA<sup>3</sup>**

**HEBER DOBIS BERNARDE<sup>4</sup>**

**LILIANE CRISTINA GONÇALVES BERNARDES<sup>5</sup>**

**BLENDA LEITE SATURNINO PEREIRA<sup>6</sup>**

---

1. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea). *E-mail:* fabiola.vieira@ipea.gov.br.

2. Assessor técnico em assistência farmacêutica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). *E-mail:* elton@conasems.org.br.

3. Consultora em assistência farmacêutica do Conasems. *E-mail:* karen.costa@gmail.com.

4. Assessor técnico em assistência farmacêutica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). *E-mail:* heber.bernarde@conass.org.br.

5. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail:* liliane.bernardes@ipea.gov.br.

6. Assessora técnica em economia da saúde do Conasems. *E-mail:* blenda@conasems.org.br.

Governo Federal

Ministério do Planejamento e Orçamento

Ministra Simone Nassar Tebet

**ipea** Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

**Presidenta**

LUCIANA MENDES SANTOS SERVO

**Diretor de Desenvolvimento Institucional**

FERNANDO GAIGER SILVEIRA

**Diretora de Estudos e Políticas do Estado,  
das Instituições e da Democracia**

LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO

**Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas**

CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,  
Urbanas e Ambientais**

ARISTIDES MONTEIRO NETO

**Diretora de Estudos e Políticas Setoriais,  
de Inovação, Regulação e Infraestrutura**

FERNANDA DE NEGRI

**Diretora de Estudos e Políticas Sociais (substituta)**

JOANA SIMÕES DE MELO COSTA

**Diretora de Estudos Internacionais**

KEITI DA ROCHA GOMES

**Chefe de Gabinete**

ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

**Coordenadora-Geral de Imprensa e  
Comunicação Social**

GISELE AMARAL DE SOUZA

**Ouvidoria:** <https://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

**URL:** <https://www.ipea.gov.br>

# Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2025

Pesquisa assistência farmacêutica no SUS: uma análise do gasto em medicamentos de estados e municípios participantes (2019-2023) / Fabiola Sulpino Vieira ... [et al.]. – Rio de Janeiro: Ipea, 2025. 65 p.: il., gráfs. – (Texto para Discussão ; n. 3120).

Inclui Bibliografia.

ISSN 1415-4765

1. Assistência Farmacêutica. 2. Preparações Farmacêutica. 3. Gastos em Medicamentos. 4. Gastos em Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Vieira, Fabiola Sulpino. II. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

362.1068

Ficha catalográfica elaborada por Elizabeth Ferreira da Silva CRB-7/6844.

**Como citar:**

VIEIRA, Fabiola Sulpino et al. **Pesquisa assistência farmacêutica no SUS: uma análise do gasto em medicamentos de estados e municípios participantes (2019-2023)** Brasília, DF: Ipea, maio 2025. 65 p.: il. (Texto para Discussão, n. 3120). DOI: <https://dx.doi.org/10.38116/td3120-port>

**JEL:** H51.

**DOI:** <https://dx.doi.org/10.38116/td3120-port>

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e ePUB (livros e periódicos).

Acesse: <https://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

# SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO AMBULATORIAL NO SUS.....	10
3 MÉTODOS.....	14
4 RESULTADOS.....	19
4.1 Municípios.....	19
4.2 Estados, incluindo o Distrito Federal.....	35
5 DISCUSSÃO.....	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICE A.....	61
APÊNDICE B.....	63
APÊNDICE C.....	65

## SINOPSE

Os medicamentos são tecnologias essenciais na atenção à saúde e representam uma parcela considerável dos gastos em saúde dos países em todo o mundo. Na apuração dos gastos em medicamentos, a perspectiva orçamentária é fundamental para uma análise do peso das despesas com esses produtos nos recursos disponibilizados para o financiamento da saúde em determinado ano. Contudo, nos últimos anos, no Brasil, os registros dessas despesas feitos pelos estados, o Distrito Federal e os municípios em sistemas orçamentários nacionais perderam qualidade, principalmente devido à falta de informações completas. Assim, com a finalidade, dentre outros objetivos, de estimar melhor os gastos desses entes com medicamentos, realizou-se a Pesquisa Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste texto, analisa-se o gasto em medicamentos no período de 2019 a 2023 dos municípios e estados participantes desta pesquisa. Os resultados evidenciam que a maior parte do gasto total em medicamentos (GTM), tanto dos estados quanto dos municípios respondentes, foi financiada por recursos próprios, com redução da participação federal no financiamento desse gasto no período. Além disso, observou-se que o GTM em valores absolutos, em percentual do gasto total em saúde (GTS) e em valores por habitante, em ambos os casos, aumentou entre 2019 e 2023. Municípios com até 5 mil habitantes tiveram um GTM por habitante maior que o GTM dos demais grupos de municípios por porte populacional. Conclui-se que, embora os resultados da pesquisa não possam ser generalizados para todos os municípios e estados do país, eles sinalizam para a necessidade de rediscussão do financiamento da assistência farmacêutica e do gerenciamento da aquisição de medicamentos pelas três esferas de governo no SUS.

**Palavras-chave:** assistência farmacêutica; preparações farmacêuticas; gastos em medicamentos; gastos em saúde; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

Pharmaceuticals are essential technologies in healthcare and represent a considerable portion of healthcare expenditures in countries worldwide. The budgetary perspective of pharmaceutical spending is essential for analyzing the weight of these expenses in relation to the resources allocated for health financing each year. However, in Brazil, in recent years, the records of these expenses made by states, the Federal District, and municipalities in national budgetary systems have declined in quality, primarily due to the lack of complete information. Thus, with the aim of, among other objectives, improving the estimation of these entities' spending on drugs, the Pharmaceutical Service Research in the Unified Health System (SUS) was conducted. This paper analyzes pharmaceutical expenditure from 2019 to 2023 for the municipalities and states participating in this research. The results highlight that most of the total pharmaceutical expenditure (TPE), both in states and municipalities, was financed through local resources, with a reduction in federal participation in funding this expense over the period. Furthermore, the TPE in absolute values, as a percentage of total health expenditure (THE), and per capita values,

increased between 2019 and 2023 in both cases. Municipalities with populations of up to 5,000 inhabitants had a higher TPE per capita compared to other municipal groups categorized by population size. It is concluded that, although the research results cannot be generalized to all municipalities and states in the country, they point to the need for a re-evaluation of the pharmaceuticals financing and the management of drugs procurement across the three levels of government in SUS.

**Keywords:** pharmaceutical services; pharmaceutical preparations; pharmaceutical expenditure; health expenditure; Unified Health System.

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência farmacêutica (AF), também chamada de serviços farmacêuticos, engloba um conjunto de atividades destinadas a promover, proteger e recuperar a saúde individual e da população por meio do acesso e do uso racional de medicamentos. Estão incluídas nesse conjunto de atividades a seleção, a programação, a aquisição, a distribuição, a dispensação, a garantia da qualidade dos produtos e serviços, o acompanhamento e a avaliação de sua utilização (Brasil, 2004; Vieira, 2022; Conasems, 2022).

Embora seja constituída por serviços, sob a ótica do financiamento do SUS, a designação *assistência farmacêutica* abrange um conjunto de despesas que, majoritariamente, são realizadas pela União, estados, o Distrito Federal e municípios para a oferta de medicamentos à população. Ou seja, envolve basicamente o gasto em produtos farmacêuticos (Vieira, 2022). Já o termo *financiamento de serviços e bens de saúde*, estando entre os bens os medicamentos, é utilizado para se referir às formas de obtenção de recursos monetários a fim de custear a produção ou aquisição desses bens e serviços, e aos mecanismos utilizados para alocar os recursos monetários a esse custeio (Brasil, 2013a). Sob essa perspectiva, estudos sobre o financiamento em saúde geralmente baseiam-se na execução orçamentário-financeira das despesas, porque esta revela, de forma concreta, os aspectos relacionados à origem dos recursos e à alocação desses recursos ao custeio de serviços e bens.

No Brasil, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) é a principal fonte de informação utilizada para obtenção de dados de despesas em medicamentos dos estados, Distrito Federal e municípios. Tornou-se obrigatório o seu preenchimento, com a aprovação da Lei Complementar nº 141/2012, para possibilitar a verificação do cumprimento da obrigação constitucional de aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde – ASPS (Brasil, 2013b). Ainda que os entes da Federação possam informar, de forma desagregada, as suas despesas em ASPS no Siops, essa desagregação está sendo menos utilizada para os gastos em medicamentos nos últimos anos, em decorrência de diversos fatores, entre eles, alterações na estrutura de contas do sistema (Vieira, 2024). Isso tem dificultado a realização de estudos sobre medicamentos, considerando a perspectiva do orçamento público, como os desenvolvidos na década passada.

Isso também tem dificultado a mensuração das despesas do governo com o consumo final de medicamentos para as contas de saúde no que se refere ao Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo com que as estimativas resultem subestimadas. As contas de saúde são instrumentos que possibilitam o acompanhamento do fluxo financeiro nesse setor e são fundamentais para a formulação, implementação e avaliação da política de

saúde ao disponibilizarem informações sobre a sua configuração e dinâmica econômica, inclusive sobre o financiamento, a produção e a destinação dos bens e serviços de saúde (OECD, Eurostat e WHO, 2017; EC *et al.*, 2009).

Estatísticas oficiais sobre o gasto em medicamentos do SUS são publicadas nas contas de saúde do Brasil, que empregam duas abordagens metodológicas: i) a das contas-satélite de saúde; e ii) a das contas System of Health Accounts (SHA). Nas contas-satélite de saúde, o gasto em medicamentos do SUS aparece como despesas com consumo final de medicamentos do setor institucional “governo” (gasto público),<sup>1</sup> que é calculado para os medicamentos que são utilizados diretamente pelas pessoas em seus domicílios. Não entram na contabilização os medicamentos que são administrados nas unidades de saúde, pois, nesse caso, constituem consumo intermediário da produção de serviços de saúde. A lógica empregada é a de que o governo entra como financiador das despesas com os medicamentos acabados e dispensados aos indivíduos. Contudo, quem consome são sempre os indivíduos. Na terminologia das contas, os indivíduos são tratados por famílias, que é outro setor institucional representando, juntamente com as instituições sem fins de lucro a serviço das famílias, o gasto privado (Vieira e Santos, 2020).

A última publicação das contas-satélite de saúde ocorreu em 2024 e apresenta dados do período 2010 a 2021. Segundo esta publicação, em 2021, a despesa de consumo final do governo com medicamentos para uso humano foi de R\$ 12,2 bilhões. No mesmo ano, o gasto das famílias nesses produtos superou R\$ 168,3 bilhões. Dessa forma, a participação do governo na despesa de consumo final de medicamentos total foi de 6,7% (IBGE, 2024).

Em relação às contas SHA, também se considera no cálculo a despesa com consumo final de medicamentos. Mas, nesse caso, os gastos são categorizados segundo regimes de financiamento, que definem de que forma as pessoas têm acesso a cuidados de saúde e as modalidades de cobertura populacional. A última publicação das contas SHA ocorreu em 2022, cobrindo o período de 2015 a 2019. Em 2019, do gasto total em medicamentos e artigos médicos (órteses, próteses e outros dispositivos médico-hospitalares), 87,7% ocorreu por pagamento direto do bolso das famílias, 10% por esquemas governamentais e 2,3% pelos planos, seguros e outros regimes privados voluntários. Quanto à participação das esferas de governo no financiamento desses produtos, em 2019, do total de R\$ 14,3 bilhões de despesas com medicamentos e artigos médicos, 75% foram custeadas com recursos do governo federal, 17% dos estados e 8% dos municípios (Brasil, Fiocruz e Ipea, 2022).

1. Engloba as três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

**TEXTO para DISCUSSÃO**

Gastos do governo federal com o Programa Farmácia Popular do Brasil não são contabilizados nas despesas do governo nos dois métodos, pois são tratados como subsídio governamental para o consumo das famílias. De forma análoga, o consumo intermediário, como a oferta de hemoderivados, vacinas e outros medicamentos administrados aos pacientes nas unidades de saúde, também não é contabilizado (Vieira e Santos, 2020). Assim, para propiciar uma visão abrangente da despesa em medicamentos, considerando ambos os tipos de consumo e os gastos com o Programa Farmácia Popular, faz-se necessário realizar estudos de gastos a partir da perspectiva orçamentária (Vieira e Santos, 2020).

A forma mais efetiva e eficiente para se obter dados de despesa de um sistema de saúde federativo e complexo como o SUS é por meio de sistema de informação de abrangência nacional como o Siops. No entanto, enquanto o trabalho de aperfeiçoamento do Siops é realizado pelo seu gestor, com resultados que serão colhidos nos médio e longo prazos, é preciso dispor de informações mais abrangentes sobre gastos em medicamentos. Isso é particularmente importante para os gestores locais, que apontam a insuficiência de recursos financeiros como um dos principais problemas na gestão da assistência farmacêutica (Faleiros *et al.*, 2017). Esse cenário reforça a importância de investigações específicas, visando estimar o gasto total em medicamentos (GTM) dos entes da Federação, o que motivou a formulação da seguinte pergunta de pesquisa: qual foi o gasto estadual e municipal em medicamentos no período de 2019 a 2023?

Com a finalidade de responder essa pergunta, sabendo-se do desafio do intento, estabeleceu-se acordo de cooperação técnica (ACT) entre o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems),<sup>2</sup> e contou-se com a adesão do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) na realização da Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS, com foco no gasto em medicamentos. Assim, o objetivo deste texto é analisar o gasto em medicamentos no período de 2019 a 2023 dos municípios e estados participantes da pesquisa.<sup>3</sup>

2. O ACT foi celebrado entre o Ipea e o Conasems em agosto de 2023 e publicado no Diário Oficial da União, nº 156, seção 3, p. 141, de 16 de agosto de 2023 (Processo nº 03001.002306/2023-83). O ACT envolve a realização de ações de cooperação técnico-científica, intercâmbio de dados, conhecimentos e experiências entre as duas instituições que assegurem a produção e a disseminação de informações em saúde. O plano de trabalho desse acordo envolve outros produtos, além daqueles decorrentes da realização da Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS.

3. Como a pesquisa não foi desenhada com seleção aleatória de municípios e estados, ainda que o número de respondentes seja elevado em comparação com pesquisas com amostras aleatorizadas, não se pode generalizar seus resultados para a totalidade de entes da Federação, mesmo com a existência de métodos estatísticos para a complementação de dados faltantes.

Este texto está organizado em seis seções, sendo a primeira esta introdução. Na segunda seção, aborda-se o financiamento da AF na atenção ambulatorial no SUS. Os métodos empregados na realização da pesquisa estão descritos na terceira seção. A seguir, na quarta seção, apresentam-se os resultados, começando com os municípios, para depois abordar os relativos aos estados. Na quinta seção, discutem-se esses resultados e, por fim, na sexta seção, são feitas algumas considerações finais sobre o esforço interinstitucional dedicado à pesquisa e sobre seus achados.

## **2 FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO AMBULATORIAL NO SUS**

No campo de atuação do SUS, está incluída a assistência farmacêutica integral, inclusive terapêutica (Brasil, 1990). Considera-se como marco regulatório de inclusão da AF nas políticas públicas no país a Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada pela Portaria MS/GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Esta estabelece, entre outras questões, as responsabilidades de cada esfera de governo nessa área, incluindo a competência comum de financiar a oferta de medicamentos no SUS (Brasil, 2001). Posteriormente, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) atualizou as bases da AF no Brasil, trazendo o enfoque das ações governamentais para os usuários de medicamentos ao invés do produto (Brasil, 2004).

Atualmente, as responsabilidades quanto ao financiamento dos medicamentos incorporados ao SUS, organizados em três componentes de financiamento e disponibilizados nas unidades de saúde da atenção ambulatorial, estão explicitadas na Portaria de Consolidação nº 6/2017 do Ministério da Saúde (Brasil, 2017). As listas de produtos financiados com os recursos das três esferas de governo constam da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename (Brasil, 2024a).

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) contempla uma lista de medicamentos utilizados e dispensados em farmácias de estabelecimentos da atenção primária à saúde (APS). É financiado pelas três esferas de governo, considerando um valor por habitante mínimo a ser alocado pelos entes da Federação a cada ano. A aquisição é realizada, principalmente, pelas secretarias municipais de saúde (SMS) com recursos próprios dos municípios, adicionados de recursos da União e dos estados, transferidos pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas secretarias estaduais de saúde (SES), respectivamente. A responsabilidade pela compra dos medicamentos pode ser atribuída às SES ou a um consórcio, caso as SMS e as SES de cada estado assim pactuem nas respectivas comissões intergestores bipartite (CIBs). Nesta situação, a contrapartida estadual do CBAF é empregada diretamente na aquisição dos medicamentos ou transferida ao consórcio para que este compre os medicamentos, sendo que,

em ambos os casos, os medicamentos são distribuídos às SMS. Também pode ocorrer a pactuação para que os recursos da contrapartida federal sejam transferidos para a SES ao invés da SMS, mantendo-se a dinâmica de entrega do valor correspondente em medicamentos para a SMS (Conasems, 2022; Machado e Machado, 2023; Vieira, 2024).

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) engloba um conjunto amplo de medicamentos e insumos financiados e adquiridos pelo MS, com distribuição para as SES, as quais se responsabilizam pela distribuição subsequente às SMS. Os medicamentos constantes do rol deste componente são utilizados na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e agravos de “perfil endêmico com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS”,<sup>4</sup> tais como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, cólera, esquistossomose, filariose, doenças sexualmente transmissíveis e aids. Além destes, inclui medicamentos para influenza, doenças hematológicas, tabagismo e deficiências nutricionais, bem como vacinas, soros e imunoglobulinas (Conass, 2011; Brasil, 2017).

Por fim, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) engloba medicamentos, geralmente de alto custo, utilizados no tratamento de doenças raras e/ou crônicas, relacionados em linhas de cuidado definidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde, visando garantir a integralidade do atendimento (Conass, 2011; Brasil, 2017). Os medicamentos estão organizados em grupos, conforme descrito adiante.

- 1) Grupo 1: medicamentos cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva do MS:
  - a) grupo 1A: medicamentos cuja aquisição é centralizada pelo MS e a responsabilidade pelo armazenamento, pela distribuição e pela dispensação é das SES; e
  - b) grupo 1B: medicamentos cuja aquisição é realizada pelas SES com recursos financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde a título de ressarcimento, na modalidade fundo a fundo, e a responsabilidade pelo armazenamento, pela distribuição e pela dispensação é das SES.
- 2) Grupo 2: medicamentos com financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação sob a responsabilidade das SES.

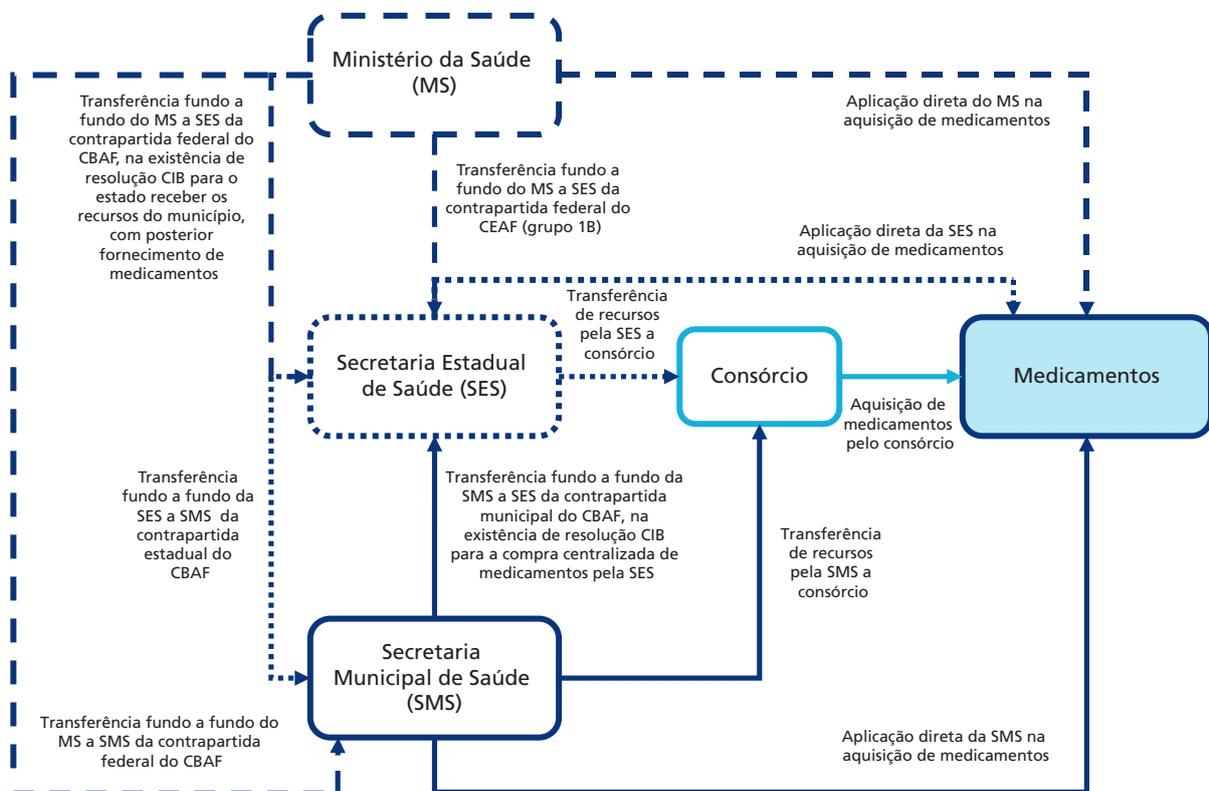
4. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/cesaf>. Acesso em: 26 dez. 2024.

- 3) Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das SES e SMS para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação, de acordo com as regras do CBAF.

A figura 1, a seguir, apresenta de forma resumida o fluxo financeiro entre as esferas de governo para a aquisição de medicamentos dos componentes da AF.

### FIGURA 1

#### Fluxo financeiro entre as esferas de governo para a aquisição de medicamentos no SUS



Fonte: Vieira (2024).

Ademais, vale ressaltar que, além das transferências de recursos recebidas, estados e municípios destinam recursos para financiar a oferta de medicamentos nas farmácias das unidades de saúde ambulatoriais. Considerando que todos os municípios precisam alocar recursos próprios relativos à contrapartida municipal do CBAF, espera-se que, nas contas governamentais, todos registrem gastos em medicamentos. Isso porque, mesmo que não comprem os produtos em razão de pactuação com o estado, precisarão transferir recursos para o estado ou para o consórcio, e esses repasses devem ser registrados como despesa nas respectivas modalidades de transferência (Brasil, 2024b).

**TEXTO para DISCUSSÃO**

A esse respeito, é importante destacar o desenho orçamentário que estrutura os gastos em medicamentos. A classificação contábil desses gastos no orçamento público brasileiro é ainda um desafio. No entanto, trata-se de um processo essencial para garantir a transparência, o controle e a correta alocação dos recursos públicos, especialmente na área da saúde. No Brasil, os gastos em medicamentos são parte do SUS e sua classificação seguem normas estabelecidas pela Lei nº 4.320/1964, que define a contabilidade pública e as diretrizes para a elaboração dos orçamentos (Brasil, 1964). Esses gastos devem ser classificados de forma a possibilitar o acompanhamento detalhado de como os recursos estão sendo utilizados e a garantia de que atendem às necessidades da população.

O orçamento público brasileiro adota uma estrutura funcional-programática, onde os gastos são classificados de acordo com a função que desempenham, neste caso a função “Saúde”. Dentro dessa função, os recursos destinados aos medicamentos podem ser alocados em diversos programas, como “Assistência Farmacêutica”, “Atenção Básica” ou programas específicos de assistência a doenças crônicas, conforme a natureza do gasto. A classificação funcional, por sua vez, deve seguir a subfunção “Suporte Profilático e Terapêutico”, que se refere às despesas com ações destinadas à produção, distribuição e fornecimento de medicamentos e demais produtos farmacêuticos em geral.

Além disso, os gastos podem ser classificados conforme a natureza da despesa, principalmente como despesas correntes, que cobrem o custo de aquisição de medicamentos, e raramente como despesas de capital, caso envolvam investimentos em infraestrutura, como construção de farmácias. Outro critério importante de classificação é a forma de aquisição. Os medicamentos podem ser adquiridos de forma centralizada, por meio de processos licitatórios realizados pelo governo federal, estadual ou municipal, ou de forma descentralizada, quando os estabelecimentos de saúde, como hospitais, compram diretamente de fornecedores. Há também o Programa Farmácia Popular, que é executado por aplicação direta do Ministério da Saúde, mediante pagamento às farmácias privadas credenciadas, que dispensam medicamentos do programa à população. A classificação contábil precisa refletir esses diferentes processos de aquisição para garantir uma gestão hábil e transparente.

A correta classificação contábil tem impacto direto na gestão dos recursos públicos, pois possibilita um planejamento orçamentário mais preciso, identifica áreas de maior demanda e permite a fiscalização dos gastos. Além disso, garante a prestação de contas adequada à sociedade e aos órgãos de controle. A adoção de normas claras e critérios específicos para a classificação dos gastos é essencial para garantir a alocação adequada de recursos e o acesso da população aos medicamentos. No entanto,

a fragilidade dessa classificação prejudica o alcance da política pública, dificulta o controle e a fiscalização dos gastos, prejudica o planejamento orçamentário e, além disso, torna mais difícil a aferição precisa dos gastos em medicamentos.

Após essa breve explicação sobre o financiamento da AF na atenção ambulatorial no sistema público de saúde, descrevem-se, a seguir, os métodos utilizados na realização da Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS e na análise de seus resultados.

### 3 MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa de abrangência nacional, descritiva e de abordagem retrospectiva, sobre o gasto em medicamentos de estados e municípios no período de 2019 a 2023, tendo por arcabouço teórico a teoria moderna do orçamento público. Esta o define como instrumento de gestão de natureza diversa, uma vez que expressa escolha de agentes políticos, explicitando prioridades; envolve alocação de recursos financeiros; constitui um plano de aplicação; e traduz uma lei (Oliveira, 2009; Giacomoni, 2019).

Para a coleta de dados, foram desenvolvidos dois instrumentos para pesquisa em ambiente virtual: i) o instrumento 1, para obtenção da anuência do gestor de saúde com a realização da pesquisa na respectiva secretaria estadual ou municipal do ente da Federação, com indicação do informante-chave para acesso ao questionário da investigação; e ii) o instrumento 2, contendo as perguntas da pesquisa a serem respondidas pelo informante-chave indicado pelo gestor de saúde.

Os campos de dados do instrumento 1 (termo de anuência institucional) contemplaram a identificação do ente da Federação, informações de contato do secretário de saúde e do informante-chave indicado por ele para responder ao instrumento 2 (questionário da pesquisa), caso concordasse com a realização da pesquisa. As perguntas constantes do instrumento 2 abordaram os seguintes aspectos: i) identificação do ente da Federação ao qual os dados se referem; ii) identificação do respondente do questionário; iii) informação sobre o gasto total em medicamentos do ente (despesa liquidada); iv) informação sobre a existência de demanda judicial de medicamentos e sobre o gasto em medicamentos em decorrência dessas demandas (despesa liquidada), quando fosse o caso; e v) outras informações para melhor caracterização do financiamento e do gasto em medicamentos do ente da Federação. A fim de antecipar as perguntas a serem feitas no questionário da pesquisa, disponibilizou-se sua versão em PDF para consulta pelos informantes-chave indicados pelos secretários de saúde.<sup>5</sup>

5. Ver *Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – questionário*. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/13634>.

Os instrumentos 1 e 2 foram desenvolvidos utilizando-se o *software* livre LimeSurvey.<sup>6</sup> No Ipea, o LimeSurvey encontra-se instalado em um servidor para aplicação de questionários eletrônicos e o banco de dados gerado a partir das respostas às perguntas do questionário é armazenado em outro servidor de banco de dados do instituto, com bloqueio de acesso. Esse bloqueio tem por objetivo proteger os dados dos respondentes, que poderão ser acessados apenas pelos pesquisadores responsáveis pela realização da investigação na instituição.

Os instrumentos eletrônicos foram preparados para executar a pesquisa em duas etapas. Na primeira, o instrumento 1 deveria ser preenchido pelo secretário de saúde com o objetivo de obter a sua anuência com a pesquisa. Após ele concordar com a realização da investigação e informar dados de contato da pessoa indicada a preencher o questionário, iniciava-se a segunda etapa. O informante-chave recebia uma mensagem automática do LimeSurvey contendo informação sobre esta indicação e um convite para participar da pesquisa por meio do acesso ao *link* do questionário (instrumento 2). Ao clicar neste *link*, a pessoa indicada tinha acesso a informações básicas sobre a pesquisa e, ao avançar para a próxima página, acessava o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sendo informada de que, ao prosseguir para a página seguinte e responder todas as perguntas do questionário, estava consentindo com a pesquisa. Para conhecimento prévio das questões éticas observadas na pesquisa, uma versão do TCLE em arquivo PDF foi disponibilizada para consulta e *download*.<sup>7</sup> Também foram disponibilizadas orientações sobre o preenchimento do questionário.<sup>8</sup>

O pré-teste dos instrumentos da pesquisa foi realizado no período de 17/4/2024 a 23/4/2024, sendo convidados a participar dessa etapa coordenadores de assistência farmacêutica de alguns municípios e estados. Nessa fase, a equipe de pesquisadores também realizou diversos testes para averiguar o adequado funcionamento dos instrumentos, especialmente do disparo automático de mensagem à pessoa indicada no instrumento 1. Após a consolidação das sugestões de ajustes nos instrumentos, os pesquisadores discutiram as modificações necessárias e as implementaram.

A coleta de dados teve início em 6/5/2024 e encerrou em 1/9/2024, tendo sido prorrogada por três vezes durante este período. Foram convidados a anuir com a pesquisa os secretários de saúde dos 26 estados, do Distrito Federal e dos 5.568 municípios,

6. Disponível em: [https://www.limesurvey.org/manual/LimeSurvey\\_Manual/pt-br](https://www.limesurvey.org/manual/LimeSurvey_Manual/pt-br).

7. Ver *Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)*. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/13634>.

8. Ver documento *Instruções para preenchimento do questionário da Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS*. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/13634>.

sendo disponibilizado um endereço de correio eletrônico exclusivo para o esclarecimento de dúvidas.<sup>9</sup>

No período de coleta de dados, ampla divulgação da pesquisa foi feita por meio das redes sociais do Ipea e, de forma mais direta, pelos canais de comunicação do Conasems<sup>10</sup> e do Conass<sup>11</sup> com os gestores de saúde municipais e estaduais, respectivamente. Vídeos e peças de divulgação específicos foram criados para essa finalidade com a participação das três instituições.

Findo o período de coleta, o banco de dados da pesquisa, exportado como planilha eletrônica Excel®, passou por três fases de tratamento. Na primeira fase, foi feita uma limpeza para eliminação de duplicidades nas respostas dos participantes, preservando-se aquela mais recente. Na segunda fase, realizada em três passos, buscou-se identificar valores informados de gasto em medicamentos que se diferenciavam drasticamente de todos os outros constantes do banco de dados para a mesma esfera de governo e ano (*outliers*). Para essa finalidade, dois indicadores foram calculados e utilizados na avaliação: i) participação do GTM informado no gasto total em saúde (GTS) do ente da Federação no respectivo ano (em percentual); e ii) GTM do ente por habitante no ano. Os valores relativos ao GTS foram obtidos do Siops, a partir da consulta à série histórica de indicadores estaduais e municipais,<sup>12</sup> e os dados de população se referem à estimativa para a população residente, em cada ano do período de 2019 a 2023, feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para disponibilização ao Tribunal de Contas da União (TCU).<sup>13</sup> Por fim, na terceira fase, identificaram-se os estados e municípios com dados consistentes nos cinco anos pesquisados.

O quadro 1 apresenta um resumo dos procedimentos metodológicos apresentados no tratamento do banco de dados da pesquisa.

9. Foi disponibilizado o seguinte e-mail de contato para o esclarecimento de dúvidas: [assistencia.farmacutica@ipea.gov.br](mailto:assistencia.farmacutica@ipea.gov.br).

10. Além das redes sociais da instituição, a pesquisa contou com a divulgação e solicitação de suporte para a Rede de Apoiadores do Conasems, constituída por mais de duzentos profissionais, que atuam na articulação entre este conselho e os secretários municipais de saúde, e para o Grupo Técnico de Trabalho da Assistência Farmacêutica (GTTAF) da Rede Conasems/Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), que conta com representantes em todos os 26 estados e no Distrito Federal.

11. O Conass divulgou a pesquisa em suas redes sociais, encaminhou ofício a todos os secretários de saúde solicitando adesão, e pediu apoio na divulgação e adesão ao Grupo de Trabalho da Assistência Farmacêutica do Conass, que conta com a participação dos coordenadores de assistência farmacêutica dos 26 estados e do Distrito Federal.

12 Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops/indicadores>.

13 População estimada para o TCU (2019-2021, 2023) e do Censo (2022), disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>.

**QUADRO 1****Tratamento do banco de dados da pesquisa: limpeza e análise de consistência dos registros de gasto total em medicamentos**

Fases	Passos	Procedimentos e critérios
1ª fase: eliminação de duplicidades		Análise visual das observações do banco de dados para identificação e eliminação de duplicatas de respostas.
2ª fase: identificação de outliers	1º passo	Categorização como <i>outlier</i> das observações que atendessem ao seguinte critério: $GTM > 60\%$ do GTS de cada ano. <sup>1</sup>
	2º passo	Categorização como <i>outlier</i> das observações que atendessem ao seguinte critério: $GTM$ por habitante ao ano $< R\$ 2,36$ . <sup>2</sup>
	3º passo	Cálculo da amplitude interquartis (IQR) do $GTM$ por habitante, a cada ano, para as observações remanescentes, a fim de identificar os limites para consideração de um valor como <i>outlier</i> . <sup>3</sup> Em todos os anos, os limites inferiores resultaram em valores menores que zero. Dessa forma, foram registrados como <i>outliers</i> os valores superiores aos limites a seguir, de acordo com o ano. Municípios: 2019: $GTM > R\$ 105,32$ 2020: $GTM > R\$ 129,30$ 2021: $GTM > R\$ 141,20$ 2022: $GTM > R\$ 169,40$ 2023: $GTM > R\$ 181,42$ Estados: 2019: $GTM > R\$ 85,68$ 2020: $GTM > R\$ 76,41$ 2021: $GTM > R\$ 71,84$ 2022: $GTM > R\$ 83,27$ 2023: $GTM > R\$ 100,58$
3ª fase: identificação do conjunto de municípios e de estados com dados consistentes nos cinco anos pesquisados		Para ser considerado no grupo de municípios e de estados com dados de $GTM$ consistentes em todos os anos do período de 2019 a 2023, os entes não poderiam ser enquadrados como <i>outliers</i> em qualquer ano.

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).

Elaboração dos autores.

Notas: <sup>1</sup> Parâmetro obtido de publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que refere que países de baixa e média renda alocam até 60% dos gastos em saúde em produtos farmacêuticos (Opas, 2021).

<sup>2</sup> Valor mínimo por habitante a ser alocado pelos estados e municípios ao financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no período da pesquisa (Brasil, 2017).

<sup>3</sup> Foi aplicada a “regra do 1,5 x IQR”, em que um dado é *outlier* quando está: a) abaixo de Q1 (primeiro quartil) - 1,5 x IQR; e b) acima de Q3 (terceiro quartil) + 1,5 x IQR (Farias, 2020).

Os valores das transferências de recursos federais do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o financiamento da AF foram utilizados no cálculo das despesas com recursos próprios (DRPs) estimadas dos estados e municípios.<sup>14</sup> As seguintes linhas de repasse foram consideradas na totalização das transferências federais: i) Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Primária à Saúde; e ii) Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Para estimação dos repasses estaduais aos municípios, identificaram-se entre os respondentes da pesquisa aqueles que informaram não ter pactuação para receber a contrapartida do CBAF em medicamentos. Neste caso, multiplicou-se o valor R\$ 2,36 pela população do município a cada ano, obtendo-se o repasse estadual estimado. Esse valor é o montante mínimo a ser transferido pelos estados aos municípios como contrapartida do CBAF no período da pesquisa (Brasil, 2017). Municípios com pactuação para que o repasse federal seja feito para o estado tiveram o valor zero atribuído a essas transferências. O mesmo procedimento foi adotado para aqueles com pactuação para que a contrapartida estadual seja feita em medicamentos. Assim, a DRP estimada de cada estado foi obtida deduzindo-se do seu GTM o valor total do repasse federal e a DRP estimada de cada município foi calculada subtraindo-se do respectivo GTM o valor do repasse federal e do repasse estadual estimado.

A análise dos dados foi feita de forma agrupada por nível de governo e região geográfica e, no caso dos municípios, adicionalmente, por porte populacional conforme número de habitantes em 2023. As despesas totais e por habitante foram corrigidas monetariamente para o último ano da pesquisa (2023) pela aplicação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) médio.<sup>15</sup>

Estatísticas descritivas básicas foram utilizadas para sumarizar os principais resultados. O teste de Kruskal-Wallis foi realizado para verificar se o GTM por habitante em 2023, de três ou mais grupos de municípios por porte populacional, tinham distribuição igual, considerando apenas aqueles que apresentaram dados consistentes nos cinco anos analisados. Como este teste resultou em valor de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) = 78,3 e  $p$ -valor < 0,001, rejeitando a hipótese nula testada, realizou-se o teste de Dunn, com ajuste do  $p$ -valor pelo método de Boferroni, para identificar quais grupos apresentaram valores de GTM por habitante estatisticamente diferentes (Vieira, 2018). O teste de Kruskal-Wallis também foi aplicado aos valores de GTM por habitante dos estados em 2023, segundo regiões geográficas, mas, neste caso, o resultado demonstrou igualdade

14. Dados obtidos dos arquivos de repasse anual fundo a fundo, disponíveis em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>.

15. Ver: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo.html?=&t=series-historicas>.

de distribuição ( $\chi^2 = 7,1$  e  $p$ -valor = 0,131) ao nível de significância de 5%. Ambos os testes foram realizados com o suporte do *software* RStudio 2022.07.2 para Windows.

Em relação às questões éticas, a pesquisa seguiu todas as prerrogativas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012, que aprova diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2013c); e da Resolução CNS nº 510/2016, que dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais, cujos métodos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis (Brasil, 2016). O projeto foi submetido à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) por meio da Plataforma Brasil e recebeu o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAEE) nº 77218623.4.0000.5553; foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal e aprovado em 14/3/2024 (Parecer nº 6.701.494).

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Municípios

Na primeira etapa da pesquisa, do total de 5.568 municípios, 2.817 anuíram com a sua realização (50,6%) e 27 formalizaram a discordância com a participação (0,05%), totalizando 2.844 respostas (51,1%) ao instrumento 1 (termo de anuência institucional). Na segunda etapa, dos 2.817 municípios que concordaram com a pesquisa, 1.865 participaram com o preenchimento do instrumento 2 (questionário da pesquisa), com grande variação na adesão entre as Unidades Federativas (UFs). A menor taxa de resposta foi de municípios do Rio Grande do Sul (0,8%) e a maior, de municípios de Rondônia (75%) – apêndice A. A taxa global de resposta da pesquisa entre municípios foi de 33,5% (1.865/5.568). Em 2023, os 1.865 municípios tinham população residente estimada de 71.162.342 habitantes. O detalhamento da população daqueles com informação consistente de gasto em medicamentos é apresentado no apêndice B.

Quanto aos informantes-chave, 46,3% ( $n = 864$ ) exerciam função de coordenação da assistência farmacêutica,<sup>16</sup> 7,0% ( $n = 130$ ) função de coordenação do fundo de saúde,<sup>17</sup> 7,9% ( $n = 147$ ) eram assessores técnicos e 38,8% ( $n = 724$ ) exerciam outras funções na secretaria de saúde.

16. Coordenador, gerente, diretor ou superintendente de assistência farmacêutica.

17. Coordenador, gerente, diretor ou superintendente do fundo de saúde.

Após os procedimentos de limpeza e tratamento do banco de dados quanto à consistência dos registros de gasto anual em medicamentos, foi considerado um total de respondentes municipais que variou de 926 em 2019 a 1.009 em 2023 (tabela 1). Como se pode verificar a partir desses números, as respostas consistentes aumentam quanto mais recente for o ano do registro. Dessa forma, considerando o total de 1.865 municípios participantes, teve-se uma perda de respostas de mais de 50% em 2019 e de 46% em 2023, seja pelo preenchimento de gasto igual a zero ou pelo registro de gasto inconsistente.

**TABELA 1**

**Municípios participantes da pesquisa, com informação de gasto total em medicamentos consistente<sup>1</sup> a cada ano, segundo regiões geográficas e grupos de porte populacional (2019-2023)**

Regiões/ Grupos de porte populacional (número de habitantes)	Número total de municípios		Municípios com informação de gasto total em medicamentos consistente									
			2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Brasil</b>	<b>5.568</b>	<b>100,0</b>	<b>926</b>	<b>100,0</b>	<b>955</b>	<b>100,0</b>	<b>1.000</b>	<b>100,0</b>	<b>1.000</b>	<b>100,0</b>	<b>1.009</b>	<b>100,0</b>
Grupo I – até 5.000	1.323	23,8	147	15,9	150	15,7	155	15,5	154	15,4	142	14,1
Grupo II – de 5.001 a 10.000	1.169	21,0	177	19,1	182	19,1	194	19,4	191	19,1	198	19,6
Grupo III – de 10.001 a 20.000	1.370	24,6	227	24,5	235	24,6	243	24,3	248	24,8	259	25,7
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	1.050	18,9	212	22,9	224	23,5	236	23,6	232	23,2	232	23,0
Grupo V – de 50.001 a 100.000	338	6,1	72	7,8	71	7,4	76	7,6	81	8,1	80	7,9
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	278	5,0	76	8,2	78	8,2	81	8,1	79	7,9	83	8,2
Grupo VII – acima de 500.000	40	0,7	15	1,6	15	1,6	15	1,5	15	1,5	15	1,5
<b>Centro-Oeste</b>	<b>466</b>	<b>100,0</b>	<b>89</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>
Grupo I – até 5.000	146	31,3	19	21,3	14	16,7	15	17,9	18	19,8	12	13,8
Grupo II – de 5.001 a 10.000	96	20,6	20	22,5	20	23,8	20	23,8	22	24,2	23	26,4
Grupo III – de 10.001 a 20.000	101	21,7	13	14,6	13	15,5	12	14,3	14	15,4	15	17,2
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	80	17,2	21	23,6	21	25,0	21	25,0	20	22,0	20	23,0
Grupo V – de 50.001 a 100.000	19	4,1	7	7,9	6	7,1	6	7,1	7	7,7	7	8,0

(Continua)

## TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

Regiões/ Grupos de porte populacional (número de habitantes)	Número total de municípios		Municípios com informação de gasto total em medicamentos consistente									
			2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	20	4,3	9	10,1	10	11,9	10	11,9	10	11,0	10	11,5
Grupo VII – acima de 500.000	4	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Nordeste</b>	<b>1.793</b>	<b>100,0</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>	<b>251</b>	<b>100,0</b>	<b>283</b>	<b>100,0</b>	<b>278</b>	<b>100,0</b>	<b>285</b>	<b>100,0</b>
Grupo I – até 5.000	247	13,8	23	9,6	26	10,4	30	10,6	27	9,7	26	9,1
Grupo II – de 5.001 a 10.000	372	20,7	38	15,8	39	15,5	42	14,8	42	15,1	42	14,7
Grupo III – de 10.001 a 20.000	584	32,6	79	32,9	81	32,3	92	32,5	94	33,8	97	34,0
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	415	23,1	67	27,9	70	27,9	78	27,6	74	26,6	78	27,4
Grupo V – de 50.001 a 100.000	111	6,2	18	7,5	19	7,6	24	8,5	25	9,0	24	8,4
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	53	3,0	10	4,2	11	4,4	12	4,2	11	4,0	13	4,6
Grupo VII – acima de 500.000	11	0,6	5	2,1	5	2,0	5	1,8	5	1,8	5	1,8
<b>Norte</b>	<b>450</b>	<b>100,0</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>
Grupo I – até 5.000	92	20,4	18	23,7	21	25,6	21	24,1	19	23,2	17	20,2
Grupo II – de 5.001 a 10.000	66	14,7	14	18,4	14	17,1	16	18,4	14	17,1	16	19,0
Grupo III – de 10.001 a 20.000	110	24,4	13	17,1	13	15,9	13	14,9	13	15,9	16	19,0
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	111	24,7	17	22,4	20	24,4	24	27,6	22	26,8	21	25,0
Grupo V – de 50.001 a 100.000	45	10,0	11	14,5	11	13,4	10	11,5	11	13,4	11	13,1
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	24	5,3	2	2,6	2	2,4	2	2,3	2	2,4	2	2,4
Grupo VII – acima de 500.000	2	0,4	1	1,3	1	1,2	1	1,1	1	1,2	1	1,2
<b>Sudeste</b>	<b>1.668</b>	<b>100,0</b>	<b>280</b>	<b>100,0</b>	<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>288</b>	<b>100,0</b>	<b>290</b>	<b>100,0</b>	<b>292</b>	<b>100,0</b>
Grupo I – até 5.000	397	23,8	39	13,9	38	13,4	38	13,2	36	12,4	36	12,3
Grupo II – de 5.001 a 10.000	374	22,4	49	17,5	48	16,9	54	18,8	54	18,6	55	18,8
Grupo III – de 10.001 a 20.000	357	21,4	66	23,6	69	24,3	66	22,9	66	22,8	69	23,6

(Continua)

(Continuação)

Regiões/ Grupos de porte populacional (número de habitantes)	Número total de municípios		Municípios com informação de gasto total em medicamentos consistente									
			2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	283	17,0	58	20,7	62	21,8	62	21,5	64	22,1	61	20,9
Grupo V – de 50.001 a 100.000	108	6,5	21	7,5	20	7,0	21	7,3	22	7,6	22	7,5
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	131	7,9	40	14,3	40	14,1	40	13,9	41	14,1	42	14,4
Grupo VII – acima de 500.000	18	1,1	7	2,5	7	2,5	7	2,4	7	2,4	7	2,4
<b>Sul</b>	<b>1.191</b>	<b>100,0</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	<b>254</b>	<b>100,0</b>	<b>258</b>	<b>100,0</b>	<b>259</b>	<b>100,0</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>
Grupo I – até 5.000	441	37,0	48	19,9	51	20,1	51	19,8	54	20,8	51	19,5
Grupo II – de 5.001 a 10.000	261	21,9	56	23,2	61	24,0	62	24,0	59	22,8	62	23,8
Grupo III – de 10.001 a 20.000	218	18,3	56	23,2	59	23,2	60	23,3	61	23,6	62	23,8
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	161	13,5	49	20,3	51	20,1	51	19,8	52	20,1	52	19,9
Grupo V – de 50.001 a 100.000	55	4,6	15	6,2	15	5,9	15	5,8	16	6,2	16	6,1
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	50	4,2	15	6,2	15	5,9	17	6,6	15	5,8	16	6,1
Grupo VII – acima de 500.000	5	0,4	2	0,8	2	0,8	2	0,8	2	0,8	2	0,8

Fontes: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, arquivos de repasse, para a população dos municípios. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>.

Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.

Ainda na tabela 1, é possível notar que, em relação à proporção de municípios segundo grupos de porte populacional no total de municípios, considerando todo o Brasil, essa proporção foi semelhante para o grupo III (de 10.001 a 20 mil habitantes), inferior para os grupos I (até 5 mil habitantes) e II (de 5.001 a 10 mil habitantes), e superior para os grupos com população maior que 20.001 habitantes em todos os anos de 2019 a 2023. Por exemplo, em 2023, a proporção dos municípios dos grupos I e II na pesquisa era de 14,1% e 19,6%, enquanto a proporção desses grupos no total de municípios do país era de 23,8% e 21,0%, respectivamente. Dessa forma, municípios com menos de

## TEXTO para DISCUSSÃO

10 mil habitantes estão sub-representados no conjunto de municípios respondentes em comparação com a proporção que alcançam no total de municípios brasileiros.

A sub-representação de municípios de pequeno porte populacional na pesquisa, em comparação com a proporção deles no total de entes municipais por região, também foi observada no Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul para o grupo I (até 5 mil habitantes). No Norte, a sub-representação ocorreu para municípios com menos de 20 mil habitantes (grupos I, II e III) e a sobrerrepresentação para aqueles com população superior a 100 mil, até 500 mil habitantes.

Na tabela 2, apresenta-se o gasto total dos municípios com informação consistente a cada ano. Nesta tabela não é possível realizar comparações entre os anos porque não se trata do mesmo conjunto de municípios sendo considerado ao longo dos anos. A finalidade aqui é mostrar o montante da despesa informada pelos respondentes em cada ano, facultando uma visão geral do montante de recursos alocados à aquisição de medicamentos. Note-se que, em 2023, os 1.009 municípios respondentes informaram gasto total superior a R\$ 2,0 bilhões.

### TABELA 2

#### Gasto total em medicamentos dos municípios participantes da pesquisa com informação consistente<sup>1</sup> a cada ano (2019-2023)

(Em R\$)<sup>2</sup>

Grupos de porte populacional (número de habitantes)	2019 (n = 926)	2020 (n = 955)	2021 (n = 1.000)	2022 (n = 1.000)	2023 (n = 1.009)
Grupo I – até 5.000	30.115.389	36.538.895	39.480.687	41.302.448	41.199.609
Grupo II – de 5.001 a 10.000	56.942.621	72.284.934	75.017.930	79.576.793	86.307.003
Grupo III – de 10.001 a 20.000	118.660.886	146.815.645	160.704.081	177.550.624	194.473.721
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	227.898.174	282.114.888	309.656.435	331.440.015	331.885.379
Grupo V – de 50.001 a 100.000	146.456.887	179.797.481	187.184.729	236.315.485	254.051.145
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	484.712.982	523.793.008	597.518.283	590.366.335	649.271.928
Grupo VII – acima de 500.000	415.194.159	425.431.184	433.301.190	395.704.536	445.758.678
<b>Total</b>	<b>1.479.981.097</b>	<b>1.666.776.035</b>	<b>1.802.863.336</b>	<b>1.852.256.235</b>	<b>2.002.947.463</b>

Fontes: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, arquivos de repasse, para a população dos municípios. Despesa liquidada. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>.

Elaboração dos autores.

Notas: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.

<sup>2</sup> Valores de 2023.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

A proporção média do GTM no gasto total dos municípios respondentes é apresentada na tabela 3. Nesta tabela também não é possível realizar comparações entre os anos porque não se trata do mesmo conjunto de municípios. Tomando-se por exemplo o ano de 2023, observa-se que as maiores diferenças nas proporções médias ocorreram para os municípios com população acima de 500 mil habitantes (grupo VII) em comparação com os demais grupos, especialmente os com população até 100 mil habitantes (grupos I a V). Ou seja, em 2023, os medicamentos, como item de despesa, assumiram maior importância no gasto total em saúde de municípios dos grupos I a V do que naqueles do grupo VII.

### TABELA 3

#### Proporção média do gasto total em medicamentos (GTM) no gasto total em saúde dos municípios participantes da pesquisa e com informação do GTM consistente<sup>1</sup> (2019-2023)

(Em %)

Grupos de porte populacional (número de habitantes)	2019 (n = 926)	2020 (n = 955)	2021 (n = 1.000)	2022 (n = 1.000)	2023 (n = 1.009)
Grupo I – até 5.000	3,8	4,1	4,2	3,9	3,9
Grupo II – de 5.001 a 10.000	4,0	4,3	4,2	3,9	3,7
Grupo III – de 10.001 a 20.000	3,9	3,9	4,1	4,0	3,9
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	3,8	3,8	3,9	3,9	3,7
Grupo V – de 50.001 a 100.000	3,4	4,5	3,7	4,2	4,0
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	3,3	3,1	3,5	3,4	3,2
Grupo VII – acima de 500.000	2,8	2,5	2,6	2,4	2,4
<b>Total</b>	<b>3,8</b>	<b>4,0</b>	<b>4,0</b>	<b>3,9</b>	<b>3,7</b>

Fontes: Para o gasto total em medicamentos (despesa liquidada), Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); para o gasto total em saúde (despesa empenhada), Ministério da Saúde, Siops (disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM>); e para a população dos municípios, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, arquivos de repasse (disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>).

Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.

Na tabela 4, apresenta-se o número e a frequência de municípios respondentes com dados consistentes tanto do gasto total quanto da despesa com recursos próprios em medicamentos ano a ano. Veja-se que a quantidade de respondentes da pesquisa se

reduziu ao se aplicar ambos os requisitos. No que se refere à representação de cada grupo na proporção do total de municípios no Brasil e por região, o padrão observado é semelhante ao da tabela 1, com sub-representação de municípios de menor porte populacional e sobre-representação de municípios maiores, no país e na maioria das regiões.

**TABELA 4**

**Municípios participantes da pesquisa, com informação de gasto total e de despesa com recursos próprios em medicamentos consistentes a cada ano,<sup>1</sup> segundo regiões geográficas e grupos de porte populacional (2019-2023)**

Regiões/Grupos de porte populacional (número de habitantes)	Número total de municípios		Municípios com informação de gasto total e de despesa com recursos próprios em medicamentos consistentes									
			2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Brasil</b>	<b>5.568</b>	<b>100,0</b>	<b>875</b>	<b>100,0</b>	<b>913</b>	<b>100,0</b>	<b>961</b>	<b>100,0</b>	<b>980</b>	<b>100,0</b>	<b>981</b>	<b>100,0</b>
Grupo I – até 5.000	1.323	23,8	142	16,2	143	15,7	150	15,6	152	15,5	140	14,3
Grupo II – de 5.001 a 10.000	1.169	21,0	171	19,5	179	19,6	188	19,6	191	19,5	193	19,7
Grupo III – de 10.001 a 20.000	1.370	24,6	213	24,3	225	24,6	235	24,5	242	24,7	252	25,7
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	1.050	18,9	199	22,7	213	23,3	226	23,5	226	23,1	225	22,9
Grupo V – de 50.001 a 100.000	338	6,1	69	7,9	68	7,4	71	7,4	77	7,9	80	8,2
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	278	5,0	70	8,0	72	7,9	76	7,9	77	7,9	76	7,7
Grupo VII – acima de 500.000	40	0,7	11	1,3	13	1,4	15	1,6	15	1,5	15	1,5
<b>Centro-Oeste</b>	<b>466</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>
Grupo I – até 5.000	146	31,3	19	22,6	14	17,3	15	18,1	18	19,8	12	13,8
Grupo II – de 5.001 a 10.000	96	20,6	17	20,2	19	23,5	20	24,1	22	24,2	23	26,4
Grupo III – de 10.001 a 20.000	101	21,7	12	14,3	12	14,8	12	14,5	14	15,4	15	17,2
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	80	17,2	21	25,0	20	24,7	21	25,3	20	22,0	20	23,0
Grupo V – de 50.001 a 100.000	19	4,1	6	7,1	6	7,4	5	6,0	7	7,7	7	8,0
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	20	4,3	9	10,7	10	12,3	10	12,0	10	11,0	10	11,5
Grupo VII – acima de 500.000	4	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Nordeste</b>	<b>1.793</b>	<b>100,0</b>	<b>215</b>	<b>100,0</b>	<b>234</b>	<b>100,0</b>	<b>262</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>
Grupo I – até 5.000	247	13,8	21	9,8	25	10,7	29	11,1	27	10,2	26	9,7
Grupo II – de 5.001 a 10.000	372	20,7	36	16,7	39	16,7	38	14,5	42	15,8	40	14,9
Grupo III – de 10.001 a 20.000	584	32,6	72	33,5	74	31,6	87	33,2	88	33,2	91	33,8
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	415	23,1	58	27,0	65	27,8	70	26,7	70	26,4	72	26,8
Grupo V – de 50.001 a 100.000	111	6,2	17	7,9	17	7,3	22	8,4	22	8,3	24	8,9
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	53	3,0	8	3,7	10	4,3	11	4,2	11	4,2	11	4,1

(Continua)

(Continuação)

Regiões/Grupos de porte populacional (número de habitantes)	Número total de municípios		Municípios com informação de gasto total e de despesa com recursos próprios em medicamentos consistentes									
			2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo VII – acima de 500.000	11	0,6	3	1,4	4	1,7	5	1,9	5	1,9	5	1,9
<b>Norte</b>	<b>450</b>	<b>100,0</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>
Grupo I – até 5.000	92	20,4	16	22,9	18	24,0	19	23,5	18	22,8	15	18,5
Grupo II – de 5.001 a 10.000	66	14,7	14	20,0	14	18,7	16	19,8	14	17,7	16	19,8
Grupo III – de 10.001 a 20.000	110	24,4	13	18,6	13	17,3	12	14,8	13	16,5	16	19,8
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	111	24,7	15	21,4	17	22,7	22	27,2	20	25,3	20	24,7
Grupo V – de 50.001 a 100.000	45	10,0	10	14,3	11	14,7	9	11,1	11	13,9	11	13,6
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	24	5,3	2	2,9	2	2,7	2	2,5	2	2,5	2	2,5
Grupo VII – acima de 500.000	2	0,4	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	1,3	1	1,2
<b>Sudeste</b>	<b>1.668</b>	<b>100,0</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>273</b>	<b>100,0</b>	<b>280</b>	<b>100,0</b>	<b>287</b>	<b>100,0</b>	<b>285</b>	<b>100,0</b>
Grupo I – até 5.000	397	23,8	39	14,5	37	13,6	38	13,6	36	12,5	36	12,6
Grupo II – de 5.001 a 10.000	374	22,4	48	17,8	46	16,8	52	18,6	54	18,8	53	18,6
Grupo III – de 10.001 a 20.000	357	21,4	60	22,3	67	24,5	64	22,9	66	23,0	68	23,9
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	283	17,0	57	21,2	61	22,3	62	22,1	64	22,3	61	21,4
Grupo V – de 50.001 a 100.000	108	6,5	21	7,8	19	7,0	20	7,1	21	7,3	22	7,7
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	131	7,9	37	13,8	36	13,2	37	13,2	39	13,6	38	13,3
Grupo VII – acima de 500.000	18	1,1	7	2,6	7	2,6	7	2,5	7	2,4	7	2,5
<b>Sul</b>	<b>1.191</b>	<b>100,0</b>	<b>237</b>	<b>100,0</b>	<b>250</b>	<b>100,0</b>	<b>255</b>	<b>100,0</b>	<b>258</b>	<b>100,0</b>	<b>259</b>	<b>100,0</b>
Grupo I – até 5.000	441	37,0	47	19,8	49	19,6	49	19,2	53	20,5	51	19,7
Grupo II – de 5.001 a 10.000	261	21,9	56	23,6	61	24,4	62	24,3	59	22,9	61	23,6
Grupo III – de 10.001 a 20.000	218	18,3	56	23,6	59	23,6	60	23,5	61	23,6	62	23,9
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	161	13,5	48	20,3	50	20,0	51	20,0	52	20,2	52	20,1
Grupo V – de 50.001 a 100.000	55	4,6	15	6,3	15	6,0	15	5,9	16	6,2	16	6,2
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	50	4,2	14	5,9	14	5,6	16	6,3	15	5,8	15	5,8
Grupo VII – acima de 500.000	5	0,4	1	0,4	2	0,8	2	0,8	2	0,8	2	0,8

Fontes: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, arquivos de repasse, para a população dos municípios. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>.

Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto. Quanto à consistência da despesa com recursos próprios (DRP), considerou-se consistente a DRP estimada não negativa.

## TEXTO para DISCUSSÃO

Para os conjuntos de municípios da tabela 4 é possível apresentar a despesa total em medicamentos e a despesa com recursos próprios estimada, o que é feito na tabela 5. Como esses conjuntos são diferentes, pode-se apenas analisar o gasto a cada ano, sem realizar comparações no período. Em 2023, o GTM dos 981 respondentes foi de R\$ 1,99 bilhões, tendo sido a DRP de R\$ 1,66 bilhão (83,3%).

### TABELA 5

**Gasto em medicamentos dos municípios participantes da pesquisa com estimativa de gasto total e de despesa com recursos próprios consistentes,<sup>1</sup> segundo grupos de porte populacional (2019-2023)**  
(Em R\$)<sup>2</sup>

Grupos de porte populacional (número de habitantes)	2019 (n = 875)	2020 (n = 913)	2021 (n = 961)	2022 (n = 980)	2023 (n = 981)
Despesa total em medicamentos					
Grupo I – até 5.000	29.949.256	36.355.750	39.362.705	41.249.207	41.146.011
Grupo II – de 5.001 a 10.000	56.583.072	72.171.792	74.754.516	79.576.793	86.108.757
Grupo III – de 10.001 a 20.000	117.110.554	145.690.560	159.914.304	177.136.841	193.909.823
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	225.446.917	280.173.313	307.492.175	330.293.569	330.782.926
Grupo V – de 50.001 a 100.000	145.884.030	178.575.213	185.533.695	235.089.789	254.051.145
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	463.542.394	514.996.467	591.296.348	587.782.411	642.894.006
Grupo VII – acima de 500.000	317.527.122	386.583.216	433.301.190	395.704.536	445.758.678
<b>Total</b>	<b>1.356.043.346</b>	<b>1.614.546.311</b>	<b>1.791.654.933</b>	<b>1.846.833.145</b>	<b>1.994.651.346</b>
Repasso federal					
Grupo I – até 5.000	3.203.507	3.346.635	3.279.453	3.057.614	2.751.064
Grupo II – de 5.001 a 10.000	7.413.750	7.857.041	7.669.554	7.347.079	7.138.214
Grupo III – de 10.001 a 20.000	16.340.446	17.924.483	18.526.324	17.746.436	17.766.781
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	35.447.786	39.306.235	40.122.568	35.933.283	34.633.641
Grupo V – de 50.001 a 100.000	26.773.858	28.029.968	26.779.296	26.843.936	27.125.613
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	88.760.318	90.889.417	87.656.579	80.719.256	78.084.038
Grupo VII – acima de 500.000	75.619.044	82.245.066	110.031.202	100.687.405	96.270.961
<b>Total</b>	<b>253.558.709</b>	<b>269.598.845</b>	<b>294.064.975</b>	<b>272.335.009</b>	<b>263.770.312</b>
Repasso estadual estimado					
Grupo I – até 5.000	623.893	655.229	631.968	579.762	505.031
Grupo II – de 5.001 a 10.000	1.475.901	1.473.743	1.383.324	1.295.482	1.220.023
Grupo III – de 10.001 a 20.000	3.178.760	3.481.689	3.408.178	3.118.439	3.112.882
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	7.369.711	7.912.750	7.802.407	6.931.887	6.578.401
Grupo V – de 50.001 a 100.000	7.381.380	7.558.514	6.948.263	7.343.077	6.972.396
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	26.063.750	24.773.335	25.130.124	23.005.163	21.562.442
Grupo VII – acima de 500.000	24.444.978	31.531.028	35.450.992	31.228.280	29.217.838
<b>Total</b>	<b>70.538.373</b>	<b>77.386.289</b>	<b>80.755.256</b>	<b>73.502.091</b>	<b>69.169.013</b>
Despesa com recursos próprios estimada					
Grupo I – até 5.000	26.121.856	32.353.886	35.451.284	37.611.830	37.889.916
Grupo II – de 5.001 a 10.000	47.693.421	62.841.009	65.701.638	70.934.232	77.750.520
Grupo III – de 10.001 a 20.000	97.591.347	124.284.388	137.979.802	156.271.966	173.030.160
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	182.629.420	232.954.327	259.567.200	287.428.399	289.570.884
Grupo V – de 50.001 a 100.000	111.728.793	142.986.730	151.806.136	200.902.776	219.953.136

(Continua)

(Continuação)

Grupos de porte populacional (número de habitantes)	2019 (n = 875)	2020 (n = 913)	2021 (n = 961)	2022 (n = 980)	2023 (n = 981)
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	348.718.326	399.333.715	478.509.645	484.057.991	543.247.526
Grupo VII – acima de 500.000	217.463.101	272.807.122	287.818.996	263.788.851	320.269.879
<b>Total</b>	<b>1.031.946.265</b>	<b>1.267.561.176</b>	<b>1.416.834.702</b>	<b>1.500.996.044</b>	<b>1.661.712.020</b>

Fontes: Para a despesa total em medicamentos (despesa liquidada), Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); e para o repasse federal aos municípios e população dos municípios, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, arquivos de repasse (disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>).

Elaboração dos autores.

Notas: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto. Após a estimativa da despesa com recursos próprios (DRP), a partir da subtração dos repasses federal e estadual do gasto total informado em medicamentos, considerou-se consistente a DRP estimada não negativa.

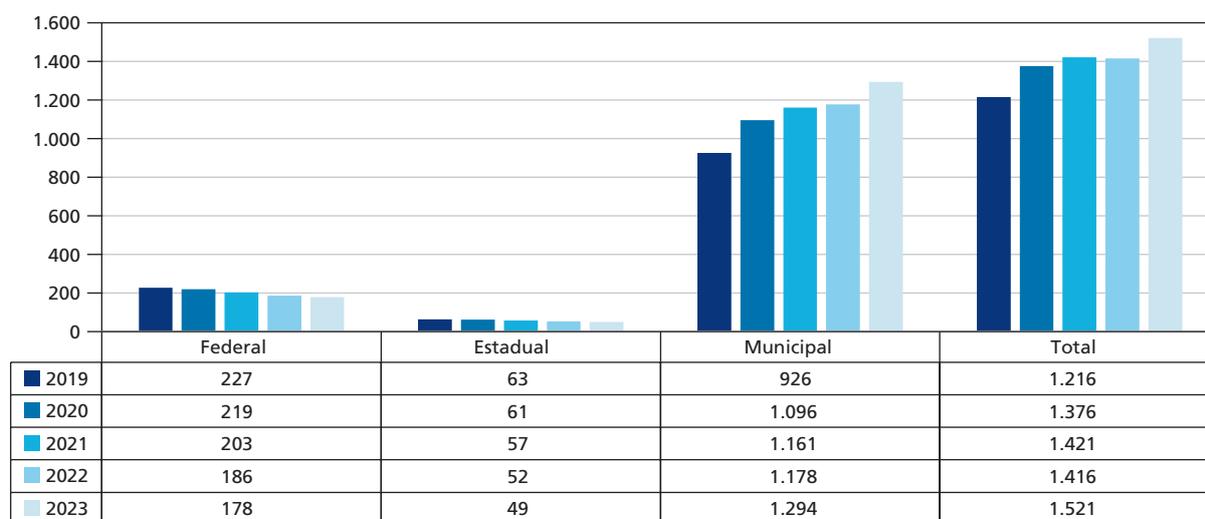
<sup>2</sup> Valores de 2023.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

No gráfico 1, consideraram-se apenas os municípios com GTM e DRP consistentes em todos os anos (n = 756). Com isso é possível analisar a evolução das despesas desses municípios entre 2019 e 2023. Verifica-se, por um lado, redução da participação federal e estadual no gasto total em medicamentos, de R\$ 227 milhões para R\$ 178 milhões (-21%), e de R\$ 63 milhões para R\$ 43 milhões (-22%), respectivamente. Por outro lado, observa-se aumento da despesa com recursos próprios de R\$ 926 milhões em 2019 para R\$ 1.294 milhões em 2023, o que corresponde a um aumento de 40% no período. Em 2023, as participações de cada esfera de governo no GTM dos municípios foram de 12% para o federal, 3% para o estadual e de 85% para o municipal. Entre os municípios que receberam a contrapartida estadual do CBAF em recursos financeiros (n = 307), na média, a participação federal, estadual e municipal foi de 11,3%, 4,6% e 84,1%, respectivamente, no mesmo ano.

**GRÁFICO 1**

**Gasto total em medicamentos dos municípios participantes da pesquisa com informações consistentes nos cinco anos analisados (n = 756),<sup>1</sup> segundo a esfera de governo responsável pelo financiamento das despesas (2019-2023)**  
(Em R\$ 1 milhão)<sup>2</sup>



Fontes: Para a despesa total em medicamentos (despesa liquidada), Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); e para o repasse federal aos municípios, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, arquivos de repasse (disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>).

Elaboração dos autores.

Notas: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto. Após a estimativa da despesa com recursos próprios (DRP), a partir da subtração dos repasses federal e estadual do gasto total informado em medicamentos, considerou-se consistente a DRP estimada não negativa. Neste caso, foram considerados apenas os municípios com informações consistentes nos cinco anos pesquisados. Assim, os valores se referem ao mesmo conjunto de municípios em todos os anos (n = 756).

<sup>2</sup> Valores de 2023.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

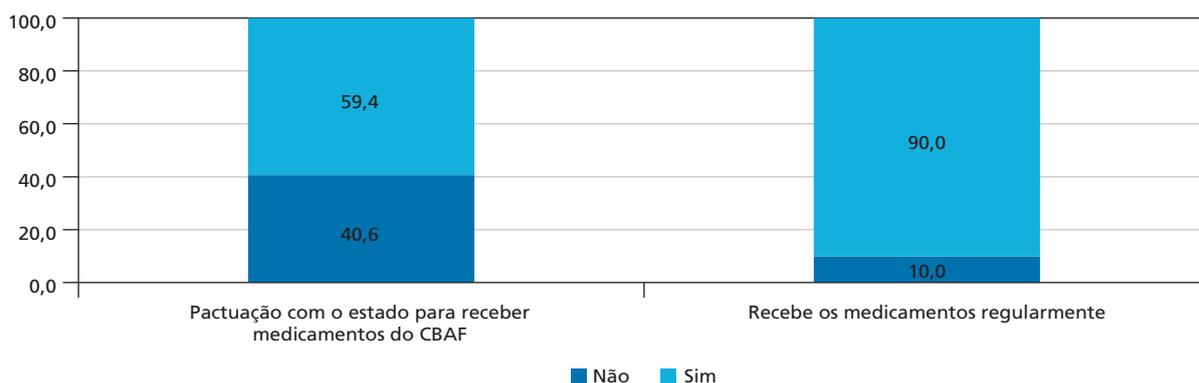
Como parte dos municípios recebe a contrapartida federal e estadual do CBAF em medicamentos, a participação dessas esferas na disponibilização de medicamentos pelos municípios seria maior se somado o valor equivalente aos produtos recebidos, o que não deve ser desconsiderado. Contudo, sob a perspectiva financeira, interessa saber a fonte dos recursos alocados pelos municípios à oferta de medicamentos para sua população. Neste caso, os resultados do gráfico 1 mostram que o financiamento é majoritariamente municipal.

No gráfico 2, observa-se que 59,4% dos 756 municípios respondentes (n = 449) tinham pactuação para receber a contrapartida estadual do CBAF em medicamentos, sendo que 90% destes recebiam os produtos de forma regular (n = 404). Entre os 40,6% (n = 307) cuja contrapartida estadual foi pactuada para ser executada por meio de repasse de recursos financeiros, 80,5% (n = 247) informaram receber as transferências regularmente.

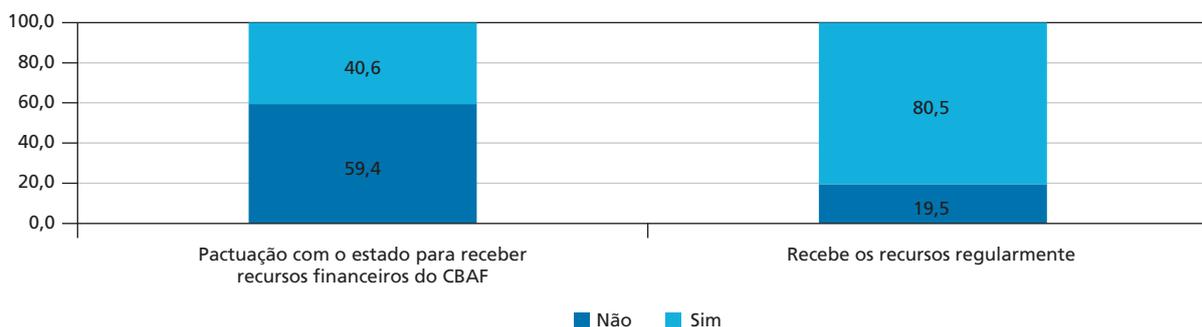
## GRÁFICO 2

**Proporção de municípios participantes da pesquisa com informações consistentes nos cinco anos analisados (n = 756),<sup>1</sup> segundo a pactuação com o estado referente ao CBAF e a regularidade do cumprimento da pactuação pelo estado**  
(Em %)

### 2A – Pactuação para receber medicamentos



### 2B – Pactuação para receber recursos financeiros



Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).

Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Após a estimativa da despesa com recursos próprios (DRP), a partir da subtração dos repasses federal e estadual do gasto total informado em medicamentos, considerou-se consistente a DRP estimada não negativa. Neste caso, foram considerados apenas os municípios com informações consistentes nos cinco anos pesquisados. Assim, os valores se referem ao mesmo conjunto de municípios em todos os anos (n=756).

## TEXTO para DISCUSSÃO

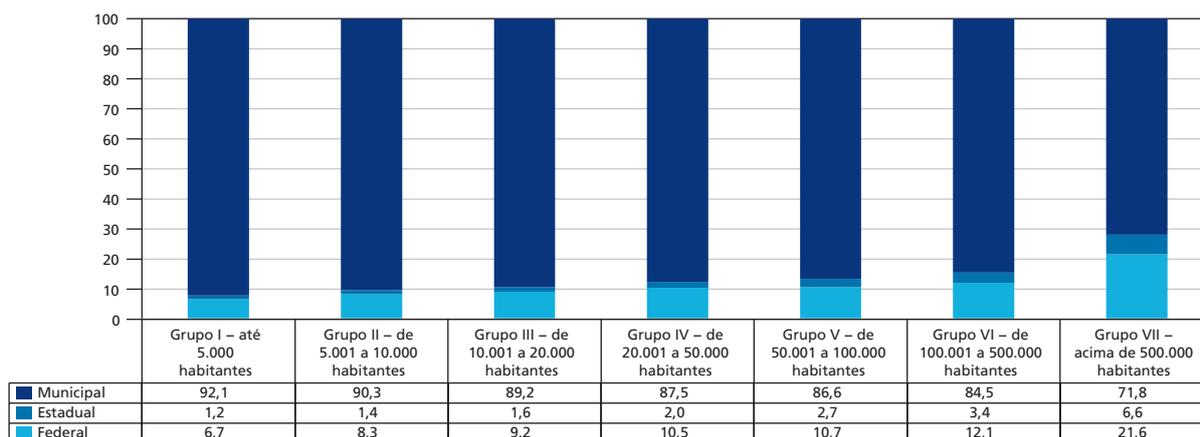
Municípios de menor porte populacional receberam a contrapartida estadual do CBAF em medicamentos em maior proporção do que aqueles com maior número de habitantes: grupo I (57,7%), grupo II (61,9%), grupo III (67,6%), grupo IV (62,6%), grupo V (46,6%), grupo VI (43,5%) e grupo VII (9,1%). O GTM médio por habitante desses grupos de municípios foi de: R\$ 55,48 no grupo I, R\$ 45,70 no grupo II, R\$ 40,91 no grupo III, R\$ 35,08 no grupo IV, R\$ 36,16 no grupo V, R\$ 34,71 no grupo VI e R\$ 19,01 no grupo VII.

Quanto à participação das esferas de governo no financiamento do gasto total em medicamentos em 2023, segundo o porte populacional dos municípios, o gráfico 3 mostra uma participação maior das esferas federal e estadual para municípios de maior porte, especialmente para aqueles com mais de 100 mil habitantes (grupos VI e VII). Como consequência, a participação municipal nestes grupos é menor quando comparada à daqueles com menos de 10 mil habitantes (grupos I e II). Esse resultado é diretamente influenciado pela forma de recebimento da contrapartida estadual. Como municípios menores tendem a receber medicamentos ao invés de recursos financeiros, a participação estadual e federal no gasto total acaba sendo menor.

### GRÁFICO 3

#### Participação das esferas de governo no financiamento do gasto total em medicamentos dos municípios participantes da pesquisa e com informações consistentes, segundo grupos de porte populacional (2023)

(Em %)



Fontes: Para a despesa total em medicamentos (despesa liquidada), Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); e para o repasse federal aos municípios e população dos municípios, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, arquivos de repasse (disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>).

Elaboração dos autores.

Obs.: Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto. Após a estimativa da despesa com recursos próprios (DRP), a partir da subtração dos repasses federal e estadual do gasto total informado em medicamentos, considerou-se consistente a DRP estimada não negativa.

Na tabela 6, apresenta-se o GTM médio dos municípios com dados consistentes nos cinco anos analisados, segundo porte populacional, em percentual do gasto total em saúde e por habitante. Não se observam variações muito significativas do percentual do gasto em medicamentos em relação ao gasto total em saúde entre os anos em cada grupo e entre os grupos, exceto, no último caso, dos grupos VI e VII em comparação com os demais grupos. A média da participação do gasto total em medicamentos no gasto total em saúde dos grupos I a V foi de 3,8% em 2023. No mesmo ano, essa média foi de 3,0% para os grupos VI e VII (0,8 ponto percentual a menos). Ainda nesta tabela, verifica-se que o GTM por habitante foi maior para os grupos de municípios de menor porte populacional e menor para os grupos de municípios com maior população.

**TABELA 6**

**Gasto total médio em medicamentos dos municípios participantes da pesquisa com informações consistentes nos cinco anos analisados (n = 756),<sup>1</sup> em proporção do gasto total em saúde e por habitante, segundo grupos de porte populacional (2019-2023)**

Grupos de porte populacional (número de habitantes)	2019	2020	2021	2022	2023
Em percentagem do gasto total em saúde					
Grupo I – até 5.000	3,7	4,0	3,9	3,7	3,8
Grupo II – de 5.001 a 10.000	4,1	4,2	4,1	3,9	3,7
Grupo III – de 10.001 a 20.000	3,9	4,2	4,2	4,1	3,8
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	3,9	4,0	4,0	3,8	3,6
Grupo V – de 50.001 a 100.000	3,7	4,6	4,0	4,3	4,1
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	3,4	3,5	3,7	3,4	3,3
Grupo VII – acima de 500.000	3,2	2,9	3,0	2,7	2,7
Em R\$ de 2023 por habitante <sup>2</sup>					
Grupo I – até 5.000	56,47	67,37	68,83	74,48	81,75
Grupo II – de 5.001 a 10.000	44,48	51,89	52,26	57,70	58,82
Grupo III – de 10.001 a 20.000	36,79	43,79	46,69	51,90	52,65
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	35,30	40,86	41,62	43,68	45,96
Grupo V – de 50.001 a 100.000	32,10	37,03	39,63	43,33	48,17
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	33,30	38,71	40,55	38,65	41,54
Grupo VII – acima de 500.000	36,71	37,94	38,91	34,71	38,58

Fontes: Para a despesa total em medicamentos (despesa liquidada), Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); para a população dos municípios, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, arquivos de repasse (disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>); e para o gasto total em saúde, Ministério da Saúde, Siops (disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM>).

Elaboração dos autores.

Notas: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.

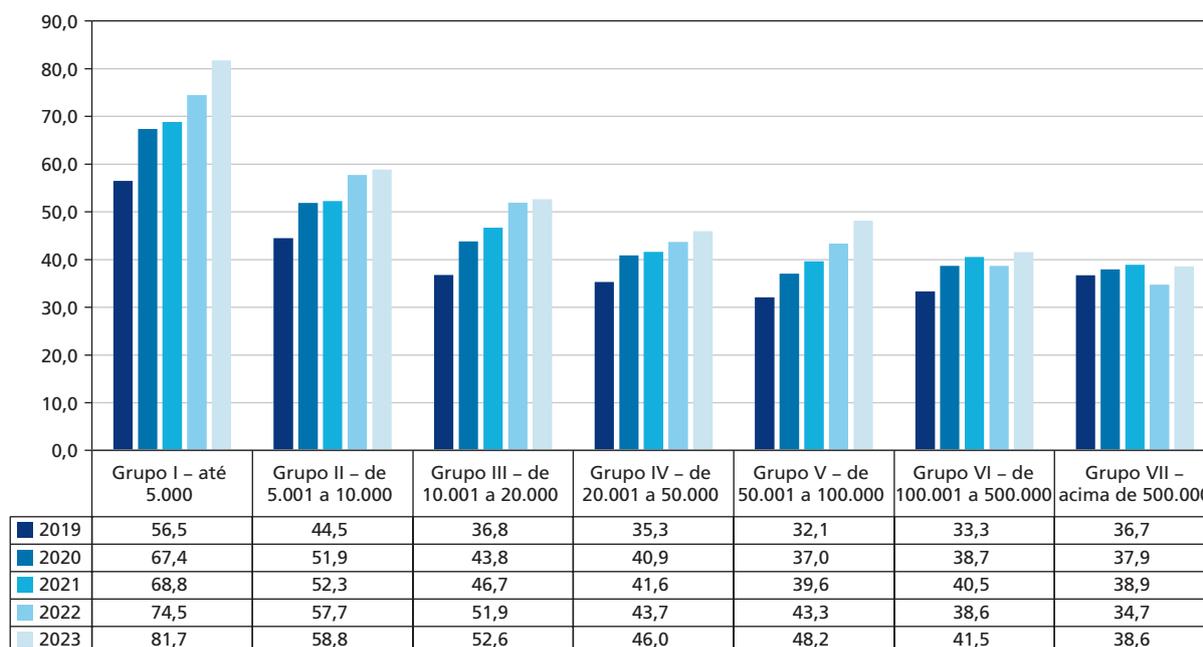
<sup>2</sup> Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

## TEXTO para DISCUSSÃO

O padrão observado na tabela 6 fica mais evidente no gráfico 4, que mostra a evolução do gasto por habitante entre 2019 e 2023, segundo o porte populacional dos municípios. Destacam-se duas observações a partir da leitura deste gráfico. A primeira é que os municípios dos grupos com população até 100 mil habitantes tiveram crescimento do gasto por habitante em todos os anos, com maior magnitude do aumento para os municípios do grupo I (até 5 mil habitantes). A segunda observação é que os municípios de maior porte populacional, dos grupos VI e VII, apresentaram maior variação do gasto entre os anos, com menor crescimento em 2023 em relação a 2019.

### GRÁFICO 4

**Evolução do gasto total médio em medicamentos por habitante dos municípios participantes da pesquisa com informações consistentes nos cinco anos analisados (n = 756),<sup>1</sup> segundo grupos de porte populacional (2019-2023)**  
(Em R\$)<sup>2</sup>



Fontes: Para a despesa total em medicamentos (despesa liquidada), Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); e para a população dos municípios, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, arquivos de repasse (disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>).

Elaboração dos autores.

Notas: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.

<sup>2</sup> Valores de 2023.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

O GTM médio por habitante dos municípios segundo as regiões geográficas também cresceu entre 2019 e 2023. Passou de R\$ 36,33 para R\$ 68,79 na região Centro-Oeste, de R\$ 23,31 para R\$ 41,82 na Nordeste, de R\$ 31,70 para R\$ 60,80 na Norte, de R\$ 29,05 para R\$ 56,16 na Sudeste e de R\$ 39,00 para R\$ 59,10 na Sul.

Na tabela 7, apresenta-se o resultado do teste de Dunn, com ajuste do  $p$ -valor pelo método de Boferroni, para identificação de quais grupos apresentaram valores de GTM por habitante em 2023 diferentes estatisticamente. Esta tabela mostra que a média do GTM por habitante do grupo I era diferente das médias dos demais grupos, com  $p$ -valor ajustado  $< 0,001$  na maioria dos casos, o que significa que a probabilidade de hipótese nula (de que os grupos são iguais) é muito pequena. Também se verificou diferença estatisticamente significativa para as médias do grupo II em comparação com o grupo IV ( $p$ -valor ajustado  $< 0,003$ ) e com o grupo VI ( $p$ -valor ajustado  $< 0,002$ ). Dessa forma, os resultados apresentados na tabela confirmam que o GTM por habitante dos municípios com até 5 mil habitantes foi maior do que o GTM por habitante dos demais grupos de municípios, ao nível de significância estatística de 1%.

### TABELA 7

**Comparação múltipla do gasto em medicamentos por habitante por meio do teste de Dunn, com ajuste do  $p$ -valor pelo método de Boferroni, segundo o porte populacional dos municípios (n = 756) – 2023**

Grupos de porte populacional	$p$ -valor	$p$ -valor ajustado
Grupo I – até 5.000; grupo II – de 5.001 a 10.000	0,00002	$< 0,001$
Grupo I – até 5.000; grupo III – de 10.001 a 20.000	0,00000	$< 0,001$
Grupo I – até 5.000; grupo IV – de 20.001 a 50.000	0,00000	$< 0,001$
Grupo I – até 5.000; grupo V – de 50.001 a 100.000	0,00000	$< 0,001$
Grupo I – até 5.000; grupo VI – de 100.001 a 500.000	0,00000	$< 0,001$
Grupo I – até 5.000; grupo VII – acima de 500.000	0,00032	0,007
Grupo II – de 5.001 a 10.000; grupo III – de 10.001 a 20.000	0,04174	0,877
Grupo II – de 5.001 a 10.000; grupo IV – de 20.001 a 50.000	0,00016	0,003
Grupo II – de 5.001 a 10.000; grupo V – de 50.001 a 100.000	0,03000	0,630
Grupo II – de 5.001 a 10.000; grupo VI – de 100.001 a 500.000	0,00008	0,002
Grupo II – de 5.001 a 10.000; grupo VII – acima de 500.000	0,03580	0,752
Grupo III – de 10.001 a 20.000; grupo IV – de 20.001 a 50.000	0,02187	0,459
Grupo III – de 10.001 a 20.000; grupo V – de 50.001 a 100.000	0,25048	1,000
Grupo III – de 10.001 a 20.000; grupo VI – de 100.001 a 500.000	0,00477	0,100
Grupo III – de 10.001 a 20.000; grupo VII – acima de 500.000	0,11484	1,000
Grupo IV – de 20.001 a 50.000; grupo V – de 50.001 a 100.000	0,23427	1,000
Grupo IV – de 20.001 a 50.000; grupo VI – de 100.001 a 500.000	0,12575	1,000
Grupo IV – de 20.001 a 50.000; grupo VII – acima de 500.000	0,30099	1,000

(Continua)

(Continuação)

Grupos de porte populacional	p-valor	p-valor ajustado
Grupo V – de 50.001 a 100.000; grupo VI – de 100.001 a 500.000	0,06368	1,000
Grupo V – de 50.001 a 100.000; grupo VII – acima de 500.000	0,20450	1,000
Grupo VI – de 100.001 a 500.000; grupo VII – acima de 500.000	0,49150	1,000

Fontes: Para a despesa total em medicamentos, Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); e para a população dos municípios, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, arquivos de repasse (disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>).

Elaboração dos autores.

Em relação à dispensação de medicamentos adquiridos diretamente por organização social de saúde (OSS), 5,4% (41 em 756) dos municípios com informações consistentes de GTM e DRP reportaram o uso dessa via, sendo que, em treze deles o valor repassado para a OSS não foi incluído no GTM informado. Quanto à participação em consórcio público, 39,7% deles (300 em 756) informaram empregar esse mecanismo para a compra de medicamentos.

## 4.2 Estados, incluindo o Distrito Federal

Do total de 27 entes federados (26 estados e o Distrito Federal), 26 anuíram com a pesquisa preenchendo o instrumento 1 (termo de anuência institucional). Na segunda etapa, 25 entes completaram o instrumento 2 (questionário), perfazendo uma taxa de resposta da pesquisa entre estados, incluindo o Distrito Federal, de 92,6% (25/27). A taxa de resposta por região geográfica pode ser consultada no apêndice A. Em 2023, os 25 estados totalizaram uma população residente estimada de 196.929.139 habitantes. A soma da população correspondente aos estados participantes, com informações consistentes de gasto em medicamentos, consta do apêndice C. Em relação aos informantes-chave, 88% (n = 22) exerciam função de coordenação da assistência farmacêutica<sup>18</sup> e 12% (n = 3) outras funções na secretaria de saúde.

A tabela 8 mostra o número de estados participantes, com registros consistentes de GTM por região e ano, após os procedimentos de limpeza e tratamento do banco de dados. Não se observaram variações significativas no número de entes com registros consistentes entre 2019 (n = 21) e 2023 (n = 20). Considerando o total de 25 estados participantes, teve-se uma perda de respostas de mais de 16% em 2019 e de 20% em 2023 pelo registro de gastos inconsistentes.

18. Coordenador, gerente, diretor ou superintendente de assistência farmacêutica.

**TABELA 8**

**Estados participantes da pesquisa, com informação de gasto total em medicamentos consistente<sup>1</sup> a cada ano, segundo regiões geográficas (2019-2023)**

Regiões geográficas	Estados e Distrito Federal		Estados com informação de gasto total em medicamentos consistente									
			2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro-Oeste	4	14,8	4	19,0	3	16,7	3	15,0	3	15,8	4	20,0
Nordeste	9	33,3	7	33,3	7	38,9	8	40,0	7	36,8	7	35,0
Norte	7	25,9	4	19,0	3	16,7	3	15,0	3	15,8	4	20,0
Sudeste	4	14,8	4	19,0	4	22,2	4	20,0	4	21,1	4	20,0
Sul	3	11,1	2	9,5	1	5,6	2	10,0	2	10,5	1	5,0
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).

Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.

O GTM dos estados com informações consistentes a cada ano é apresentado na tabela 9. Ressalta-se a impossibilidade das comparações entre os anos, porque não se trata do mesmo conjunto de entes. O propósito aqui é mostrar o montante da despesa informada pelos respondentes em cada ano, facultando uma visão geral do montante de recursos alocados à aquisição de medicamentos no exercício. Por exemplo, em 2023, vinte estados totalizaram GTM no valor de R\$ 5,7 bilhões, enquanto o gasto de dezenove estados em 2022 foi de um pouco mais de R\$ 6,0 bilhões.

**TABELA 9**

**Gasto total em medicamentos dos estados participantes da pesquisa com informação consistente<sup>1</sup> a cada ano, segundo regiões geográficas (2019-2023)**  
(Em R\$)<sup>2</sup>

Regiões geográficas	2019 (n = 21)	2020 (n = 18)	2021 (n = 20)	2022 (n = 19)	2023 (n = 20)
Centro-Oeste	543.821.859	334.807.748	421.777.238	374.553.022	723.894.874
Nordeste	1.178.269.872	1.310.453.096	1.460.512.587	1.439.674.347	1.490.940.053
Norte	151.913.003	156.104.554	180.414.458	201.429.208	281.721.859
Sudeste	2.118.168.754	2.101.586.580	2.395.437.418	2.718.975.753	2.656.929.719
Sul	1.494.524.439	560.832.527	1.349.339.442	1.305.814.264	521.178.466
<b>Total</b>	<b>5.486.697.927</b>	<b>4.463.784.505</b>	<b>5.807.481.143</b>	<b>6.040.446.594</b>	<b>5.674.664.970</b>

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).

Elaboração dos autores.

Notas: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.

<sup>2</sup> Valores de 2023.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

## TEXTO para DISCUSSÃO

Da mesma forma, sem poder comparar os valores entre os anos, apresenta-se, na tabela 10, a proporção média do GTM no gasto total em saúde dos estados. Destaca-se nesta tabela o percentual mais elevado deste indicador para a região Sul em relação às demais regiões, em todos os anos.

**TABELA 10**

**Proporção média do gasto total em medicamentos (GTM) no gasto total em saúde dos estados participantes da pesquisa e com informação do GTM consistente<sup>1</sup> (2019-2023)**

(Em %)

Regiões geográficas	2019 (n = 21)	2020 (n = 18)	2021 (n = 20)	2022 (n = 19)	2023 (n = 20)
Centro-Oeste	3,7	3,2	3,8	2,9	4,1
Nordeste	3,9	3,7	3,4	3,8	3,6
Norte	2,8	1,8	2,0	2,2	2,9
Sudeste	3,6	4,2	3,9	4,5	4,0
Sul	11,1	7,1	8,6	9,3	6,1
<b>Total</b>	<b>4,3</b>	<b>3,6</b>	<b>3,9</b>	<b>4,1</b>	<b>3,8</b>

Fontes: Para o gasto total em medicamentos, Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); e para o gasto total em saúde, Ministério da Saúde, Siops (disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops/indicadores>).

Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.

A seguir, a tabela 11 apresenta o GTM dos estados com dados consistentes a cada ano. Note-se que, em 2023, os vinte estados que cumpriram esse requisito declararam GTM no montante de R\$ 5,7 bilhões. A DRP estimada foi de R\$ 4,9 bilhões (86% do GTM) e o repasse federal estimado foi de R\$ 795,0 milhões (14% do GTM). Ou seja, os gastos estaduais foram financiados majoritariamente por recursos próprios.

**TABELA 11**

**Gasto em medicamentos dos estados participantes da pesquisa com informação de gasto total consistente<sup>1</sup> a cada ano, segundo regiões geográficas (2019-2023)**

(Em R\$)<sup>2</sup>

Regiões geográficas	2019 (n = 21)	2020 (n = 18)	2021 (n = 20)	2022 (n = 19)	2023 (n = 20)
Gasto total em medicamentos					
Centro-Oeste	543.821.859	334.807.748	421.777.238	374.553.022	723.894.874

(Continua)

(Continuação)

Regiões geográficas	2019 (n = 21)	2020 (n = 18)	2021 (n = 20)	2022 (n = 19)	2023 (n = 20)
Nordeste	1.178.269.872	1.310.453.096	1.460.512.587	1.439.674.347	1.490.940.053
Norte	151.913.003	156.104.554	180.414.458	201.429.208	281.721.859
Sudeste	2.118.168.754	2.101.586.580	2.395.437.418	2.718.975.753	2.656.929.719
Sul	1.494.524.439	560.832.527	1.349.339.442	1.305.814.264	521.178.466
<b>Total</b>	<b>5.486.697.927</b>	<b>4.463.784.505</b>	<b>5.807.481.143</b>	<b>6.040.446.594</b>	<b>5.674.664.970</b>
Repassse federal					
Centro-Oeste	87.525.626	41.858.183	25.877.677	35.595.083	78.790.351
Nordeste	144.099.867	124.358.427	108.661.965	109.905.735	124.088.487
Norte	11.487.959	7.687.061	3.096.416	5.734.150	8.696.639
Sudeste	473.673.263	347.600.425	245.224.762	293.491.755	433.794.356
Sul	155.826.946	126.448.568	131.132.502	142.314.400	149.614.526
<b>Total</b>	<b>872.613.662</b>	<b>647.952.664</b>	<b>513.993.322</b>	<b>587.041.122</b>	<b>794.984.360</b>
Despesa com recursos próprios					
Centro-Oeste	456.296.233	292.949.566	395.899.561	338.957.940	645.104.523
Nordeste	1.034.170.005	1.186.094.669	1.351.850.622	1.329.768.612	1.366.851.566
Norte	140.425.044	148.417.492	177.318.043	195.695.059	273.025.220
Sudeste	1.644.495.490	1.753.986.155	2.150.212.656	2.425.483.999	2.223.135.362
Sul	1.338.697.492	434.383.959	1.218.206.939	1.163.499.863	371.563.940
<b>Total</b>	<b>4.614.084.265</b>	<b>3.815.831.841</b>	<b>5.293.487.821</b>	<b>5.453.405.472</b>	<b>4.879.680.610</b>

Fontes: Para a despesa total em medicamentos, Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); e para o repasse federal aos estados, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, arquivos de repasse (disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>).

Elaboração dos autores.

Notas: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.

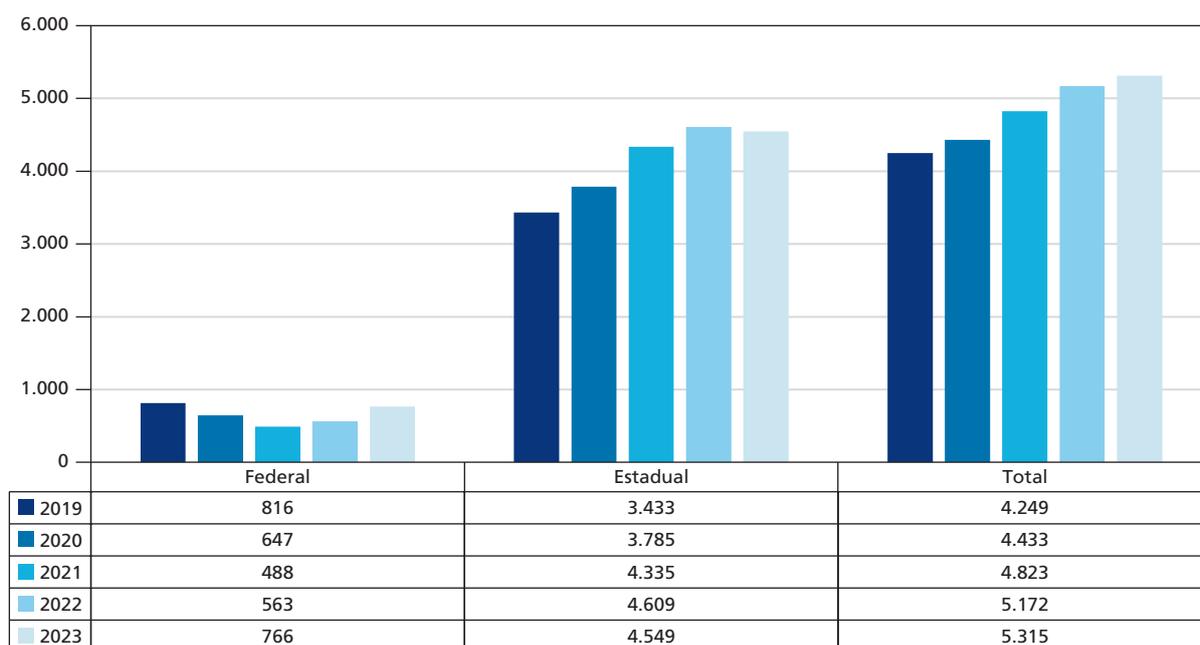
<sup>2</sup> Valores de 2023.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

No gráfico 5, apresenta-se o GTM dos estados participantes com dados consistentes em todos os anos de 2019 a 2023, de acordo com a esfera de governo responsável pelo financiamento das despesas. Neste caso, pode-se analisar a evolução dos gastos no período. Como se pode verificar neste gráfico, o repasse federal oscilou entre 2019 e 2023, tendo atingido valores menores em 2020 e 2021, enquanto a DRP dos estados cresceu entre 2019 e 2022, e apresentou diminuição em 2023 quando comparada a 2022. Em 2023, em comparação a 2019, houve aumento de 25,1% no GTM (de R\$ 4,2 bilhões para R\$ 5,3 bilhões), redução de 6,2% do repasse federal (R\$ 816 milhões para R\$ 766 milhões) e crescimento de 32,5% da DRP (de R\$ 3,4 bilhões para R\$ 4,5 bilhões).

**GRÁFICO 5**

**Gasto em medicamentos dos estados participantes da pesquisa com informações consistentes nos cinco anos analisados (n = 17),<sup>1</sup> segundo a esfera de governo responsável pelo financiamento das despesas (2019-2023)**  
(Em R\$ 1 milhão)<sup>2</sup>



Fontes: Para a despesa total em medicamentos (despesa liquidada), Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); e para o repasse federal aos estados, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, arquivos de repasse (disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>).

Elaboração dos autores.

Notas: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto. Neste caso, foram considerados apenas os estados com informações consistentes nos cinco anos pesquisados. Assim, os valores se referem ao mesmo conjunto de estados em todos os anos (n = 17).

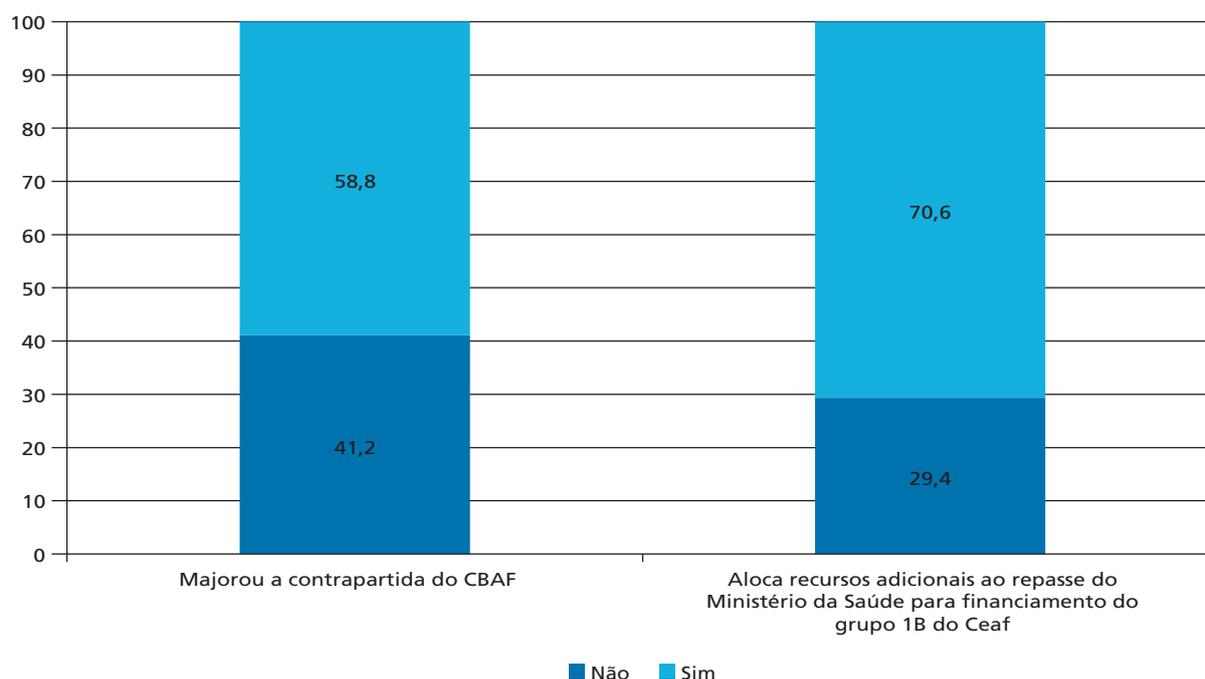
<sup>2</sup> Valores de 2023.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

Observa-se no gráfico 6 que 58,8% (n = 10) dos dezessete estados com dados consistentes nos cinco anos pesquisados majorou a sua contrapartida para financiamento do CBAF, revelando esforço adicional ao regulamentado em portaria pactuada na comissão intergestores tripartite (CIT), para financiamento dos medicamentos utilizados nos atendimentos realizados em atenção primária à saúde. Além disso, nota-se que 70,6% dos dezessete estados (n = 12) têm alocado recursos adicionais ao repasse do Ministério da Saúde para financiamento do grupo 1B do Ceaf.

**GRÁFICO 6**

Proporção de estados participantes da pesquisa com informações consistentes nos cinco anos analisados (n = 17),<sup>1</sup> segundo a majoração da contrapartida do CBAF e a adição de recursos para financiar os medicamentos do grupo 1B do Ceaf (Em %)



Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).

Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto. Neste caso, foram considerados apenas os estados com informações consistentes nos cinco anos pesquisados. Assim, os valores se referem ao mesmo conjunto de estados em todos os anos (n = 17).

O GTM médio desses estados é apresentado na tabela 12 em proporção do gasto total em saúde e por habitante. Nota-se que o menor percentual do GTM no gasto total em saúde ocorreu na região Norte e o maior na região Sul, em todos os anos de 2019 a 2023. Valores de GTM por habitante também seguiram este padrão, sendo mais baixos na região Norte e mais elevados na região Sul.

**TABELA 12**

**Gasto total médio em medicamentos dos estados participantes da pesquisa, com informações consistentes nos cinco anos analisados (n = 17),<sup>1</sup> em proporção do gasto total em saúde e por habitante, segundo regiões geográficas (2019-2023)**

Regiões geográficas	2019	2020	2021	2022	2023
Em porcentagem do gasto total em saúde					
Centro-Oeste	3,2	3,2	3,8	2,9	4,6
Nordeste	3,9	3,7	3,5	3,8	3,6
Norte	1,1	1,6	1,6	1,6	2,1
Sudeste	3,6	4,2	3,9	4,5	4,0
Sul	8,8	7,1	6,2	6,6	6,1
Em R\$ de 2023 por habitante <sup>2</sup>					
Centro-Oeste	23,07	25,34	35,69	27,05	40,28
Nordeste	20,53	22,83	22,76	25,84	26,71
Norte	7,34	11,39	11,50	13,35	13,77
Sudeste	24,61	27,48	29,08	34,01	33,91
Sul	52,62	48,70	41,75	42,98	45,54

Fontes: Para a despesa total em medicamentos (despesa liquidada), Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); para o gasto total em saúde, Ministério da Saúde, Siops (disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops/indicadores>); e para a população estimada para o TCU (2019-2021, 2023) e do Censo (2022), IBGE (disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>).

Elaboração dos autores.

Notas: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto. Neste caso, foram considerados apenas os estados com informações consistentes nos cinco anos pesquisados. Assim, os valores se referem ao mesmo conjunto de estados em todos os anos (n = 17).

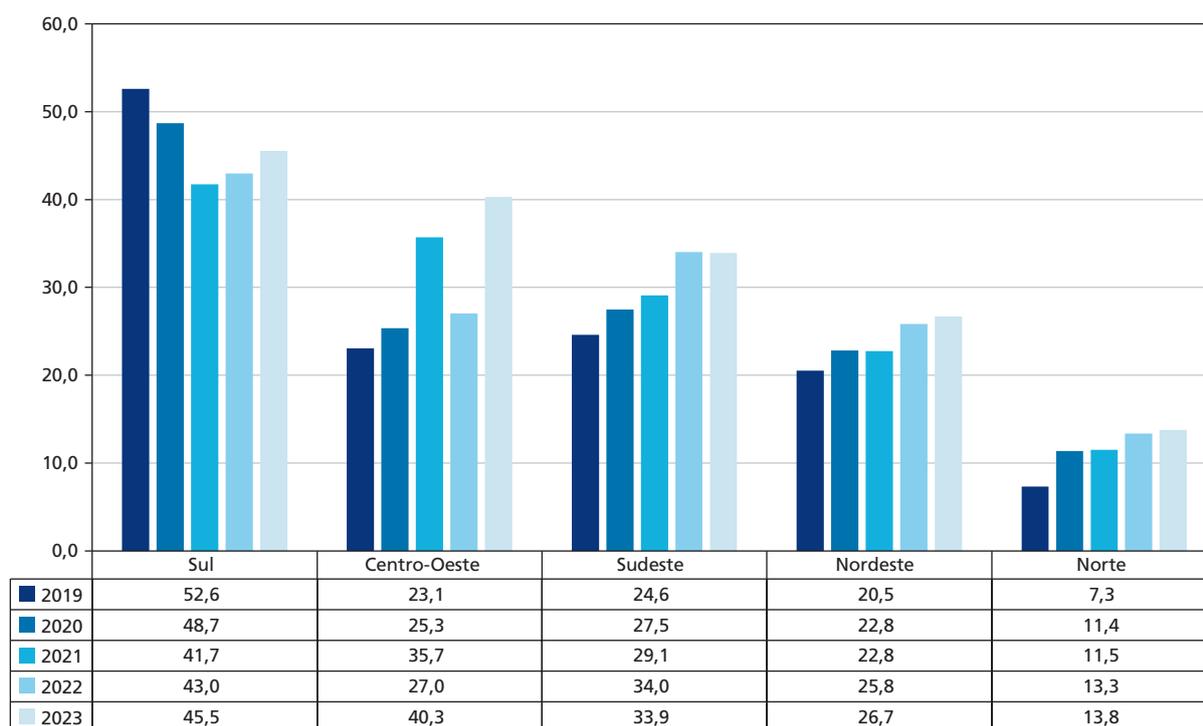
<sup>2</sup> Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

A evolução do GTM por habitante dos estados é mostrada no gráfico 7, observando-se crescimento desse indicador em 2023 em relação a 2019 nas regiões Centro-Oeste (74,6%), Sudeste (37,8%), Nordeste (30,1%) e Norte (87,8%). Somente a região Sul (-13,4%), que apresentou os maiores valores de GTM por habitante em todos os anos, teve redução desse indicador no último ano na comparação com 2019.

**GRÁFICO 7**

**Evolução do gasto total médio em medicamentos por habitante dos estados participantes da pesquisa, com informações consistentes nos anos analisados (n = 17),<sup>1</sup> segundo regiões geográficas (2019-2023)**

(Em R\$)<sup>2</sup>



Fontes: Para a despesa total em medicamentos, Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); e para a população estimada para o TCU (2019-2021, 2023) e do Censo (2022), IBGE (disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>).

Elaboração dos autores.

Notas: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.

<sup>2</sup> Valores de 2023.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

Como informado anteriormente, o teste de Kruskal-Wallis também foi aplicado aos valores de GTM por habitante dos estados em 2023 segundo regiões geográficas, mas, neste caso, o resultado não rejeitou a hipótese nula de igualdade de distribuição desse indicador entre as regiões ao nível de significância de 5% ( $\chi^2 = 7,1$  e  $p$ -valor = 0,131). O teste pode ter sido afetado pelo tamanho reduzido da amostra.

Quanto à dispensação de medicamentos adquiridos diretamente por OSS, 17,6% (três em dezessete) dos estados com informações consistentes de GTM reportaram o uso dessa via, sendo que, para todos eles, a despesa realizada por meio da OSS não está incluída no GTM informado. No que se refere à participação em consórcio público, 35,3% deles (seis em dezessete) informaram empregar esse mecanismo para a compra de medicamentos.

## 5 DISCUSSÃO

Um dos grandes desafios do SUS no que se refere à disponibilidade de evidências técnico-científicas para a tomada de decisão diz respeito a informações desagregadas de gasto em saúde das três esferas de governo. Dessa forma, torna-se possível analisar as despesas, segundo sua finalidade (Brasil, 2024b),<sup>19</sup> em recortes distintos, tais como níveis de atenção à saúde, tipos de bens, tipos de serviços, grupos populacionais, entre outros (Servo *et al.*, 2020; Souza e Andrade, 2020; Vieira, 2024).

No caso dos gastos em medicamentos, a Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS buscou ampliar o conhecimento a respeito, mas foi limitada por duas razões. A primeira foi a taxa de resposta global de 33,5% dos municípios. É provável que as eleições municipais e a realização de pesquisas pelo Ministério da Saúde no mesmo período tenham tido um papel importante neste resultado. Apesar de todos os esforços empreendidos pela equipe de pesquisadores, com apoio operacional na divulgação da pesquisa nas três instituições coordenadoras (Ipea, Conasems e Conass), a taxa foi baixa se comparada a outros levantamentos feitos exclusivamente pelo Conasems. Um exemplo é o *Diagnóstico da assistência farmacêutica na atenção básica*, que analisou a relação municipal de medicamentos do CBAF e os processos de aquisição praticados pelos municípios em 2018, que alcançou uma taxa de resposta de 67% (n = 3725) – Conasems (2022). A coleta de dados da presente pesquisa ocorreu entre 6 de maio e 1º de setembro de 2024, coincidindo com um período crítico nos municípios por causa das eleições. Além disso, outras pesquisas nacionais lideradas pelo Ministério da Saúde estavam em andamento no mesmo período, demandando esforços adicionais das equipes municipais para preenchimento.

À exceção dos municípios do estado do Rio Grande do Sul, que enfrentaram uma situação drástica de calamidade pública com a enchente causada pelas fortes chuvas do final

19. As subfunções no orçamento público foram desenhadas para cumprir este papel. Por exemplo, as subfunções vinculadas à função saúde são: 301 – atenção básica; 302 – atenção hospitalar e ambulatorial; 303 – suporte profilático e terapêutico; 304 – vigilância sanitária; 305 – vigilância epidemiológica; e 306 – alimentação e nutrição (Brasil, 1999).

de abril e início de maio de 2024,<sup>20</sup> a taxa de resposta dos municípios por estado variou consideravelmente, de 6,7% em Roraima a 75% em Rondônia (apêndice A). Também é preciso considerar a complexidade de cada estado em número de municípios, visto que é mais fácil realizar a comunicação e a divulgação da pesquisa em um estado como Rondônia, com 52 municípios, do que em Minas Gerais, com 853 municípios, o qual alcançou taxa de resposta de 27,7%.

Ademais, deve-se ponderar sobre o papel do informante-chave indicado pelo gestor de saúde para responder o questionário. A depender do grau de inserção desse informante na secretaria de saúde, será maior ou menor o seu conhecimento sobre as despesas com a aquisição de medicamentos, ou serão maiores ou menores as suas possibilidades de obtenção dessas informações junto aos setores responsáveis pela execução orçamentário-financeira da secretaria. Da mesma forma, pode ser maior ou menor o seu interesse no tema. Isso explicaria parte da diferença entre a anuência do gestor de saúde quanto à participação do município na pesquisa, que foi de 50,6%, e a taxa efetiva de resposta de 33,5%. Quanto aos estados, a taxa de resposta efetiva foi elevada (92,6%).

No que se refere à segunda razão para a limitação da pesquisa, trata-se da inconsistência de dados reportados por parte dos informantes-chave. Destaca-se que, do total de respondentes, 46,7% dos informantes dos municípios e 12% dos estados ou atuavam como assessores técnicos ou exerciam outras funções na secretaria de saúde. Assim, não exerciam função de coordenação da assistência farmacêutica ou do fundo de saúde, sendo menor a probabilidade de que tivessem maiores conhecimentos sobre o orçamento para a aquisição de medicamentos em suas secretarias de saúde. Isso não descarta a possibilidade de que mesmo coordenadores da assistência farmacêutica e do fundo de saúde o desconhecem em profundidade.

Essa dificuldade em acessar e conhecer as informações orçamentárias está alinhada à evidência, já apontada na literatura, de que os responsáveis pela assistência farmacêutica municipal apresentam baixa participação na elaboração das ferramentas de planejamento (Nora *et al.*, 2019). Além disso, têm conhecimento limitado sobre as ações previstas nesses instrumentos, o que pode comprometer a integração da assistência farmacêutica às demais políticas de saúde e, conseqüentemente, a gestão dos recursos para aquisição de medicamentos (Nora *et al.*, 2019). Note-se que houve perda de resposta municipal de mais de 50% em 2019 e de 46% em 2023 por inconsistência dos dados de gasto em medicamentos reportados pelos informantes-chave. Houve, em muitas situações, informação de despesa igual a zero por dificuldade de

20. Disponível em: <https://www.estado.rs.gov.br/boletins-sobre-o-impacto-das-chuvas-no-rs>. A taxa de resposta dos municípios do Rio Grande do Sul foi de 0,8%.

**TEXTO** para **DISCUSSÃO**

recuperação dessas informações, especialmente nos anos iniciais analisados e quando houve mudança de gestão no município, como justificado por alguns informantes em contato com os pesquisadores por correio eletrônico. Também não se descartam erros de digitação dos valores monetários no instrumento utilizado.

Dos 1.865 respondentes municipais, 756 (40,5%) reportaram gastos consistentes em todos os anos de 2019 a 2023, o que equivale a uma perda geral de 59,5%. Nos estados, a perda foi de 16% em 2019 e de 20% em 2023, sendo que dezessete estados em 25 (68%) apresentaram dados consistentes em todos esses anos, com uma perda geral de 32%.

Outra questão relevante, estrutural no caso dos municípios, é que parte deles não dispõe de sistemas próprios de administração orçamentária e financeira, sendo seus demonstrativos de receitas e despesas produzidos por empresas privadas especializadas em serviços de contabilidade pública (Silva *et al.*, 2010; Rezende, 2011; Goiás, 2019). Ou seja, escritórios privados são contratados para elaborar os documentos fiscais obrigatórios, os quais devem ser apresentados periodicamente pelos municípios. Nesta situação, torna-se mais difícil a disseminação do conhecimento sobre o orçamento público entre técnicos das unidades organizacionais da secretaria de saúde.

De todo modo, buscou-se aproveitar ao máximo as informações consistentes segundo os métodos de verificação adotados neste estudo, por isso a opção de apresentar, na seção de resultados deste texto, os gastos e indicadores a eles relacionados para o conjunto de respondentes com dados consistentes a cada ano. Essa informação, lida de forma transversal, ou seja, em um momento específico, proporciona um panorama sobre o esforço fiscal realizado pelo conjunto de respondentes válidos em cada exercício.

Entretanto, para uma análise longitudinal do comportamento do gasto em medicamentos, é preciso considerar o mesmo conjunto de municípios e de estados. Por essa razão, as despesas e indicadores a eles relacionados foram apresentados para um grupo menor desses entes, que cumpriram o requisito de informar dados consistentes em todos os anos analisados, cujos resultados serão comentados a seguir (756 municípios e dezessete estados).

Em relação ao financiamento da AF, o estudo revela uma redução da participação federal (-21%) e estadual (-22%), e crescimento da municipal (40%) entre 2019 e 2023 no GTM dos municípios. Neste último ano, a participação de cada esfera de governo no gasto total em medicamentos dos municípios foi de 12% para o federal, 3% para o estadual e de 85% para o municipal. Esses resultados mostram que o esforço dos municípios para financiar essas despesas aumentou naquele período. De um lado, perdas inflacionárias explicam parte da redução encontrada, uma vez que a maior parcela dos recursos federais recebidos por eles é proveniente da contrapartida do

CBAF, cujo valor por habitante se manteve entre 2019 e 2023, considerando a população residente estimada de 2019 (Brasil, 2019; 2023a).

Essa mesma situação explica a diminuição do repasse estadual do CBAF, que também tem valores mínimos por habitante definidos na portaria que estabelece o repasse federal. Por outro lado, o aumento da demanda pelo crescimento populacional, dos preços dos produtos e do fornecimento de medicamentos em decorrência de ações judiciais podem explicar o crescimento do gasto com recursos próprios do município, também observado em outro estudo que analisou dados do período de 2016 a 2020 (Silva *et al.*, 2024).

Quanto à participação das esferas de governo no GTM dos municípios, analisada por grupos de porte populacional, verificou-se maior participação das esferas federal e estadual em municípios de maior porte, especialmente para aqueles com mais de 100 mil habitantes (grupos VI e VII). Como consequência, a participação municipal nestes grupos é menor quando comparada à daqueles com menos de 10 mil habitantes (grupos I e II). Como municípios menores tendem a receber a contrapartida estadual e federal do CBAF em medicamentos ao invés de recursos financeiros, a participação estadual e federal no gasto total acaba sendo menor.

Em relação ao gasto estadual em medicamentos, verificou-se que os estados também financiam a maior parte de suas despesas com esses produtos. Em 2023, em comparação a 2019, houve crescimento de 25,1% no GTM estadual, redução de 6,2% do repasse federal e crescimento de 32,5% da DRP. A leitura desses números, em conjunto com os valores apresentados para os municípios, mostra uma diminuição da participação federal no financiamento dos medicamentos adquiridos pelos estados e municípios entre 2019 e 2023. Como o gasto federal em medicamentos cresceu nesse período (Ipea, 2024), o que deve ter ocorrido é a concentração do aumento das despesas do Ministério da Saúde nas compras centralizadas desses produtos, que envolvem, por exemplo, insulinas no CBAF, medicamentos do Cesaf e os incorporados ao grupo 1A do Ceaf.

Ademais, merece destaque o fato de que a maioria (58,8%) dos estados (dez de dezessete) majorou a sua contrapartida para financiamento do CBAF, o que revela um esforço adicional no cofinanciamento dos medicamentos dispensados, em geral, pelos municípios no âmbito da atenção primária à saúde. O esforço também ocorreu no cofinanciamento do grupo 1B do Ceaf, em que 70,6% dos estados (doze de dezessete) reportaram adicionar recursos aos transferidos pelo Ministério da Saúde para a aquisição de medicamentos desse grupo.

No que se refere ao GTM por habitante dos municípios, o estudo revela que ele foi maior para aqueles com até 5 mil habitantes em comparação com o GTM por habitante dos demais grupos de municípios, ao nível de significância estatística de 1%. Além disso, o estudo mostra que houve crescimento das despesas nos municípios dos grupos com população até 100 mil habitantes em todos os anos, com maior magnitude do aumento para os municípios do grupo I (até 5 mil habitantes). Em 2023, por exemplo, o GTM médio por habitante dos municípios com até 5 mil habitantes foi de R\$ 81,75, enquanto o dos municípios com população acima de 500 mil habitantes foi de R\$ 38,58. Esses resultados corroboram achados de pesquisa anterior, que identificou maior despesa *per capita* em medicamentos em municípios de menor porte populacional (Vieira e Zucchi, 2011).

Isso remete a um fator relevante à eficiência nas aquisições públicas, que é a escala. Municípios menores têm menor poder de negociação de preços nas compras, porque adquirem menores quantidades de medicamentos, e até mesmo estados podem enfrentar desafios a esse respeito. Uma análise das aquisições de medicamentos do grupo 1B do Ceaf reportadas no Banco de Preços em Saúde (BPS) pelos estados permitiu confirmar a existência de uma ampla variabilidade dos preços de aquisição entre eles, demonstrando potencial iniquidade de acesso, com menores preços praticados nos estados com maior população e riqueza (Rossignoli, Pontarolo e Fernandez-Llimos, 2024). Essa desigualdade nos preços praticados reforça os desafios enfrentados por municípios menores, que além de terem recursos financeiros limitados, não possuem a mesma capacidade de barganha nas compras de medicamentos. Essa assimetria pode comprometer a equidade no acesso aos medicamentos essenciais, o que demanda estratégias mais robustas para garantir preços justos e condições equitativas de fornecimento.

As dificuldades no cotidiano da gestão estadual e municipal têm levado os gestores a buscarem alternativas ágeis para a otimização de recursos, incluindo a área de medicamentos. A necessidade de racionalizar os recursos destinados à aquisição desses produtos motiva a busca por mecanismos que possibilitem compras com preços reduzidos, gerando maior nível de eficiência, tais como os consórcios públicos, o compartilhamento das atas de registro de preços e a centralização de compras na secretaria de estado da saúde (Ferraes e Cordoní Júnior, 2007; Amaral e Blatt, 2011; Vieira, 2011; Gonçalves *et al.*, 2020; Conasems, 2022). Um exemplo, neste último caso, é a pactuação na CIB entre o gestor estadual e os gestores municipais para que a contrapartida federal do CBAF seja transferida ao estado, e para que o estado retenha a sua contrapartida, com o objetivo de adquirir os medicamentos e os distribuir ao município. Esse arranjo pode envolver também a transferência da contrapartida municipal ao estado com a mesma finalidade (Machado e Machado, 2023).

A respeito dessas pactuações, verificou-se que a maioria dos municípios participantes da pesquisa tinha acordo com o estado para receber medicamentos como contrapartida estadual do CBAF (59,4%) e que 90% deles recebiam os medicamentos de forma regular. Isso evidencia um uso amplo desse mecanismo, que promove eficiência nas aquisições desses produtos, sobretudo para os municípios de menor porte populacional. Entre os que recebiam a contrapartida estadual em recursos financeiros, a regularidade no recebimento dos repasses foi menor (em 80,5% dos municípios com esse tipo de pactuação) em relação à regularidade de recebimento de medicamentos nos municípios que tinham este tipo de acordo.

Quanto à participação em consórcio público, a presente pesquisa revela que ainda há espaço para a ampliação da utilização desse mecanismo pelos estados e municípios, dado que menos de 40% deles o adotam para a aquisição de medicamentos. Há fortes evidências na literatura de que os consórcios públicos são instrumentos relevantes para a promoção da eficiência nas compras governamentais de bens e serviços (Ferraes e Cordoni Júnior, 2007; Amaral e Blatt, 2011; Gonçalves *et al.*, 2020; Conasems, 2022; Flexa e Barbastefano, 2020). O consorciamento poderia ser mais utilizado, especialmente pelos municípios de pequeno porte populacional.

Outra questão que merece destaque é que o GTM por habitante dos municípios superou em muito o valor da contrapartida municipal (R\$ 2,36), somado à contrapartida estadual (R\$ 2,36) e à máxima contrapartida federal de R\$ 6,05 por habitante/ano entre 2019 e 2023 (Brasil, 2013d). Tomando-se por exemplo os municípios com até 5 mil habitantes, cujo GTM por habitante médio foi de R\$ 81,75 em 2023, isso implica gasto 7,6 vezes maior que as contrapartidas somadas das três esferas de R\$ 10,77. Fatores como preços mais altos pagos nas aquisições dos municípios, especialmente daqueles de menor porte populacional, devem ser considerados, assim como a pressão de maior demanda, tanto a regular, por parte da população, para obtenção dos medicamentos prescritos por profissionais do SUS e do setor de saúde suplementar, quanto pela via judicial.

No caso dos estados, a evolução do GTM por habitante também evidenciou crescimento significativo entre 2019 e 2023, exceto na região Sul, que já tinha patamar mais elevado de gasto em 2019. Ainda assim, o indicador mostra valores *per capita* médios inferiores aos dos municípios por região geográfica. Por exemplo, tomando-se o menor e o maior valor de GTM por habitante, o gasto dos estados variou de R\$ 13,77 na região Norte a R\$ 45,54 na região Sul em 2023. No mesmo ano, o indicador oscilou de R\$ 41,82 nos municípios do Nordeste a R\$ 68,79 nos da região Centro-Oeste. O GTM por habitante dos municípios do Norte foi de R\$ 60,80 e os do Sul de R\$ 59,10. Isso mostra

**TEXTO para DISCUSSÃO**

que os municípios estão executando mais recursos para a aquisição de medicamentos que os estados (de todas as fontes).

Quanto à participação do GTM no gasto total em saúde dos municípios e estados, os resultados demonstram uma participação ainda baixa. Em média, esta é de 3,9% para os municípios e de 3,7% para os estados entre 2019 e 2023. No caso dos estados, em polos opostos, encontram-se os da região Norte e da Sul, com participação média de 1,6% e 7,0%, respectivamente. A título de comparação, segundo a OMS, o gasto em medicamentos como proporção do gasto em saúde em países de baixa e média renda varia, consideravelmente, de 20 a 60%, sendo de 18% nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE (WHO, 2017). No Brasil, embora a participação do gasto total em medicamentos na despesa total em saúde tenha sido de 20,5% em 2019, o mesmo indicador foi de 5,2% quando considerados apenas os gastos do SUS (R\$ 14,3 bilhões em medicamentos e artigos médicos em R\$ 277,4 bilhões de despesas em saúde)<sup>21</sup> – Brasil (2022).

Esse resultado evidencia que, apesar dos esforços realizados por esses entes, ainda é baixo o valor alocado ao financiamento da AF,<sup>22</sup> sendo necessária uma discussão tripartite mais abrangente sobre o tema, dado que os recursos federais mais elevados, excetuando-se os empregados na compra de vacinas e hemoderivados, podem estar altamente concentrados na oferta de tratamentos para doenças raras, que acometem pequena parcela da população, mas, geralmente, com grande impacto orçamentário (INESC, 2022; Brasil e OPAS, 2023). Por exemplo, em 2023, o Ministério da Saúde reportou gasto superior a R\$ 4,0 bilhões para fornecimento de 152 medicamentos empregados no tratamento dessas doenças.<sup>23</sup> Esse montante é três vezes maior que a DRP em medicamentos dos 756 municípios participantes desta pesquisa, com registros consistentes em todos os anos (R\$ 1,3 bilhão), e corresponde a 88,9% da DRP (R\$ 4,5 bilhões) dos dezessete estados que cumpriram esse requisito de consistência dos dados.

No Brasil, o financiamento dos medicamentos é majoritariamente privado. Segundo dados das contas de saúde, 87,7% das despesas com esses produtos foram financiadas diretamente do bolso em 2019 (Brasil, Fiocruz e Ipea, 2022), sendo o governo

21. Neste cálculo, segundo os métodos de contas de saúde, são consideradas apenas as despesas de consumo final, ou seja, com medicamentos que são dispensados às pessoas para autoadministração em seus domicílios.

22. Lembrando que os indicadores de gasto em medicamentos da OMS e das contas de saúde brasileiras levam em consideração o consumo final de medicamentos, enquanto os dados de gasto sob a perspectiva orçamentária adotada nesta pesquisa englobam tanto o consumo final como intermediário de medicamentos.

23. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/maio/ministerio-da-saude-oferece-152-medicamentos-para-tratamento-de-doencas-raras>.

responsável por apenas 6,7% do financiamento das despesas de consumo final de medicamentos em 2021 (IBGE, 2024). Ao se analisarem essas estatísticas, é preciso ponderar que o montante de recursos aportado pelo governo pode adquirir quantidade maior de medicamentos, porque os preços pagos em compras públicas são geralmente menores.<sup>24</sup> Além disso, observe-se que, no SUS, a oferta desses produtos é racionalizada tanto pela existência de listas de medicamentos essenciais quanto pela obrigatoriedade de apresentação da prescrição médica para a sua dispensação. Entretanto, ainda que se considerem essas questões, há inegável evidência de baixa participação do governo no financiamento de medicamentos no Brasil.

O setor público tem papel relevante no acesso a vacinas e a medicamentos para tratamento das doenças crônicas mais prevalentes, como hipertensão e diabetes (Oliveira *et al.*, 2016; Meiners *et al.*, 2017), mas tem menor incidência na garantia de acesso a produtos farmacêuticos para muitas outras doenças com prevalência elevada, como a asma (Tavares *et al.*, 2016; Brasil, 2021a). Com base em dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018, um estudo mostrou que o consumo de medicamentos sem desembolso no país foi de 83,3% para vacinas; 70,3% para oncológicos; 47,9% para diabetes; 35,9% para hipertensão; 29,2% para asma e bronquite; 14% para problemas oftalmológicos; 10,7% para medicamentos para próstata e vias urinárias; 11,6% para problemas ginecológicos; e 9,7% para anticoncepcionais (Moraes *et al.*, 2022).

Outra questão relevante é que os esforços das três esferas de governo de ampliar o acesso da população a medicamentos podem estar sendo limitados pelo número de ações judiciais de medicamentos, que têm se mantido em patamar elevado há muitos anos, envolvendo, em certa medida, produtos não incorporados ao SUS (Vieira, 2020). Nesse caso, parte significativa do gasto estaria ocorrendo para atendimento de pequena parcela da população. Com isso, o aumento da despesa não significaria, necessariamente, expansão de cobertura no acesso a medicamentos pela população.

Para ilustrar, dados das edições 2013 e 2019 da Pesquisa Nacional de Saúde demonstram que não houve avanço no percentual de pessoas que obtiveram todos os medicamentos prescritos no SUS entre esses anos. Esse indicador passou de 22,5% em 2013 para 20,1% em 2019, variando negativamente, mas dentro dos limites do

---

24. No Brasil, segundo as regras da regulação econômica do mercado de medicamentos, a administração pública não pode pagar preços superiores aos preços-fábrica (PF) dos medicamentos nas suas aquisições, enquanto as famílias pagam preços maiores, que são os preços máximos de venda ao consumidor (PMC). Além disso, há uma relação de medicamentos que, para vendas ao setor público, deve-se aplicar um desconto obrigatório sobre o preço-fábrica, gerando-se o preço máximo de venda ao governo (PMVG). Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos>. Acesso em: 9 abr. 2025.

intervalo de confiança de 95%, ou seja, a diferença não foi estatisticamente significativa (Vieira *et al.*, 2023). Vale lembrar que esse período foi marcado por crise política e fiscal, bem como pela implementação do teto de gastos para as despesas primárias da União, o que limitou consideravelmente o orçamento federal do SUS (Ipea, 2019).

É claro que o Programa Farmácia Popular vem contribuindo para a ampliação do acesso a medicamentos, especialmente para o tratamento da hipertensão e da diabetes. Contudo, um de seus possíveis efeitos é o da substituição da fonte de obtenção dos medicamentos. Um estudo baseado na pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) constatou redução da obtenção de anti-hipertensivos por meio das unidades do SUS de 44,2% para 30,5% e aumento da obtenção pelo Farmácia Popular de 16,1% para 29,9%, entre 2011 e 2017, com a introdução da gratuidade no acesso a esses medicamentos do programa (Leitão *et al.*, 2020). Ademais, outra questão a ser considerada são os custos do modelo de provisão de medicamentos. A esse respeito, há estudos indicando que os resultados são desfavoráveis ao Farmácia Popular (Silva e Caetano, 2016; Garcia, Guerra Júnior e Acúrcio, 2017).

Em suma, essas evidências reforçam a necessidade de uma discussão ampla sobre o acesso a medicamentos no SUS e sobre o financiamento desse acesso pelos entes da Federação no país.

Por fim, antes de entrarmos nas considerações finais, é importante mencionar algumas limitações da presente pesquisa. A primeira é que os achados reportados neste texto não podem ser generalizados para todos os municípios e estados do país, dado o viés de autosseleção. Embora todos os entes tenham sido convidados a participar da pesquisa, eles tiveram a opção de recusar o convite. Os entes interessados na participação podem diferir substancialmente dos que não aderiram (Chehuen Neto, 2022). Ademais, como demonstraram os dados comparativos da proporção entre municípios por grupos de porte populacional e entre estados por região do Brasil em relação aos respondentes, alguns grupos e algumas regiões estão sobrerrepresentados ou sub-representados na pesquisa.

A segunda é a coleta de dados retrospectivos. Nessa situação, a qualidade dos dados depende muito dos sistemas existentes para registro e acompanhamento das despesas em cada secretaria de saúde, os quais podem ser mais frágeis nos municípios, como mencionado anteriormente. A terceira limitação diz respeito ao informante-chave, que pode ter sido um profissional com maior ou menor conhecimento sobre o orçamento da saúde e, particularmente, sobre o orçamento de medicamentos. A quarta envolve o estágio da despesa, pois o GTM foi informado no estágio de liquidação e o gasto total em saúde, obtido a partir da tabulação do Siops no Tabnet, está disponível no estágio de

empenho. Caso fosse utilizado o estágio de liquidação do gasto total em saúde, a proporção do GTM nesse gasto total tenderia a ser maior do que a apresentada neste texto.

A quinta é que, no cômputo da participação estadual no GTM dos municípios, consideraram-se os repasses para os municípios com pactuação para recebimento da transferência monetária. Não se computou a contrapartida do estado feita em medicamentos. Como a perspectiva foi identificar de onde vem os recursos que financiaram o GTM dos municípios, não se pode tirar conclusões sobre a participação dos estados e da União no financiamento dos medicamentos pelas três esferas de governo. Por fim, a sexta limitação é a de que parte dos municípios e estados, que repassam recursos para OSS para aquisição de medicamentos, não incluiu o valor repassado no GTM informado. Isso faz com que o GTM esteja subestimado nesses casos.

Contudo, ainda que não se possa generalizar os resultados desta pesquisa para o país, eles têm validade interna e se referem a uma amostra não desprezível de municípios (14%, 756 de 5.568), e a uma amostra expressiva de estados (63%, 17 de 27). Os achados nos dão pistas sobre o que está ocorrendo com o gasto em medicamentos nos entes subnacionais e ajudam a levantar hipóteses que podem ser investigadas em estudos representativos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou o gasto em medicamentos de estados e municípios participantes da Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS, realizada a partir de uma cooperação entre o Ipea, o Conasems e o Conass. Ele teve por perspectiva o ente federado que executa as despesas, ou seja, a soma de todas as despesas executadas pelos municípios e estados, o que corresponde às despesas registradas em qualquer modalidade de aplicação (aplicação direta, transferência ao estado, transferência a municípios, transferência a consórcios ou transferência a instituições privadas sem fins lucrativos), independentemente da fonte de recursos que as financiaram, constituindo o GTM de cada ente.

A partir das informações sobre o repasse federal e das estimativas de repasse estadual, foi possível estimar a DRP dos entes e, conseqüentemente, a participação de cada esfera de governo no gasto realizado pelo conjunto de municípios e estados participantes da pesquisa e com dados consistentes entre 2019 e 2023. Sob essa perspectiva, os resultados revelam redução da participação federal e estadual no GTM dos municípios, com crescimento da DRP nesses entes. Também mostram que houve ampliação do esforço estadual no financiamento de medicamentos, com oscilação da participação federal nesse período, a qual se reduziu nos anos da pandemia da covid-19 (2020 e 2021), mas aumentou nos anos subsequentes.

Os resultados desta pesquisa sugerem uma focalização do esforço federativo no financiamento de medicamentos no SUS, baseada nos componentes da AF. Observou-se, de um lado, os municípios sendo os principais financiadores do CBAF e, por outro lado, os estados focados no cofinanciamento do grupo 1B do Ceaf com a União, haja vista o fato de que, mesmo se a majoração da contrapartida estadual para o CBAF tivesse sido expressiva (o dobro do valor mínimo por habitante estabelecido), os estados não atingiriam um terço do GTM informado por eles. Como o gasto federal aumentou no período da pesquisa, sendo reportada uma despesa empenhada no valor de R\$ 13,5 bilhões apenas com o Ceaf, e de R\$ 3,0 bilhões com o Programa Farmácia Popular do Brasil, em 2023 (Brasil, 2013b; 2025), tem-se uma evidência da focalização do gasto federal em medicamentos usados no tratamento de doenças, com alto impacto orçamentário para o sistema de saúde, e na oferta de medicamentos, que também constam da Rename, em sua maioria por meio de estabelecimentos farmacêuticos privados do Farmácia Popular (Yamauti, Barberato-Filho e Lopes, 2015).

Em síntese, os resultados desta pesquisa sinalizam para a necessidade de rediscussão do financiamento da assistência farmacêutica e do gerenciamento da aquisição de medicamentos pelas três esferas de governo no SUS, considerando que: i) esse acesso ainda se dá, majoritariamente, por financiamento direto do bolso (Brasil, Fiocruz e Ipea, 2022); ii) ele tem onerado as famílias de menor renda (Boing *et al.*, 2014; Garcia *et al.*, 2013; Santos *et al.*, 2024); iii) são baixas as coberturas por meio do SUS (Vieira *et al.*, 2023) e sem desembolso para várias classes terapêuticas (Moraes *et al.*, 2022); iv) há focalização do financiamento por esfera de governo, como demonstrado nesta pesquisa, e elevados gastos federais concentrados em medicamentos para doenças menos prevalentes; v) há maior dificuldade de ampliação do gasto, especialmente por parte dos municípios, dado que suas aplicações mínimas em saúde têm sido 7,7 pontos percentuais, em média, mais altas que o piso obrigatório de 15% dos seus recursos próprios (Brasil, 2021b); e vi) o gasto por habitante mais elevado em municípios com até 5 mil habitantes é um indicativo de preços mais altos nas compras públicas, em virtude do menor poder de negociação pela escala reduzida de aquisição.

É importante mencionar que, diante da importância da correta classificação contábil dos gastos em medicamentos no orçamento público brasileiro, fica evidente que esse processo é fundamental não somente para o acompanhamento da execução orçamentária, assim como para assegurar a correta aferição dos respectivos gastos e o planejamento das políticas de assistência farmacêutica no Brasil.

Nesse contexto, é relevante destacar que as perspectivas em torno da obtenção de dados de despesa em medicamentos por meio do Siops nos próximos anos são promissoras, em virtude do empenho da equipe gestora do sistema no Ministério da

Saúde e da retomada da Câmara Técnica de Orientação e Avaliação desse sistema (CT-Siops). Em abril de 2025, o Ministério da Saúde publicou portaria com o objetivo de instituir a Rede de Economia e Desenvolvimento em Saúde (Rede Ecos), que tem na sua composição esta câmara técnica (CIT, 2025; Brasil, 2025). Na versão atual, foi mantida entre as competências da CT-Siops a proposição de ações para o aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta de informações e de mecanismos que assegurem a qualidade das informações produzidas a partir desse sistema (Brasil, 2013b). Com a sua retomada, ações de capacitação dos técnicos dos municípios e estados poderão ser propostas, em um esforço conjunto das três esferas de governo sob a liderança do Ministério da Saúde, do Conasems e do Conass.

Como esta pesquisa permite concluir, é importante investir em capacitação dos trabalhadores do SUS em temas relacionados ao planejamento e à gestão orçamentária e financeira, conforme as especificidades de cada esfera de governo. Não apenas para aqueles que lidam com o orçamento, mas também para os que atuam diretamente na implementação de políticas públicas, entre elas, a de assistência farmacêutica. É importante que os coordenadores nessa área tenham maior domínio sobre esses temas, o que contribuirá para o aperfeiçoamento da gestão da assistência farmacêutica em todo o país.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, S. M. S. do; BLATT, C. R. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 799-801, ago. 2011.

BOING, A. *et al.* Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, Brasil, v. 48, n. 5, p. 797-807, 2014.

BRASIL. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 mar. 1964.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 182, p. 1, 20 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999 (atualizada). Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do § 1º do art. 2º e § 2º do art. 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 abr. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: economia da saúde**. 3. ed. Brasília: MS, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Série Ecos, Economia da Saúde para a Gestão do SUS, eixo 2). v. 1.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013c.

BRASIL. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 jul. 2013d.

BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**, 24 maio 2016.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2017.

BRASIL. Portaria nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de recomendação: protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da asma**. Brasília: MS, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gastos públicos em saúde. **Boletim Economia da Saúde**, n. 1, p. 1-6, jun. 2021b.

BRASIL. **Perguntas e respostas frequentes**: repasse de recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Brasília: MS, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de gestão 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**: Rename 2024. Brasília: MS, 2024a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.728, de 14 de abril de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Economia e Desenvolvimento em Saúde – Rede Ecos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 abr. 2025.

BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. **Manual Técnico de Orçamento**: MTO 2024. 7. ed. Brasília: Ministério do Planejamento e Orçamento, 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde; FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional**: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019. Brasília: Ipea, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Gasto federal com aquisição dos itens pertencentes a classe 6505 do Catmat por componente da assistência farmacêutica no ano de 2022**. Brasília: MS; OPAS, 2023.

CHEHUEN NETO, J. A. (Org.). **Metodologia, modelos e estatística aplicados à pesquisa científica na área da saúde**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2022.

CIT – COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Minuta de portaria que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Economia e Desenvolvimento em Saúde – Rede Ecos**. Brasília: CIT, 2025.

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Diagnóstico da assistência farmacêutica na atenção básica**: análise da relação municipal de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica e processos de aquisição praticados pelos municípios brasileiros em 2018 – caracterização dos municípios participantes, caderno 1. Brasília: Conasems, 2022.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS).

EC – EUROPEAN COMMISSION *et al.* **System of National Accounts 2008**. Nova York: United Nations, 2009.

FALEIROS, D. R. *et al.* Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 14s, 2017.

FARIAS, A. M. L. de. **Estatística descritiva**. Rio de Janeiro: UFF, 2020.

FERRAES, A. M. B.; CORDONI JÚNIOR, L. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 475-486, maio-jun. 2007.

FLEXA, R. G. C.; BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 325-338, jan. 2020.

GARCIA, L. P. *et al.* Gastos com saúde das famílias brasileiras: um recorte regional a partir das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. *In*: BOUERI, R.; COSTA, M. A. (Org.). **Brasil em desenvolvimento 2013**: estado, planejamento e políticas públicas. v. 3. Brasília: Ipea, 2013. p. 859-876.

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

GIACOMONI, J. **Orçamento governamental**: teoria, sistema, processo. São Paulo: Atlas, 2019.

GOIÁS. **Estudo sobre as despesas com assessoria contábil e jurídica dos municípios goianos e seu reflexo na despesa total de pessoal**: referente ao 3º quadrimestre de 2018. Goiânia: TCMGO, 2019.

GONÇALVES, L. M. M. *et al.* Eficiência na aquisição de medicamentos através de consórcios intermunicipais de saúde. **RAHIS, Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 85-94, abr.-jun. 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde: Brasil 2010-2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. (Informativo Contas Nacionais, n. 97).

INESC – INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Orçamento temático de acesso a medicamentos (OTMED) 2021**. Brasília: INESC, nov. 2022.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Saúde. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, n. 26, p. 85-128, 2019.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Saúde. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, n. 31, 2024.

LEITÃO, V. B. G. *et al.* Prevalência de uso e fontes de obtenção de medicamentos anti-hipertensivos no Brasil: análise do inquérito telefônico Vigitel. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1-14, 2020.

MACHADO, R. M. da C.; MACHADO, J. A. Coordenação e cooperação para a provisão da assistência farmacêutica básica nos estados brasileiros. *In*: PALOTTI, P. *et al.* (Org.). **E os Estados?** Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Ipea, 2023. p. 355-386.

MEINERS, M. M. M. de A. *et al.* Acesso e adesão a medicamentos entre pessoas com diabetes no Brasil: evidências da PNAUM. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 3, p. 445-459, jul.-set. 2017.

MORAES, R. M. de. *et al.* Cobertura de políticas públicas e acesso a medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, n. 58, p. 1-13, 2022.

NORA, L. C. D. *et al.* Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 278-286, 2019.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT; EUROS-TAT; WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A System of Health Accounts 2011**: revised edition. Paris: OECD Publishing, 2017.

OLIVEIRA, F. A. **Economia e política das finanças públicas no Brasil**: um guia de leitura. São Paulo: Hucitec; 2009.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, 2016.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **As funções essenciais de saúde pública nas Américas**: uma renovação para o século 21 – marco conceitual e descrição. Washington: OPAS, 2021.

REZENDE, J. B. **Administração pública em municípios de pequeno porte do Sul de Minas Gerais**: velhas questões, modernas leis e práticas patrimonialistas. 2011. 243 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2011.

ROSSIGNOLI, P.; PONTAROLO, R.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. Variabilidade de preços de aquisição de medicamentos do grupo 1B do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 1-13, 2024.

SANTOS, P. H. A. *et al.* Gastos catastróficos em saúde incorridos pelas famílias nos anos de 2003, 2009 e 2018 no Distrito Federal: evolução e composição. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, p. 1-16, 2024.

SERVO, L. M. S. *et al.* Gasto público de média complexidade nas regiões de saúde: proposta de metodologia e análise dos resultados. *In*: SOUSA, M. H. L.; SILVA, M. G. C. (Org.). **Temas de economia da saúde V**: contribuição para a gestão do SUS. Fortaleza: EdUECE; 2020. p. 22-48.

SILVA, K. S. B. E. *et al.* Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 373-382, fev. 2010.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Custos da assistência farmacêutica pública frente ao Programa Farmácia Popular. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 74, p. 1-11, 2016.

SILVA, W. R. O. *et al.* O financiamento dos medicamentos nos municípios do Brasil: de quem é a responsabilidade? **Revista de Saúde Pública**, v. 58, p. 1-12, 2024.

SOUZA, A. de; ANDRADE, M. V. Financiamento público da saúde nos municípios brasileiros: análise da qualidade dos registros declarados ao Siops de 2002 a 2014 para a atenção básica. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 56, p. 251-282, out.-dez. 2020.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, p. 1-10, 2016.

VIEIRA, F. S. **Direito à saúde no Brasil**: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. Brasília: Ipea, mar. 2020. (Texto para Discussão, n. 2547).

VIEIRA, F. S. **Modelos de organização da assistência farmacêutica na atenção ambulatorial**: uma análise comparada. Rio de Janeiro: Ipea, fev. 2022. (Texto para Discussão, n. 2734).

VIEIRA, F. S. *et al.* **Beneficiômetro da seguridade social**: a relevância do Sistema Único de Saúde para a população brasileira. Brasília: Ipea, out. 2023. (Texto para Discussão, n. 2935).

VIEIRA, F. S. **Gasto público em medicamentos no Brasil**: análise da completude dos registros de despesa dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no Siops. Brasília: Ipea, nov. 2024. (Nota Técnica Disoc, n. 115).

VIEIRA, F. S.; SANTOS, M. A. B. dos. **O setor farmacêutico no Brasil sob as lentes da conta-satélite de saúde**. Brasília: Ipea, nov. 2020. (Texto para Discussão, n. 2615).

VIEIRA, S. **Bioestatística**: tópicos avançados. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 906-913, out. 2011.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Access to medicines**: making market forces serve the poor. Genebra: WHO, 2017.

YAMAUTI, S. M.; BARBERATO-FILHO, S.; LOPES, L. C. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 8, p. 1648-1662, ago. 2015.

## APÊNDICE A

## TAXA DE RESPOSTA DA PESQUISA

TABELA A.1

Taxa de resposta da pesquisa entre municípios segundo Unidades Federativas (2024)

UF	Respondentes	Total de municípios	Taxa de resposta (%)
AC	7	22	31,8
AL	72	102	70,6
AM	43	62	69,4
AP	2	16	12,5
BA	158	417	37,9
CE	58	184	31,5
ES	55	78	70,5
GO	107	246	43,5
MA	68	217	31,3
MG	236	853	27,7
MS	40	79	50,6
MT	17	141	12,1
PA	25	144	17,4
PB	122	223	54,7
PE	27	184	14,7
PI	64	224	28,6
PR	193	399	48,4
RJ	30	92	32,6
RN	19	167	11,4
RO	39	52	75,0
RR	1	15	6,7
RS	4	497	0,8
SC	204	295	69,2
SE	55	75	73,3
SP	136	645	21,1
TO	83	139	59,7
<b>Total</b>	<b>1.865</b>	<b>5.568</b>	<b>33,5</b>

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).

**TABELA A.2**

**Taxa de resposta da pesquisa entre estados, incluindo o Distrito Federal, segundo regiões geográficas (2024)**

Regiões geográficas	Respondentes	Total de unidades	Taxa de resposta
Centro-Oeste	4	4	100,0
Nordeste	8	9	88,9
Norte	6	7	85,7
Sudeste	4	4	100,0
Sul	3	3	100,0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>92,6</b>

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).

## APÊNDICE B

## POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

TABELA B.1

População dos municípios participantes da pesquisa, com informação de gasto total em medicamentos consistente<sup>1</sup> a cada ano, segundo grupos de porte populacional (2019-2023)

Grupos de porte populacional	2019 (n = 926)	2020 (n = 955)	2021 (n = 1.000)	2022 (n = 1.000)	2023 (n = 1.009)
Grupo I – até 5.000	543.660	559.581	576.257	545.612	510.486
Grupo II – de 5.001 a 10.000	1.325.414	1.351.461	1.449.760	1.403.078	1.448.581
Grupo III – de 10.001 a 20.000	3.367.504	3.512.783	3.656.437	3.560.627	3.686.601
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	6.780.644	7.214.320	7.696.780	7.290.338	7.269.643
Grupo V – de 50.001 a 100.000	4.860.322	4.926.099	5.277.170	5.526.041	5.472.268
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	15.502.693	15.798.161	16.388.044	16.100.030	16.667.996
Grupo VII – acima de 500.000	16.367.232	16.518.956	16.666.694	15.914.761	15.414.390
<b>Total</b>	<b>48.747.469</b>	<b>49.881.361</b>	<b>51.711.142</b>	<b>50.340.487</b>	<b>50.469.965</b>

Fontes: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); para a população dos municípios, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, arquivos de repasse (disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>).

Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.

TABELA B.2

População dos municípios participantes da pesquisa, com informação de gasto total em medicamentos e de despesa com recursos próprios consistente<sup>1</sup> a cada ano, segundo grupos de porte populacional (2019-2023)

Grupos de porte populacional	2019 (n = 875)	2020 (n = 913)	2021 (n = 961)	2022 (n = 980)	2023 (n = 981)
Grupo I – até 5.000	520.099	527.896	555.333	538.612	503.241
Grupo II – de 5.001 a 10.000	1.278.942	1.329.390	1.399.169	1.403.078	1.414.093
Grupo III – de 10.001 a 20.000	3.151.717	3.354.902	3.545.917	3.476.752	3.593.816
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	6.386.562	6.871.097	7.375.974	7.087.149	7.048.351
Grupo V – de 50.001 a 100.000	4.703.381	4.738.584	4.918.433	5.257.020	5.472.268

(Continua)

(Continuação)

Grupos de porte populacional	2019 (n = 875)	2020 (n = 913)	2021 (n = 961)	2022 (n = 980)	2023 (n = 981)
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	14.204.636	14.535.416	15.162.807	15.443.758	15.134.012
Grupo VII – acima de 500.000	8.722.004	11.412.678	16.666.694	15.914.761	15.414.390
<b>Total</b>	<b>38.967.341</b>	<b>42.769.963</b>	<b>49.624.327</b>	<b>49.121.130</b>	<b>48.580.171</b>

Fontes: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); para a população dos municípios, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, arquivos de repasse (disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>).

Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos e da despesa com recursos próprios estão descritos na seção de métodos deste texto.

### TABELA B.3

**População dos municípios participantes da pesquisa, com informação de gasto em medicamentos consistente<sup>1</sup> nos cinco anos analisados (n = 756), segundo grupos de porte populacional (2019-2023)**

Grupos de porte populacional	2019	2020	2021	2022	2023
Grupo I – até 5.000	419.136	419.665	420.113	407.942	402.809
Grupo II – de 5.001 a 10.000	1.091.221	1.092.712	1.094.587	1.070.874	1.063.754
Grupo III – de 10.001 a 20.000	2.782.477	2.794.496	2.805.545	2.693.523	2.675.326
Grupo IV – de 20.001 a 50.000	5.781.784	5.829.047	5.875.223	5.726.324	5.659.933
Grupo V – de 50.001 a 100.000	3.986.604	4.026.799	4.066.030	4.052.962	4.043.801
Grupo VI – de 100.001 a 500.000	12.201.976	12.346.602	12.486.858	12.567.220	12.291.238
Grupo VII – acima de 500.000	8.722.004	8.799.144	8.874.132	8.771.945	8.556.548
<b>Total</b>	<b>34.985.202</b>	<b>35.308.465</b>	<b>35.622.488</b>	<b>35.290.790</b>	<b>34.693.409</b>

Fontes: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); para a população dos municípios, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, arquivos de repasse (disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>).

Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos e da despesa com recursos próprios estão descritos na seção de métodos deste texto.

## APÊNDICE C

## POPULAÇÃO DOS ESTADOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

TABELA C.1

População dos estados participantes da pesquisa com informação de gasto total em medicamentos consistente<sup>1</sup> a cada ano, segundo regiões geográficas (2019-2023)

Regiões geográficas	2019 (n = 21)	2020 (n = 18)	2021 (n = 20)	2022 (n = 19)	2023 (n = 20)
Centro-Oeste	16.297.074	13.449.154	13.613.011	13.472.157	16.289.538
Nordeste	51.435.601	51.703.878	55.329.368	49.319.934	49.320.828
Norte	11.867.786	11.381.675	11.499.278	10.338.928	11.168.052
Sudeste	88.371.433	89.012.240	89.632.912	84.840.113	84.840.113
Sul	22.811.196	11.516.840	23.064.114	22.327.345	11.444.380
<b>Total</b>	<b>190.783.090</b>	<b>177.063.787</b>	<b>193.138.683</b>	<b>180.298.477</b>	<b>173.062.911</b>

Fontes: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); para a população estimada para o TCU (2019-2021, 2023) e do Censo (2022), IBGE (disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>).

Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.

TABELA C.2

População dos estados participantes da pesquisa com informação de gasto total em medicamentos consistente<sup>1</sup> nos cinco anos analisados (n = 17), segundo regiões geográficas (2019-2023)

Regiões geográficas	2019	2020	2021	2022	2023
Centro-Oeste	13.281.806	13.449.154	13.613.011	13.472.157	13.472.157
Nordeste	51.435.601	51.703.878	51.964.017	49.319.934	49.320.828
Norte	10.380.090	10.487.205	10.592.402	9.702.221	9.701.327
Sudeste	88.371.433	89.012.240	89.632.912	84.840.113	84.840.113
Sul	11.433.957	11.516.840	11.597.484	11.444.380	11.444.380
<b>Total</b>	<b>174.902.887</b>	<b>176.169.317</b>	<b>177.399.826</b>	<b>168.778.805</b>	<b>168.778.805</b>

Fontes: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); para a população estimada para o TCU (2019-2021, 2023) e do Censo (2022), IBGE (disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>).

Elaboração dos autores.

Nota: <sup>1</sup> Os procedimentos para verificação da consistência do gasto total em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.

## **Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

### **EDITORIAL**

#### **Coordenação**

Aeromilson Trajano de Mesquita

#### **Assistentes da Coordenação**

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

#### **Supervisão**

Alice Souza Lopes

Everson da Silva Moura

#### **Revisão**

Amanda Ramos Marques Honorio

Cláudio Passos de Oliveira

Denise Pimenta de Oliveira

Emilly Dias de Matos

Gisela Carneiro de Magalhães Ferreira

Letycia Luiza de Souza

Lucas Sales Lyra

Nayane Santos Rodrigues

Olavo Mesquita de Carvalho

Reginaldo da Silva Domingos

Susana Sousa Brito

Yally Schayany Tavares Teixeira

Jennyfer Alves de Carvalho (estagiária)

Katarinne Fabrizzi Maciel do Couto (estagiária)

#### **Editoração**

Anderson Silva Reis

Augusto Lopes dos Santos Borges

Cristiano Ferreira de Araújo

Daniel Alves Tavares

Danielle de Oliveira Ayres

Leonardo Hideki Higa

#### **Capa**

Aline Cristine Torres da Silva Martins

#### **Projeto Gráfico**

Aline Cristine Torres da Silva Martins

*The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.*

#### **Ipea – Brasília**

Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Bloco C

Centro Empresarial Brasília 50, Torre B

CEP: 70390-025, Asa Sul, Brasília-DF

**Missão do Ipea**  
Qualificar a tomada de decisão do Estado e o debate público.

**ipea** Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO  
PLANEJAMENTO  
E ORÇAMENTO

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO