

PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS: UMA SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS PARA GESTORES DE SAÚDE (2019-2023)

PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS: UMA SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS PARA GESTORES DE SAÚDE (2019-2023)

© 2025 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Brasília, maio de 2025.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P474 Pesquisa assistência farmacêutica no SUS [livro eletrônico] : uma síntese dos principais resultados para gestores de saúde / Fabiola Sulpino Vieira... [et al.]. – Brasília, DF: CONASS, 2025. 72 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88631-44-7

1. Sistema Único de Saúde – Brasil. 2. Assistência farmacêutica. 3. Saúde pública. I. Vieira, Fabiola Sulpino. II. Chaves, Elton da Silva. III. Costa, Karen Sarmento. IV. Bernarde, Heber Dobis. V. Bernardes, Liliane Cristina Gonçalves. VI. Cavalcanti, Filipe Matheus Silva. VII. Pereira, Blenda Leite Saturnino.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS: UMA SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS PARA GESTORES DE SAÚDE (2019-2023)

Fabiola Sulpino Vieira
Elton da Silva Chaves
Karen Sarmento Costa
Heber Dobis Bernarde
Liliane Cristina Gonçalves Bernardes
Filipe Matheus Silva Cavalcanti
Blenda Leite Saturnino Pereira

APRESENTAÇÃO	11
1. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	13
1.1. O que é Assistência Farmacêutica?	13
1.2. Por que a Assistência Farmacêutica é um campo relevante de atuação do SUS?	14
1.3. Como a Assistência Farmacêutica é financiada no SUS?	15
2. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS	19
2.1. Em que consiste a Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS?	19
2.2. Quais os seus objetivos?	19
2.3. Como foi realizada?	20
2.4. Como os dados sobre gastos em medicamentos foram tratados?	20
2.5. Quais aspectos da ética em pesquisa foram observados?	21
3. PRINCIPAIS RESULTADOS DA PESQUISA	23
3.1. Municípios e estados participantes (inclui o Distrito Federal)	23
3.2. Pactuação municipal na CIB sobre a contrapartida estadual do CBAF	27
3.3. Majoração da contrapartida do CBAF pelos estados	31
3.4. Coparticipação dos estados no financiamento do Grupo 1B do Ceaf	32
3.5. Fornecimento de medicamentos adquiridos por Organização da Sociedade Civil	34
3.6. Fornecimento de medicamentos adquiridos por consórcio público	36

3.7. Registro das despesas com medicamentos no orçamento	38
3.8. Uso do Siops para informar despesas com medicamentos	40
3.9. Fornecimento de medicamentos judicializados	42
3.10. Fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS por via administrativa	45
3.11. Fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa e <i>off label</i> pela via judicial	47
3.12. Gasto em medicamentos	49
4. CONTRIBUIÇÃO DA PESQUISA PARA O APERFEIÇOAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS	61
REFERÊNCIAS	67
SOBRE OS AUTORES	71

LISTA DE SIGLAS

ACT	Acordo de Cooperação Técnica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DRP	Despesa com Recursos Próprios
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RESME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

Este documento apresenta aos gestores e às gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) uma síntese dos resultados da Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS. Essa pesquisa foi realizada com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre os gastos em medicamentos dos municípios, dos estados e do Distrito Federal, incluindo aqueles decorrentes de demandas judiciais.

Para o seu desenvolvimento, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) firmaram um Acordo de Cooperação Técnica (ACT), bem como contaram com a fundamental parceria do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

Os resultados dessa pesquisa são apresentados, de forma detalhada, em duas publicações editadas pelo Ipea:

- Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS: uma análise do gasto em medicamentos de estados e municípios participantes (2019-2023) – Texto para Discussão; e
- Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS: gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023) – Texto para Discussão.

Neste documento que ora apresentamos, “Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS: uma síntese dos principais resultados para gestores de saúde (2019-2023)”, os gestores e as gestoras do SUS encontram um resumo dos resultados mais relevantes dessa pesquisa.

Os achados 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, na perspectiva do aprimoramento dessa área, a fim de assegurar o direito de acesso igualitário e integral a medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos a todas as pessoas que deles necessitem no Brasil.

Esperamos que este esforço coletivo promova uma discussão tripartite, com a participação de outros atores relevantes nesse processo, sobre o aperfeiçoamento da assistência farmacêutica no SUS.

1. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

1.1. O QUE É ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA?

A Assistência Farmacêutica (AF), também chamada de serviços farmacêuticos, engloba atividades destinadas a promover, proteger e recuperar a saúde individual e da população por meio do acesso e do uso racional de medicamentos. Esse conjunto de atividades – que inclui a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, além do acompanhamento e da avaliação da utilização dos medicamentos – exige a integração de ações no âmbito do sistema de saúde e a implementação de políticas governamentais mais amplas (Brasil, 2004; Conasems, 2022; Vieira, 2022).

Os medicamentos são reconhecidos mundialmente como tecnologias que salvam vidas e que melhoram a saúde individual e coletiva, pois a maioria das causas de desconforto, incapacidade e morte prematura pode ser prevenida, tratada ou aliviada com o uso desses produtos (MSH, 2012). Por isso, o acesso a medicamentos essenciais é considerado um componente basilar do direito de cada indivíduo de obter o mais alto nível de saúde possível e, portanto, um direito humano fundamental (UN, 2009).

Medicamentos Essenciais

São medicamentos que satisfazem as necessidades prioritárias de saúde da população e que são selecionados considerando sua relevância para a saúde pública e evidências sobre sua eficácia, segurança e custo-efetividade.

Uso Racional de Medicamentos

O uso racional de medicamentos ocorre quando os pacientes recebem o medicamento apropriado para sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as suas necessidades individuais, por um período adequado, e ao menor custo para eles e sua comunidade.

Para saber mais, consulte os documentos:

World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components. Geneva: WHO, 2002.

World Health Organization. The selection and use of essential medicines. Geneva: WHO, 2003. (Technical Report Series, n. 914).

1.2. POR QUE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA É UM CAMPO RELEVANTE DE ATUAÇÃO DO SUS?

A AF é um campo estratégico do SUS, essencial para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Ao articular o acesso a medicamentos com a promoção do uso racional, a AF contribui para a integralidade do cuidado em saúde, fortalecendo as ações de promoção, prevenção e tratamento no âmbito do SUS. Além do seu papel no cuidado em saúde, a AF fortalece a sustentabilidade do sistema de saúde, amplia

a capacidade de resposta do SUS às necessidades da população e fomenta políticas públicas voltadas à inovação, à regulação sanitária e ao fortalecimento do setor farmacêutico nacional.

1.3. COMO A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA É FINANCIADA NO SUS?

A AF é financiada pela União, os estados, o Distrito Federal e os municípios no SUS. Na atenção ambulatorial, o financiamento da AF está organizado em três componentes, sendo eles (Brasil, 2017):

- **Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)**, relacionado com medicamentos e insumos voltados principalmente para o tratamento dos problemas de saúde sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2023b), previstos nos Anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (Brasil, 2024). O financiamento é de responsabilidade tripartite (dos entes das três esferas de governo) enquanto a aquisição está concentrada nos municípios, mas podendo ser feita por qualquer um dos entes, a depender de pactuações na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para compra pelos estados ou na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para aquisição pelo Ministério da Saúde. Com relação ao financiamento, foram estabelecidas as seguintes responsabilidades dos entes:
 - União: realiza repasses financeiros com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e população da localidade, com valores *per capita* variando de R\$ 7,20 para localidades com IDHM muito baixo a R\$ 8,05 com IDHM muito alto.
 - Estados: devem aplicar, ao menos, R\$ 2,36 por habitante/ano.
 - Municípios: devem aplicar, no mínimo, R\$ 2,36 por habitante/ano.

- Distrito Federal: deve aplicar, pelo menos, o somatório do valor estabelecido para estados e municípios.

- **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf),** para o financiamento de ações de AF relacionadas com programas de saúde estratégicos. Inclui o financiamento e a aquisição, por parte do Ministério da Saúde (Brasil, 2011), de medicamentos e insumos para controle de endemias (como tuberculose, hanseníase, malária e outras doenças), antirretrovirais, hemoderivados, imunobiológicos e para o tratamento de hepatites virais.

- **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf),** destinado, de modo geral, ao tratamento de doenças raras e/ou crônicas e que envolvem altos custos. Os medicamentos estão divididos em três grupos, sendo:

- Grupo 1: relacionado com os medicamentos de financiamento exclusivo do Ministério da Saúde. Subdivido em:
 - » Grupo 1A, em que a aquisição também está centrada no Ministério da Saúde, mas o armazenamento, a distribuição e a dispensação são de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES); e
 - » Grupo 1B, em que a aquisição e as demais etapas posteriores são de responsabilidade das SES com recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde.
- Grupo 2: medicamentos cujo financiamento e demais etapas posteriores são de responsabilidade das SES.
- Grupo 3: medicamentos cuja responsabilidade de aquisição e demais etapas posteriores são de responsabilidade das SES e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) conforme regras do CBAF.

Na atenção hospitalar, as SES e as SMS financiam e adquirem medicamentos que são administrados aos pacientes nas dependências dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão direta, como hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A participação do Ministério da Saúde no financiamento desses medicamentos ocorre por meio de repasses baseados nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e de Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (Apac-Onco), que consideram, além dos serviços prestados, os medicamentos que são administrados aos pacientes no atendimento realizado (Vieira; Zucchi, 2013).

2. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

2.1. EM QUE CONSISTE A PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS?

A Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS consistiu em um levantamento de abrangência nacional, de caráter descritivo e com abordagem retrospectiva, acerca do gasto em medicamentos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no período de 2019 a 2023. A pesquisa surgiu da necessidade de enfrentar a falta de dados públicos completos no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) sobre os gastos em medicamentos das três esferas de governo, o que dificulta a análise do financiamento da AF no SUS.

O estudo foi realizado a partir da celebração de um ACT entre o Ipea e o Conasems¹, e contou, além disso, com a colaboração do Conass.

2.2. QUAIS OS SEUS OBJETIVOS?

Os objetivos da Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS são:

- analisar os gastos em medicamentos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no período de 2019 a 2023, incluindo os gastos decorrentes de ações judiciais de medicamentos; e
- discutir o modelo de financiamento da AF no SUS.

2.3. COMO FOI REALIZADA?

A pesquisa foi realizada em duas etapas²:

- i. coleta da anuência do gestor de saúde e indicação do informante-chave para responder à pesquisa; e
- ii. preenchimento do questionário eletrônico no software LimeSurvey, garantindo segurança e confidencialidade dos dados.

Foram convidados a participar: os 26 estados, o Distrito Federal e os 5.568 municípios, com apoio institucional do Ipea, do Conasems e do Conass. A coleta de dados ocorreu entre maio e setembro de 2024, com ampla divulgação por parte das instituições realizadoras e suporte técnico aos participantes.

2.4. COMO OS DADOS SOBRE GASTOS EM MEDICAMENTOS FORAM TRATADOS?

Os dados obtidos no questionário foram exportados para um banco de dados e analisados por meio da construção de gráficos e tabelas descritivas. Foram eliminados os casos de duplicidade, mantendo-se sempre a resposta mais recente.

No que concerne ao gasto total em medicamentos, o banco de dados passou pelas seguintes fases de tratamento:

- Eliminação de *outliers*³ de cada ano de análise, que foi feita considerando a participação do gasto de medicamentos na despesa total em saúde informada pelo ente no Siops e o gasto *per capita* em medicamentos.
- Identificação dos estados e dos municípios com valores consistentes para todos os anos analisados (2019 a 2023).

² Para mais detalhes sobre o desenvolvimento da pesquisa, consulte: VIEIRA, F. S. et al. Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS: uma análise do gasto em medicamentos de estados e municípios participantes (2019-2023). Brasília, DF: Ipea, 2025. (Texto para Discussão).

³ *Outliers* são valores que se diferenciam drasticamente dos demais em um conjunto de dados.

Quanto ao gasto em medicamentos judicializados, foram realizados os seguintes tratamentos adicionais:

- Eliminação dos *outliers* de cada ano de análise em relação à participação do gasto em medicamentos judicializados no gasto total em medicamentos e à participação do gasto em medicamentos judicializados na Despesa com Recursos Próprios (DRP) em medicamentos.
- Identificação dos estados e dos municípios com valores consistentes para todos os anos analisados (2019 a 2023).

Esses procedimentos foram necessários para aumentar a confiabilidade dos resultados ainda que possam ter excluído valores extremos reais. Informações mais detalhadas acerca da metodologia podem ser encontradas nas publicações:

- Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS: uma análise do gasto em medicamentos de estados e municípios participantes (2019-2023) (Vieira *et al.*, 2025b).
- Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS: gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023) (Vieira *et al.*, 2025a).

Todos os resultados foram calculados de maneira agregada, preservando a confidencialidade dos estados e dos municípios participantes da pesquisa.

2.5. QUAIS ASPECTOS DA ÉTICA EM PESQUISA FORAM OBSERVADOS?

A pesquisa seguiu as diretrizes das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e nº 510/2016, referentes à ética em pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil, obteve o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAEE) nº 77218623.4.0000.5553 e foi aprovado 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 (Parecer nº 6.701.494, de 14 de março de 2024).

3. PRINCIPAIS RESULTADOS DA PESQUISA

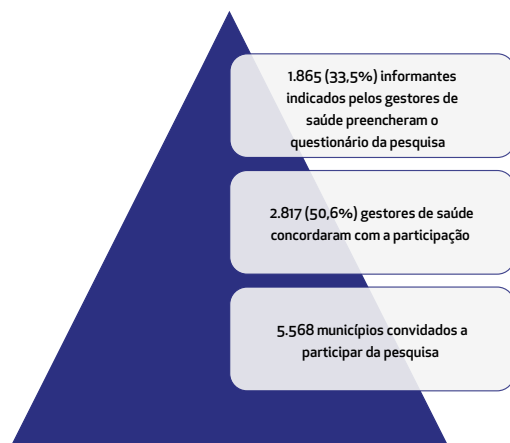
Nesta seção, apresenta-se uma síntese dos principais resultados da Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS. Informações mais detalhadas podem ser consultadas nos textos para discussão publicados pelo Ipea e mencionados na seção anterior.

3.1. MUNICÍPIOS E ESTADOS PARTICIPANTES (INCLUI O DISTRITO FEDERAL)

Conforme demonstrado na Figura 1, dos 5.568 municípios convidados para a pesquisa, 50,6% (2.817) formalizaram a adesão mediante a assinatura do termo de anuência e indicação do informante-chave. Entre os 2.817, 66,2% municípios concluíram o preenchimento do questionário (1.865). Assim, a taxa efetiva de resposta da pesquisa foi de 33,5% (1.865 de 5.568 municípios).

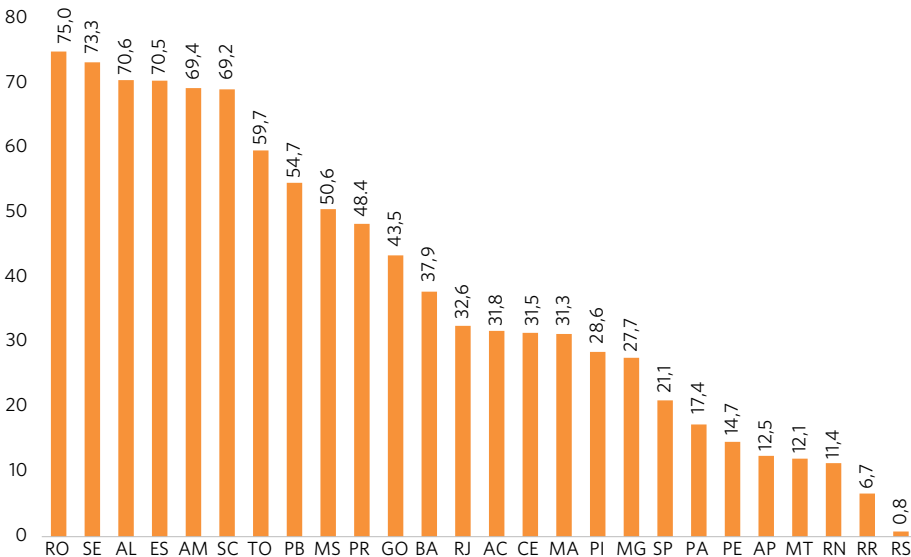
A diferença entre a anuência dos gestores e das gestoras e a taxa efetiva de resposta pode ter sido parcialmente influenciada pelo contexto eleitoral nos municípios, bem como pela realização simultânea de outras pesquisas conduzidas pelo Ministério da Saúde no período de coleta. Além disso, o perfil do informante-chave também pode ter impactado esse resultado, uma vez que o nível de inserção desse profissional na secretaria de saúde afeta tanto o acesso às informações sobre despesas com medicamentos quanto o grau de engajamento com a pesquisa.

FIGURA 1. Participação dos municípios na pesquisa



O Gráfico 1 apresenta a taxa de resposta dos municípios por Unidade Federativa. Com exceção do Rio Grande do Sul – cuja calamidade pública provocada pelas enchentes entre o final de abril e início de maio de 2024 comprometeu a participação –, essa taxa variou de 6,7% em Roraima a 75% em Rondônia. É importante considerar que, em estados com menor número de municípios, como Rondônia, a comunicação local e a mobilização para a participação na pesquisa são operacionalmente mais viáveis, o que pode explicar a maior taxa de adesão.

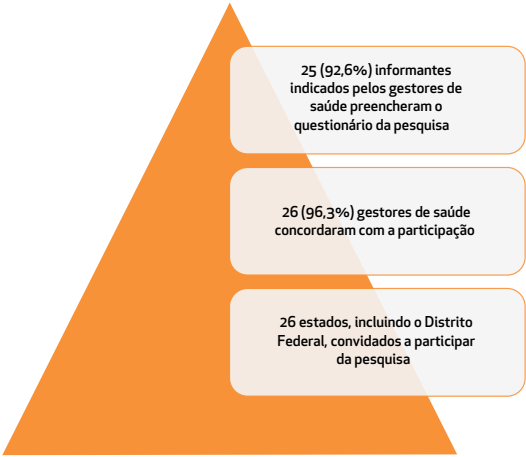
GRÁFICO 1. Taxa de resposta dos municípios por Unidade Federativa (n = 1.865)



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024.

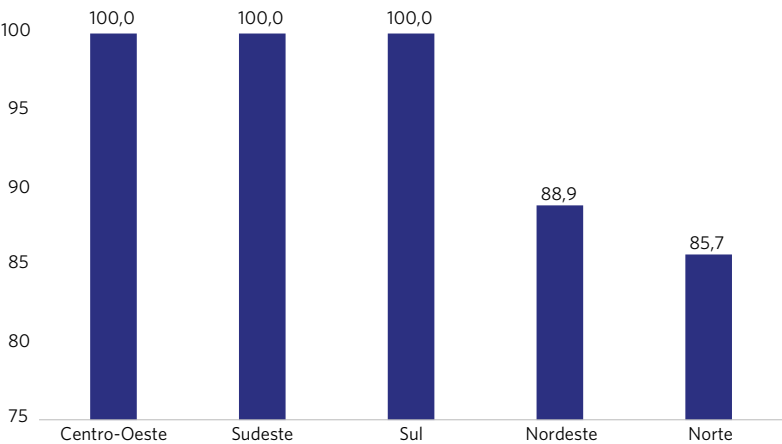
Quanto à participação dos estados, apresentada na Figura 2, nota-se uma elevada taxa de adesão à pesquisa – com 96,3% (26) dos gestores e das gestoras estaduais de saúde concordando em participar e 92,6% (25) concluindo o preenchimento do questionário –, o que pode ser atribuído, em parte, à menor complexidade no processo de comunicação e mobilização local, decorrente do número reduzido de atores informantes, quando comparado com as 5.568 SMS.

FIGURA 2. Participação dos estados na pesquisa



A taxa de resposta dos estados por região geográfica (Gráfico 2) indica que as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul atingiram 100% de respostas das SES enquanto as regiões Nordeste (88,9%) e Norte (85,7%) apresentaram taxas inferiores.

GRÁFICO 2. Taxa de resposta dos estados por região geográfica (n = 25)



3.2. PACTUAÇÃO MUNICIPAL NA CIB SOBRE A CONTRAPARTIDA ESTADUAL DO CBAF

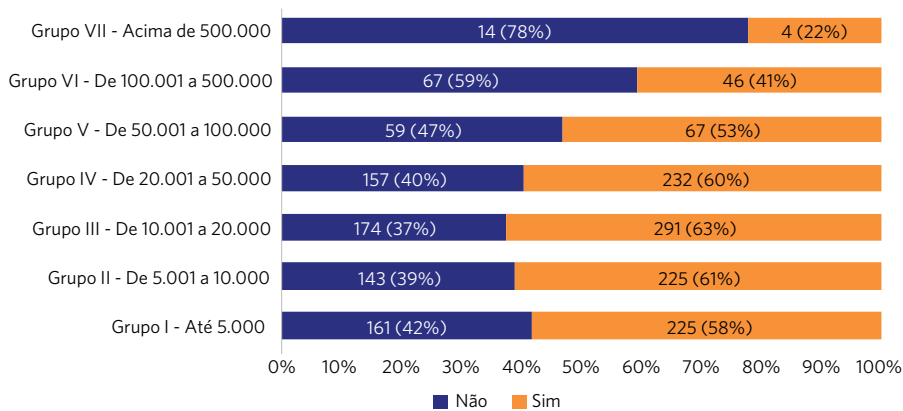
A regulamentação do CBAF prevê que a definição da forma de repasse da contrapartida estadual deve ser pactuada no âmbito da CIB, podendo ocorrer por meio de transferência fundo a fundo ou por aquisição direta de medicamentos e insumos pelas SES (Brasil, 2023).

Entre os municípios participantes do estudo, observa-se, no Gráfico 3, maior adesão à pactuação na CIB para o recebimento da contrapartida estadual em medicamentos nos municípios de menor porte populacional – especialmente aqueles com até 50 mil habitantes (Grupos I a IV), cujas taxas de adesão variaram de 58% a 63%. Essa tendência pode ser atribuída à maior dependência técnica e financeira desses municípios em relação às instâncias estaduais, dado que, em geral, esses municípios possuem maiores dificuldades logísticas e orçamentárias.

A centralização total ou parcial das compras com recursos federais e estaduais nas SES tem se mostrado uma estratégia bastante utilizada para garantir ganho de escala, padronização e mais eficiência na aquisição pública de medicamentos. Além disso, possibilita o acesso direto a fornecedores, sobretudo aos fabricantes, algo mais difícil de alcançar quando os recursos permanecem pulverizados entre os municípios (Silva; Lamb; Grochocki, 2022).

Por outro lado, os municípios de médio e grande porte (Grupo V a VII) apresentam uma diminuição nas taxas de adesão ao recebimento em medicamentos conforme o aumento do porte, variando de 53% (para municípios de 50.001 com até 100 mil habitantes) a 22% (para municípios acima de 500 mil habitantes), o que pode ser explicado pela maior autonomia administrativa e financeira desses municípios.

GRÁFICO 3. Municípios com pactuação na CIB para receber a contrapartida estadual do CBAF em medicamentos por grupos de porte populacional em 2024 (n = 1.865)



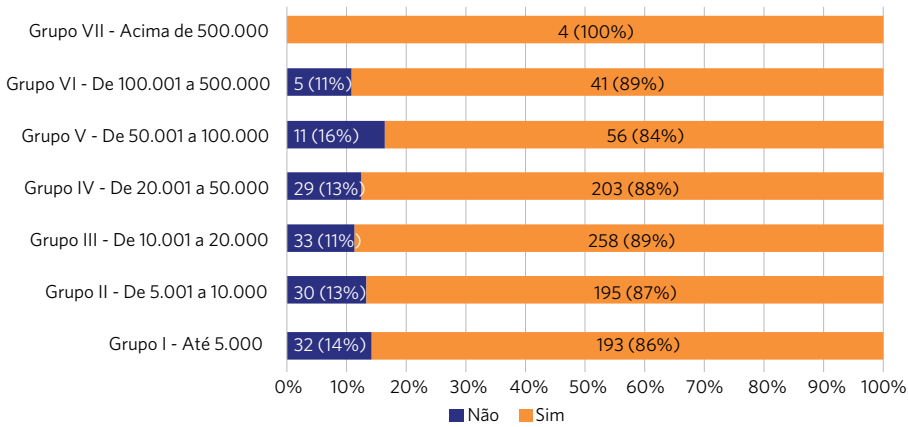
FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NO SUS 2024.

A regularidade no recebimento de medicamentos da contrapartida estadual do CBAF foi considerada elevada entre os municípios participantes da pesquisa (Gráfico 4). No grupo dos municípios de menor porte populacional, os percentuais variaram de 86% (municípios com até 5 mil habitantes) a 88% (municípios entre 20.001 e 50 mil habitantes). Apesar dessa alta proporção, nota-se ainda que há uma parcela relevante de municípios que afirmaram não receber os medicamentos entregues pelas SES de forma regular, especialmente aqueles de menor porte (14% dos municípios até 5 mil habitantes e 13% daqueles entre 5 e 10 mil). Tal situação pode comprometer o acesso contínuo de medicamentos pelos usuários, ocasionando descontinuidade nos tratamentos, com impactos no controle das condições de saúde e na confiança dos usuários no SUS.

Os resultados reforçam a importância de aperfeiçoar as pactuações federativas no campo da AF, especialmente no que se refere às responsabilidades executivas e ao financiamento da AF na APS. O fortalecimento desses espaços é essencial para qualificar a gestão da

política, aprimorar as instâncias de negociação intergestores e avançar em estratégias que assegurem o abastecimento regular de medicamentos nas farmácias públicas (Conta *et al.*, 2017; Faleiros *et al.*, 2017).

GRÁFICO 4. Municípios segundo a regularidade do recebimento de medicamentos da contrapartida estadual do CBAF por grupos de porte populacional em 2024 (n = 1.090)



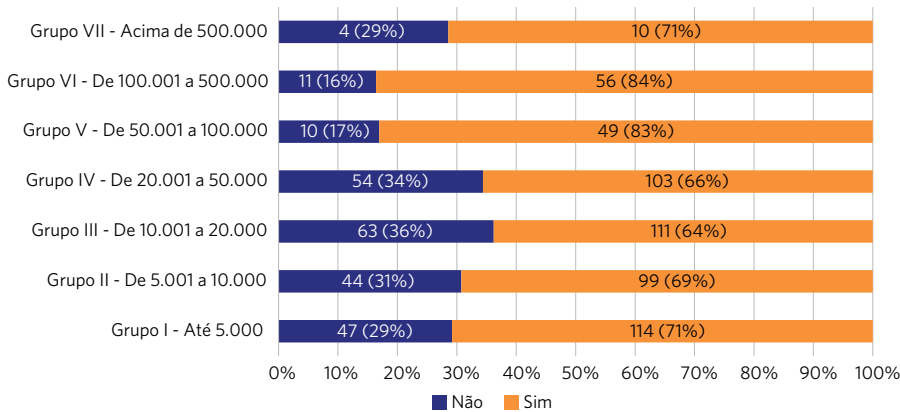
FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024. O GRÁFICO CONSIDERA APENAS OS MUNICÍPIOS QUE DECLARARAM RECEBER A CONTRAPARTIDA ESTADUAL DO CBAF EM MEDICAMENTOS.

Quanto ao recebimento de recursos financeiros da contrapartida estadual do CBAF, os resultados da pesquisa indicam que, de modo geral, a maioria dos municípios recebe os repasses regularmente, independentemente do seu porte populacional (Gráfico 5). Ainda assim, observam-se percentuais de regularidade mais baixos entre os municípios de menor porte, como aqueles entre 10.001 e 20 mil habitantes, em que 64% (n = 111) declararam receber os repasses de forma regular. Em linhas gerais, municípios menores tendem a apresentar maior dependência dos repasses estaduais por terem menor capacidade financeira, o que os torna mais suscetíveis a impactos negativos na garantia do acesso aos medicamentos à população por eventuais atrasos nessas transferências.

Já os municípios maiores, embora em número absoluto menos representados na amostra, indicaram maiores percentuais de regularidade do recebimento dos repasses, o que pode sugerir maior capacidade de articulação e negociação na gestão estadual de saúde, além de estruturas técnicas mais robustas.

Esse cenário reforça a importância de fortalecer mecanismos de governança federativa, indo além da pactuação formal, com incorporação de mecanismos de monitoramento contínuo da execução dos recursos e da entrega regular e transparente dos medicamentos nos municípios. É fundamental a adoção de estratégias de mitigação de eventuais falhas nesse processo, de modo a assegurar a efetividade da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a continuidade do cuidado farmacêutico e a garantia da integralidade e da resolutividade do atendimento no SUS.

GRÁFICO 5. **Municípios segundo a regularidade do recebimento dos repasses da contrapartida estadual do CBAF por grupos de porte populacional em 2024 (n = 775)**



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024. O GRÁFICO CONSIDERA APENAS OS MUNICÍPIOS QUE DECLARARAM RECEBER A CONTRAPARTIDA ESTADUAL DO CBAF EM REPASSES FINANCEIROS.

3.3. MAJORAÇÃO DA CONTRAPARTIDA DO CBAF PELOS ESTADOS

O Gráfico 6 apresenta o número de estados participantes da pesquisa, por região geográfica, que majoraram (aumentaram) ou não a contrapartida estadual do CBAF. Os dados evidenciam disparidades regionais expressivas nas decisões dos estados em ampliar o financiamento da AF no âmbito do CBAF. Os menores percentuais de majoração foram observados nas regiões Nordeste, com apenas 25% dos estados ($n = 2$), e Norte, com 33% ($n = 2$). Em contraste, as maiores proporções ocorreram nas regiões Sul, com 67% dos estados ($n = 2$); Centro-Oeste, com 75% dos estados ($n = 3$); e Sudeste, onde 100% dos estados ($n = 4$) informaram ter majorado a contrapartida.

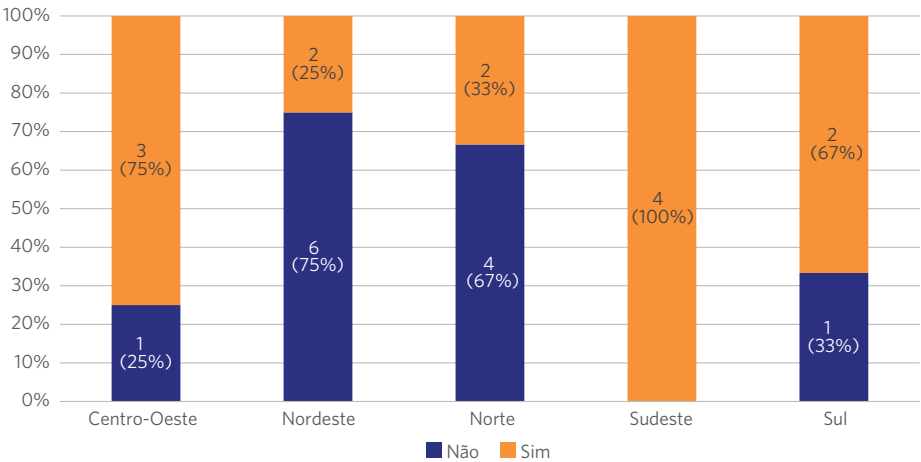
A majoração da contrapartida estadual, ainda que prevista no âmbito do pacto federativo do CBAF, pode refletir diferentes contextos entre os estados, como as prioridades de gestão, a disponibilidade orçamentária e o grau de compromisso com o fortalecimento da AF nos territórios.

Os menores percentuais de majoração observados nas regiões Nordeste e Norte, historicamente marcadas por acentuadas desigualdades regionais, podem indicar limitações fiscais e dificuldades em ampliar despesas próprias, mesmo diante das necessidades dos usuários do SUS e da importância do acesso regular a medicamentos na APS. Por outro lado, os percentuais mais elevados de majoração nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul podem estar relacionados com a maior capacidade de arrecadação desses estados e, consequentemente, a possibilidade de ampliar sua contrapartida ao CBAF. Destaca-se, em particular, o fato de todos os estados da região Sudeste terem majorado a contrapartida, o que é relevante diante do peso econômico e populacional da região no país.

As disparidades regionais identificadas sinalizam a necessidade de estratégias mais coordenadas entre os entes federativos – inclusive

no âmbito da CIT – com protagonismo da União na indução de ações que contribuam para a redução das desigualdades e o fortalecimento da PNAF em todo o Brasil.

GRÁFICO 6. Estados segundo a majoração da contrapartida estadual do CBAF por região geográfica (n = 25)



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024.

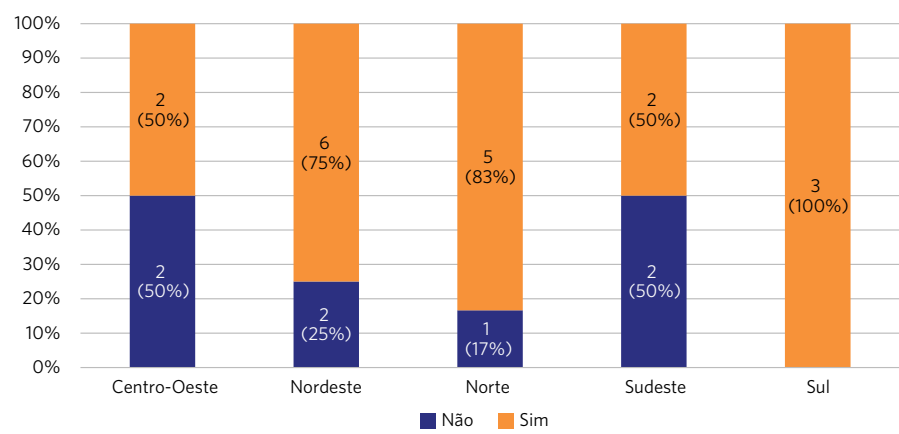
3.4. COPARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS NO FINANCIAMENTO DO GRUPO 1B DO CEAf

No que se refere ao Ceaf – Grupo 1B, a aquisição e as demais etapas logísticas são de responsabilidade das SES, com cofinanciamento proveniente de repasses do Ministério da Saúde (ressarcimento). Esse ressarcimento federal tem como base a emissão e a aprovação de Autorização de Procedimento Ambulatorial (Apac), vinculada à efetiva dispensação do medicamento (Brasil, 2017). Na pesquisa, foi questionado às SES se há participação estadual no financiamento desse grupo de medicamentos.

Os resultados indicam uma heterogeneidade regional na complementação com recursos próprios, por parte dos estados, do repasse federal destinado à aquisição de medicamentos do Grupo 1B. A maioria dos estados (72%; n = 18) declarou realizar alocação adicional de recursos, indicando insuficiência do financiamento federal e preços de aquisição mais altos que os valores de referência definidos pelo Ministério da Saúde (Rossignoli; Pontarolo; Fernandez-Llimos, 2024).

No Gráfico 7, são apresentados os resultados por região. Na região Sul, todos os estados relataram alocar recursos adicionais, o que pode estar relacionado com a maior capacidade de financiamento próprio, a elevada demanda por esses medicamentos e, consequentemente, a uma gestão e organização mais estruturada para garantir o acesso a esses medicamentos. Na região Sudeste, verifica-se que metade dos estados realizou a complementação, e a outra não, mesmo sendo a região com maior capacidade econômica do país. A mesma taxa foi observada para a região Centro-Oeste. Por sua vez, as regiões Norte e Nordeste apresentaram taxas superiores, de 83% e 75%, respectivamente, o que pode indicar preços mais elevados de compra em relação aos preços pagos pelos estados das demais regiões. Como as cadeias farmacêuticas de suprimentos estão sediadas no eixo centro-sul do país, é possível que haja um custo adicional de logística, repassado aos consumidores das regiões Norte e Nordeste, o que faz com que os preços dos medicamentos sejam maiores nessas regiões. Além disso, outros fatores estruturais podem contribuir para o aumento dos preços e acentuar as disparidades regionais na necessidade de ampliação dos repasses federais, tais como a carga tributária, a capacidade de pagamento nos orçamentos locais e a escala das compras.

GRÁFICO 7. Estados segundo a alocação adicional de recursos ao repasse federal para aquisição de medicamentos do grupo 1B do Ceaf por região geográfica (n = 25)



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NO SUS 2024.

3.5. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS POR ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

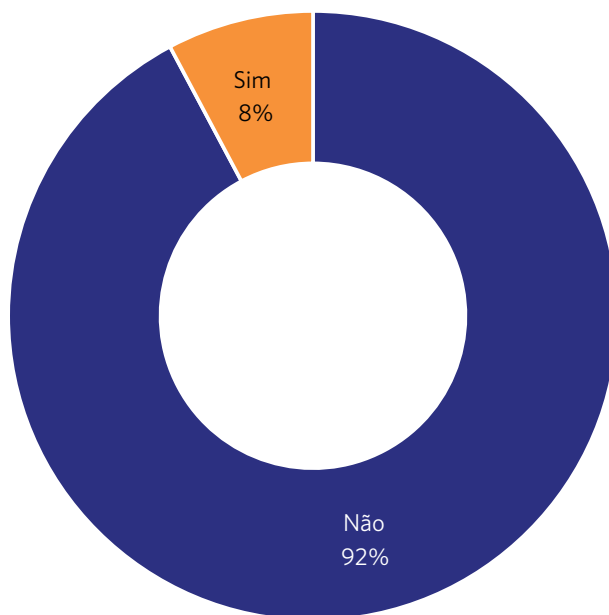
As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são entidades privadas sem fins lucrativos que atuam em áreas como ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico, meio ambiente, cultura e saúde. Regulamentadas pela Lei nº 9.637/1998, recebem do Poder Público o título de Organização Social para firmar contratos de gestão destinados à execução continuada de atividades de interesse público. Ao serem qualificadas como OSS, essas entidades passam a usufruir de benefícios como isenções fiscais, acesso a recursos públicos e a possibilidade de estabelecer parcerias diretas com o Estado (Brasil, 1998).

A utilização de OSS para aquisição de medicamentos é uma estratégia adotada em algumas localidades no âmbito do SUS, prática que pode refletir as alternativas identificadas por gestores e gestoras para suprir demandas de medicamentos, seja por questões operacionais, administrativas ou financeiras. Embora seja uma alternativa para

garantir o acesso a medicamentos, é fundamental que haja integração da AF, nesses casos, às demais políticas de saúde e à gestão do SUS, a fim de assegurar a integralidade do cuidado prestado aos usuários. Esse é um ponto de atenção importante para os profissionais municipais e estaduais do SUS.

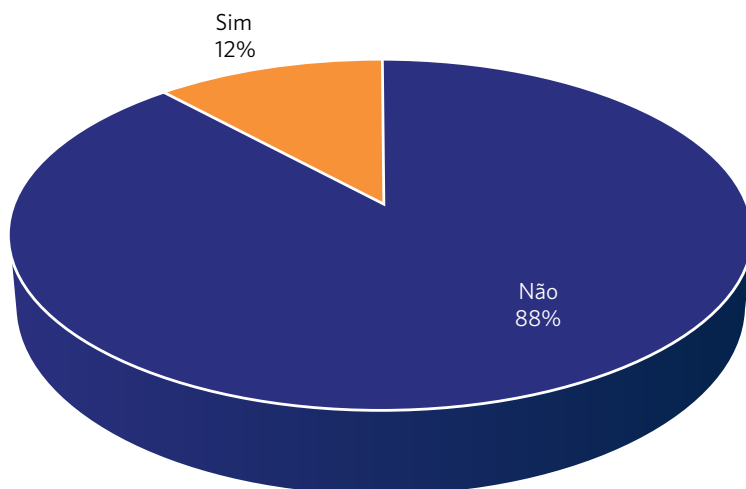
No Gráfico 8, são apresentados os resultados referentes aos municípios que realizam a dispensação de medicamentos adquiridos diretamente pelas OSS. De acordo com os dados levantados, observa-se que 8% (n = 145) dos municípios informaram adotar essa forma de aquisição. Esse resultado indica que, embora essa prática exista, ela ainda representa um percentual relativamente pequeno comparado ao conjunto de municípios analisados, sugerindo que a compra direta por OSS ainda é uma estratégia pontual.

GRÁFICO 8. **Municípios com dispensação à população de medicamentos adquiridos diretamente por OSS (n = 1.865)**



O Gráfico 9 apresenta os resultados relacionados com as SES que realizaram aquisições de medicamentos por meio das OSS. Conforme os dados, 12% das SES (n = 3) relataram adotar essa prática, o que evidencia que, embora presente, essa modalidade de aquisição ainda é pouco utilizada no âmbito estadual.

GRÁFICO 9. Estados com dispensação de medicamentos adquiridos diretamente OSS (n = 25)



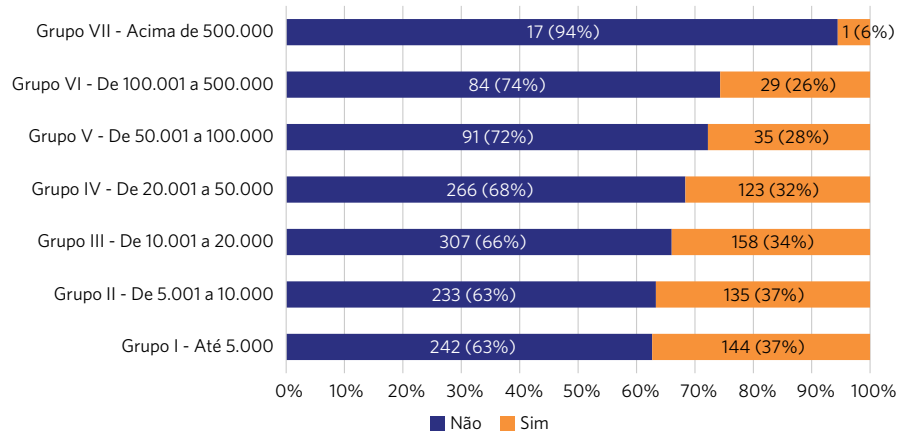
FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NO SUS 2024.

3.6. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS POR CONSÓRCIO PÚBLICO

Na AF, também tem se observado o uso de consórcios públicos para aquisição de medicamentos. Nessa situação, recursos municipais e/ou estaduais são transferidos diretamente ao consórcio, que adquire e distribui os medicamentos aos seus integrantes (Vieira, 2024). Diante disso, essa pesquisa buscou averiguar a prática de consorciamento entre estados e municípios para a aquisição de medicamentos.

Como ilustrado no Gráfico 10, observa-se uma relação inversa entre o porte populacional do município e o uso dessa estratégia. Enquanto 37% dos municípios com menos de 5 mil habitantes relataram a dispensação de medicamentos adquiridos via consórcio, esse percentual cai para apenas 6% entre os municípios com mais de 500 mil habitantes. Esse padrão pode refletir o fato de que municípios maiores contam com maior capacidade de compra direta e negociação com fornecedores, devido à escala, enquanto municípios menores podem enfrentar mais dificuldades para recorrer a essas estratégias.

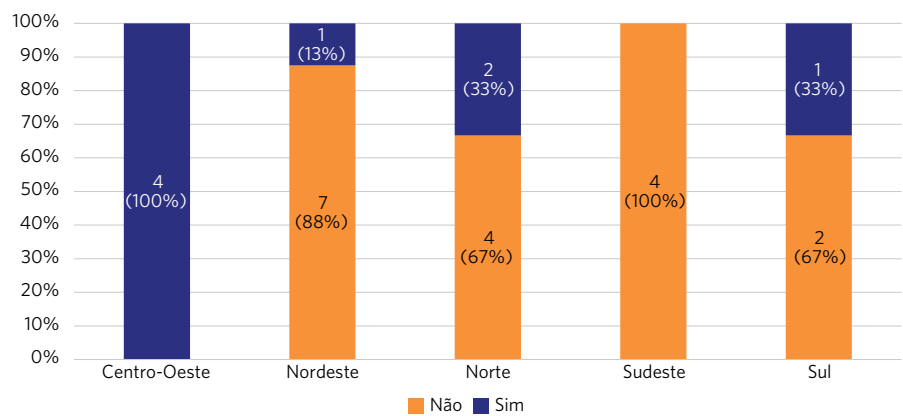
GRÁFICO 10. Municípios com dispensação de medicamentos adquiridos por consórcio público segundo grupos de porte populacional (n = 1.865)



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NO SUS (2024).

Com relação aos estados, 8 deles afirmaram fornecer medicamentos por meio da aquisição em consórcios. O Gráfico 11 mostra a variação regional das respostas. Enquanto todos os estados do Centro-Oeste declararam utilizar essa estratégia, nenhum da região Sudeste reportou recorrer a esse mecanismo. Na região Nordeste, o uso esteve presente em 13% dos estados respondentes, enquanto nas regiões Norte e Sul essa proporção foi de 33%.

GRÁFICO 11. Estados com dispensação de medicamentos adquiridos por consórcio público segundo regiões geográficas (n = 25)



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NO SUS 2024.

3.7. REGISTRO DAS DESPESAS COM MEDICAMENTOS NO ORÇAMENTO

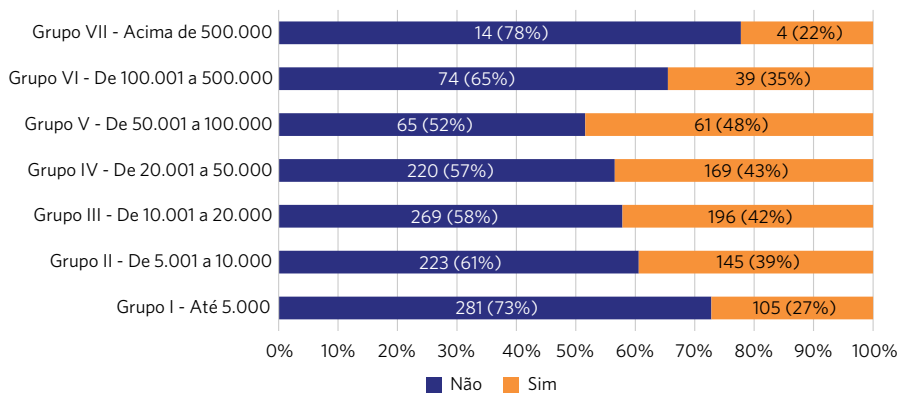
Com relação ao registro de despesas com medicamentos no orçamento municipal e estadual, a pesquisa investigou se ele é feito de forma separada para os gastos com consumo final e com consumo intermediário de medicamentos. Essa separação é importante para a elaboração de estatísticas de gasto em medicamentos no Brasil, com o uso dos métodos padronizados internacionalmente (Brasil, 2022; IBGE, 2024).

As despesas de consumo final de medicamentos do governo consideram apenas os gastos em medicamentos que são utilizados pelas pessoas em seus domicílios, ou seja, os produtos que as pessoas obtêm do SUS para uso em suas casas; enquanto as despesas de consumo intermediário de medicamentos do governo englobam gastos em medicamentos aplicados às pessoas nas unidades de saúde, durante o atendimento prestado (Vieira; Santos, 2020). Ou seja, no primeiro caso,

na contabilidade pública, os medicamentos deveriam ser registrados no elemento de despesa 32 (Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita), e no segundo caso, no elemento 30 (Material de Consumo) (Vieira, 2024).

Como se pode observar no Gráfico 12, menos da metade dos municípios (n = 719, 39%) realiza a separação dessas despesas no orçamento, com grande variação entre os grupos por porte populacional. Neste gráfico, é interessante notar que os menores percentuais de separação são de municípios com até 5 mil habitantes (73%) e daqueles acima de 500 mil habitantes (78%).

GRÁFICO 12. **Municípios segundo o registro separado das despesas com consumo de medicamentos, final (medicamentos dispensados para uso em casa pelos usuários) e intermediário (medicamentos administrados aos usuários nas unidades de saúde) (n = 1.865)**

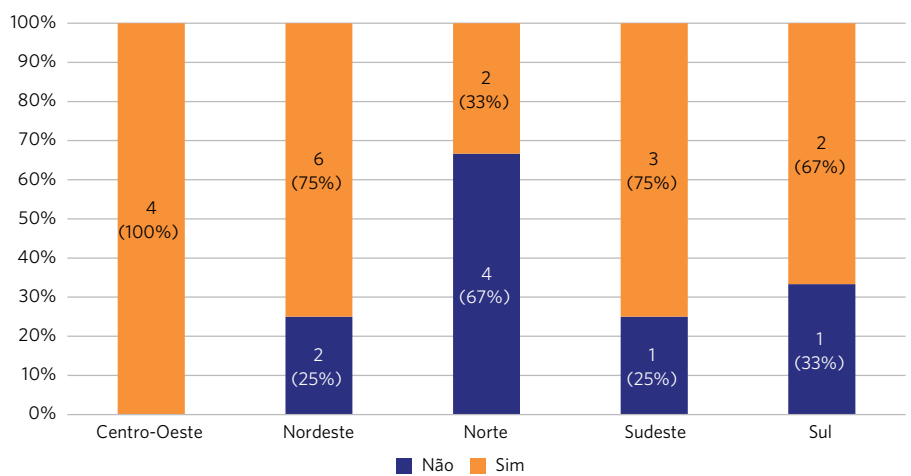


FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024.

Entre os estados, ao contrário dos municípios, a maioria (n = 17, 68%) faz essa separação, o que é esperado, dado que as SES, no geral, possuem estrutura administrativa mais robusta para gestão orçamentária e financeira. De todo modo, como a informação mais detalhada é importante para a produção de estatísticas de saúde, e oito

estados não a fazem, faz-se necessário amplo esforço de capacitação dos técnicos, não apenas dos municípios, mas também dos estados, para a elaboração do orçamento e o registro adequados das despesas com medicamentos em seus sistemas orçamentário-financeiros.

GRÁFICO 13. Estados segundo o registro separado das despesas com consumo de medicamentos, final (medicamentos dispensados para uso em casa pelos usuários) e intermediário (medicamentos administrados aos usuários nas unidades de saúde) (n = 25)



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NO SUS 2024.

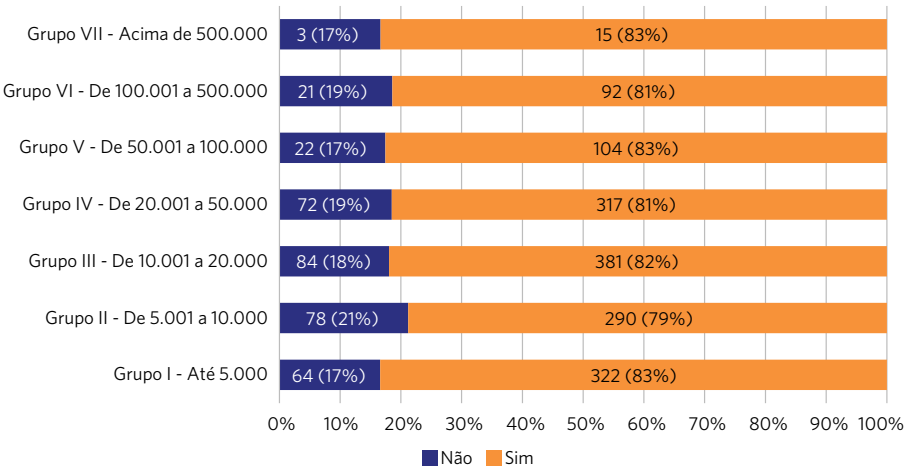
3.8. USO DO SIOPS PARA INFORMAR DESPESAS COM MEDICAMENTOS

O Siops foi criado em 2000 para acompanhar o cumprimento das aplicações mínimas em saúde pelos estados, Distrito Federal e municípios (Teixeira; Teixeira, 2003). Ao longo do tempo, o sistema passou por aprimoramentos e foi reconhecido como uma fonte relevante de dados sobre os gastos em saúde realizados pelos entes subnacionais (Feliciano *et al.*, 2019; Medeiros *et al.*, 2014). A partir de 2012,

tornou-se obrigatória a declaração das despesas em saúde dos entes federativos das três esferas de governo nesse sistema, atribuindo-se a essas informações fé pública para todos os efeitos legais (Brasil, 2012).

No contexto desta pesquisa, analisou-se a utilização do Siops para o registro das despesas com medicamentos. Verificou-se que 82% dos municípios respondentes declararam utilizar o sistema para esse fim. Conforme demonstrado no Gráfico 14, esse percentual se manteve relativamente estável entre os diferentes portes populacionais.

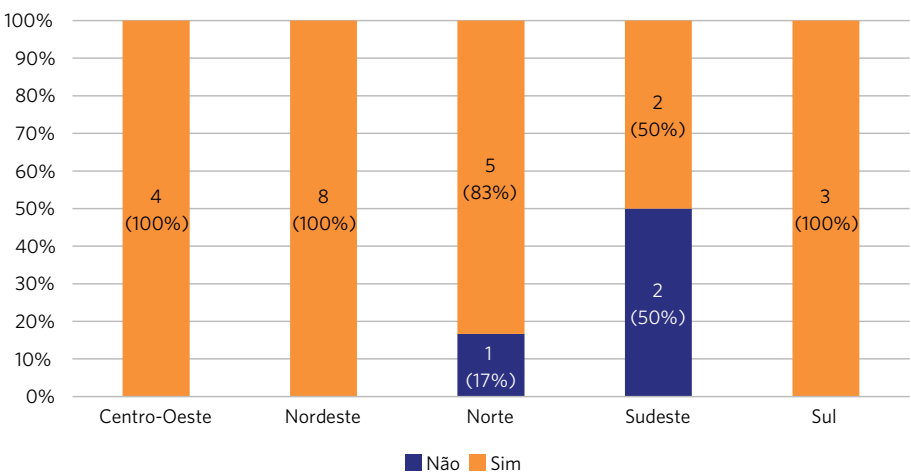
GRÁFICO 14. **Municípios segundo o uso do Siops para registro de despesa com medicamentos (n = 1.865)**



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NO SUS 2024.

Com relação aos estados participantes, 88% (n = 22) declararam utilizar o Siops para o registro da despesa com medicamentos. Conforme demonstrado no Gráfico 15, esse percentual foi de 100% para as regiões Sul, Nordeste e Centro-Oeste. Na região Norte, um estado declarou não utilizar, enquanto na região Sudeste, dois estados deram a mesma resposta.

GRÁFICO 15. Estados segundo o uso do Siops para registro de despesa com medicamentos (n = 25)



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024.

Ainda que o percentual de municípios e estados que reportaram utilizar o Siops para informar despesa com medicamentos tenha sido alto, ainda há lacunas no registro de toda a despesa realizada com esses produtos, como demonstrou um estudo recente (Vieira, 2024). Além disso, parte dos entes informou não utilizar o sistema para essa finalidade. Isso revela a necessidade de oferta de capacitação para técnicos dos estados e dos municípios, reforçando a importância do registro das despesas com saúde de forma desagregada no Siops, não apenas da informação agregada das despesas totais com saúde e das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

3.9. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS JUDICIALIZADOS

No âmbito do SUS, observou-se um crescimento significativo das demandas judiciais nas últimas décadas. Um estudo que analisou o período de 2008 e 2017 identificou um aumento de 130% no número de ações judiciais relacionadas com a saúde nesse intervalo (Insper, 2019). Além

disso, estimativas apontam que, até o final de 2018, havia mais de 2,2 milhões de processos acumulados envolvendo questões de saúde (Schulze, 2019). Entre essas ações, as demandas por medicamentos possuem alta prevalência, o que pode pressionar os orçamentos públicos municipais e estaduais de saúde (Vieira, 2023). Diante disso, a pesquisa buscou estimar a extensão do fornecimento de medicamentos de modo judicial.

Dos 1.865 municípios respondentes, 1.094 (58,7%) reportaram fornecer medicamentos em decorrência de ações judiciais. Chama a atenção a disseminação das demandas judiciais de medicamentos no SUS, alcançando municípios de todos os portes conforme demonstrado na Tabela 1.

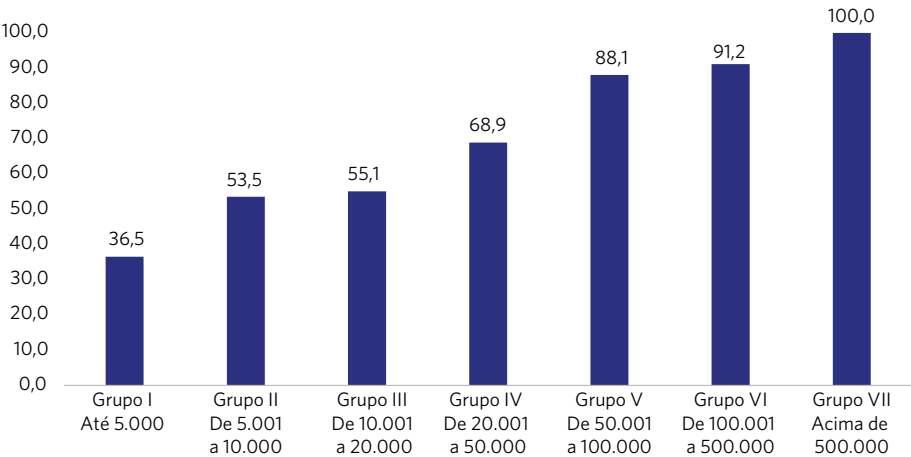
TABELA 1. **Municípios com fornecimento de medicamentos por causa de ações judiciais segundo grupos de porte populacional (n = 1.865)**

GRUPOS DE PORTE POPULACIONAL (NÚMERO DE HABITANTES)	Nº DE MUNICÍPIOS RESPONDENTES (A)	Nº DE MUNICÍPIOS COM AÇÕES JUDICIAIS (B)	FREQUÊNCIA DE MUNICÍPIOS COM AÇÕES JUDICIAIS (C) = (B) / (A) (EM %)
Grupo I - Até 5.000	386	141	36,5
Grupo II - De 5.001 a 10.000	368	197	53,5
Grupo III - De 10.001 a 20.000	465	256	55,1
Grupo IV - De 20.001 a 50.000	389	268	68,9
Grupo V - De 50.001 a 100.000	126	111	88,1
Grupo VI - De 100.001 a 500.000	113	103	91,2
Grupo VII - Acima de 500.000	18	18	100,0
Total	1.865	1.094	58,7

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NO SUS 2024.

Além disso, a probabilidade de fornecer medicamentos judicializados é crescente de acordo com o porte populacional dos municípios. Enquanto 36,5% dos municípios até 5 mil habitantes reportaram fornecer medicamentos pela via judicial, 100% dos municípios acima de 500 mil habitantes relataram esse tipo de fornecimento (Gráfico 16).

GRÁFICO 16. Municípios com fornecimento de medicamentos por causa de ações judiciais segundo grupos de porte populacional (em %) (n = 1.865)



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NO SUS 2024.

No caso dos estados, incluindo o Distrito Federal, todos os 25 respondentes reportaram fornecer medicamentos em decorrência de ações judiciais conforme demonstrado na Tabela 2. Esses resultados evidenciam que o fornecimento de medicamentos judicializados é uma prática generalizada, disseminada por todos os estados analisados.

TABELA 2. Estados com fornecimento de medicamentos por causa de ações judiciais segundo regiões geográficas (n = 25)

Regiões	Nº DE ESTADOS RESPONDENTES (A)	Nº DE ESTADOS COM AÇÕES JUDICIAIS (B)	FREQUÊNCIA DE ESTADOS COM AÇÕES JUDICIAIS (C) = (B) / (A) (EM %)
Centro-Oeste	4	4	100,0
Nordeste	8	8	100,0
Norte	6	6	100,0
Sudeste	4	4	100,0
Sul	3	3	100,0
Total	25	25	100,0

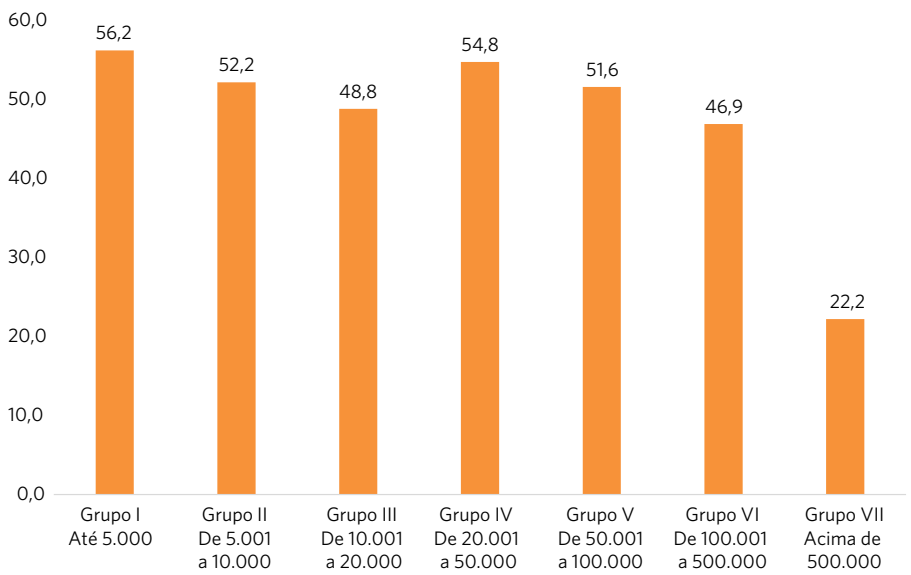
FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NO SUS 2024.

3.10. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO INCORPORADOS AO SUS POR VIA ADMINISTRATIVA

Outra questão relevante no âmbito da AF é a distribuição de medicamentos não incorporados ao SUS. Esses medicamentos, por definição, não fazem parte da Rename, o que pode abranger diversas situações, como medicamentos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou com recomendação desfavorável pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), ou indicados para situações clínicas não previstas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde. No âmbito da pesquisa, buscou-se estudar o fornecimento desses medicamentos por meio de via administrativa (também chamada de política complementar), que usualmente é criada pelo município ou pelo estado para evitar ações judiciais.

No total, 52,1% dos municípios respondentes da pesquisa declararam fornecer medicamentos não incorporados ao SUS pela via administrativa, indicando que mais da metade adotou essa solução para demanda de medicamentos não incorporados ao sistema público de saúde. Conforme pode ser observado no Gráfico 17, embora não exista um padrão claro, nota-se que, ao contrário da via judicial, a via administrativa é mais comum em municípios menores. Em especial, 56,2% dos municípios com até 5 mil habitantes reportaram fornecer medicamentos por essa via, enquanto 22,2% daqueles acima de 500 mil habitantes o fizeram.

GRÁFICO 17. Municípios com fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS* por via administrativa** segundo grupos de porte populacional (em %) (n = 1.865)



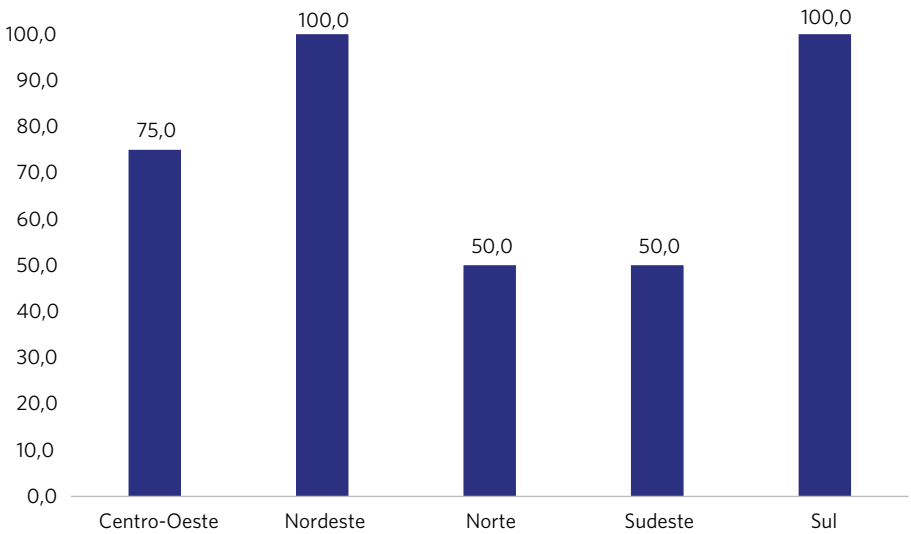
FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NO SUS 2024.

NOTA*: MEDICAMENTOS NÃO INCORPORADOS AO SUS SÃO AQUELES NÃO INCLUÍDOS NA RENAME, NAS SEGUINTES SITUAÇÕES: i) SEM REGISTRO NA ANVISA; ii) COM RECOMENDAÇÃO DESFAVORÁVEL PELA CONITEC; iii) PREVISTOS EM PCDT PARA OUTRAS FINALIDADES (CID OU CRITÉRIOS DIFERENTES); iv) COM RECOMENDAÇÃO FAVORÁVEL PELA CONITEC E DECISÃO PENDENTE OU NEGATIVA DE INCORPORAÇÃO; v) OFF LABEL (SEM PREVISÃO NA BULA DE INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO DA DOENÇA DO PACIENTE); e vi) SEM PCDT OU QUE NÃO INTEGRE LISTAS DOS COMPONENTES DA AF (BÁSICO, ESTRATÉGICO E ESPECIALIZADO). MEDICAMENTOS INCLUÍDOS DE FORMA COMPLEMENTAR À RENAME, NA RELAÇÃO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RESME) E NA RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME) SÃO CONSIDERADOS INCORPORADOS AO SUS.

NOTA**: A VIA ADMINISTRATIVA OU POLÍTICA COMPLEMENTAR É CRIADA PELO MUNICÍPIO OU PELO ESTADO PARA VIABILIZAR O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO INCORPORADOS AO SUS.

No que diz respeito aos estados, conforme demonstrado no Gráfico 18, o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS por via administrativa variou de 50% dos estados participantes nas regiões Norte e Nordeste a 75% na região Centro-Oeste e 100% nas regiões Sul e Sudeste.

GRÁFICO 18. Estados com fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS* por via administrativa** segundo regiões geográficas (em %) (n =25)



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024.

NOTA*: MEDICAMENTOS NÃO INCORPORADOS AO SUS SÃO AQUELES NÃO INCLuíDOS NA RENAME, NAS SEGUíNTES SITUAÇÕES: i) SEM REGISTRO NA ANVISA; ii) COM RECOMENDAÇÃO DESFAVORÁVEL PELA CONITEC; iii) PREVISTOS EM PCDT PARA OUTRAS FINALIDADES (CID OU CRITÉRIOS DIFERENTES); iv) COM RECOMENDAÇÃO FAVORÁVEL PELA CONITEC E DECISÃO PENDENTE OU NEGATIVA DE INCORPORAÇÃO; v) OFF LABEL (SEM PREVISÃO NA BULA DE INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO DA DOENÇA DO PACIENTE); E vi) SEM PCDT OU QUE NÃO INTEGRE LISTAS DOS COMPONENTES DA AF (BÁSICO, ESTRATÉGICO E ESPECIALIZADO). MEDICAMENTOS INCLuíDOS DE FORMA COMPLEMENTAR À RENAME, NA RESME E NA REMUME SÃO CONSIDERADOS INCORPORADOS AO SUS.

NOTA**: A VIA ADMINISTRATIVA OU POLÍTICA COMPLEMENTAR É CRIADA PELO MUNICÍPIO OU PELO ESTADO PARA VIABILIZAR O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO INCORPORADOS AO SUS.

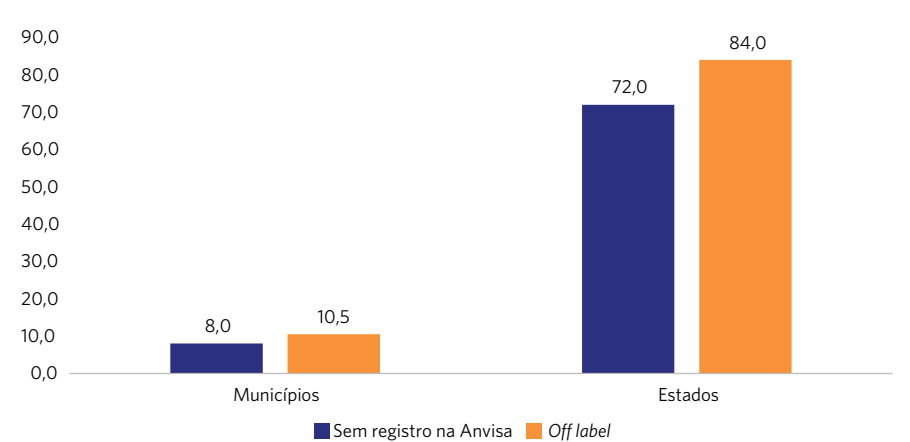
3.11. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS SEM REGISTRO NA ANVISA E OFF LABEL PELA VIA JUDICIAL

Um medicamento é considerado não registrado pela Anvisa quando não recebeu autorização para ser comercializado no país por meio de um registro sanitário. Já os medicamentos de uso *off label* são aqueles que, embora registrados pela Anvisa, são prescritos para finalidades terapêuticas não previstas nas indicações aprovadas em sua bula. Frequentemente, esses medicamentos são objeto de demandas judiciais, as quais podem culminar em uma determinação de forneci-

mento pelos estados e municípios, gerando implicações relevantes para a gestão e o financiamento do SUS.

Conforme demonstrado no Gráfico 19, 8% dos municípios reportaram fornecer medicamentos sem registro na Anvisa por causa de ação judicial, enquanto 10,5% reportaram fornecer medicamentos *off label* pela mesma razão. Quanto aos estados, os percentuais foram ainda mais alarmantes: 72% e 84% reportaram fornecer medicamentos sem registro na Anvisa e *off label* respectivamente.

GRÁFICO 19. Percentual de municípios e estados com fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa* e *off label*** por causa de ação judicial em 2023 (n = 1.865 municípios, n = 25 estados)

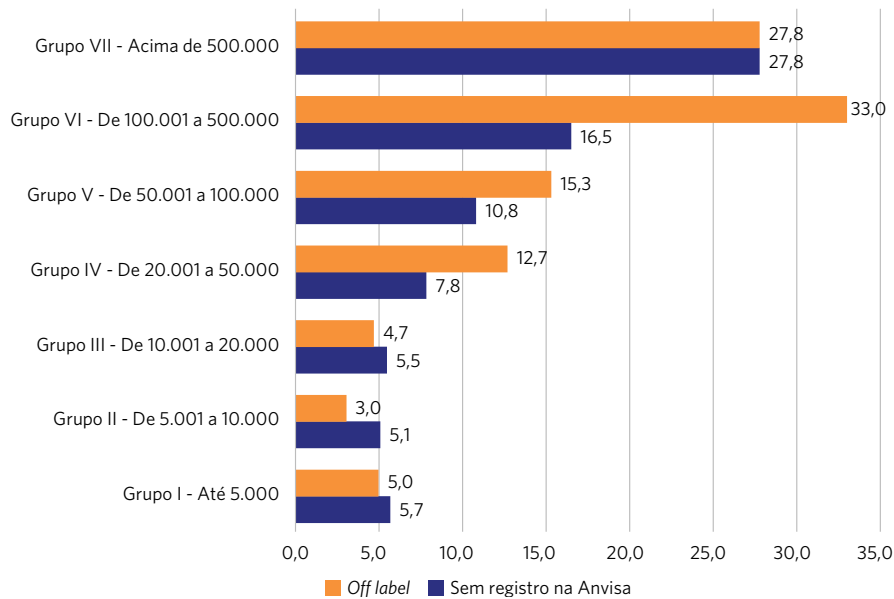


FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024. OBSERVAÇÃO: O TOTAL DE MUNICÍPIOS E DE ESTADOS QUE FORNECERAM MEDICAMENTOS POR DECISÃO JUDICIAL FOI DE 1.094 E 25 RESPECTIVAMENTE. NOTA*: UM MEDICAMENTO É CONSIDERADO REGISTRADO PELA ANVISA QUANDO ESSA AGÊNCIA AUTORIZA A COMERCIALIZAÇÃO DESSE MEDICAMENTO NO PAÍS PARA USOS ESPECÍFICOS, DESCRITOS NA BULA, POR MEIO DE UM REGISTRO SANITÁRIO. NOTA**: OS OFF LABEL SÃO MEDICAMENTOS REGISTRADOS PELA ANVISA, MAS PRESCRITOS PARA INDICAÇÕES NÃO PREVISTAS EM SUAS BULAS.

Quanto aos municípios, o Gráfico 20 demonstra que o fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa e *off label* é mais frequente entre aqueles com maior porte populacional. Ainda assim, nota-se que mesmo os municípios muito pequenos – de até 5 mil ha-

bitantes – reportaram o fornecimento de medicamentos nessas duas situações por causa de decisão judicial.

GRÁFICO 20. Percentual de municípios com fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa* e off label** por causa de ação judicial em 2023 segundo grupos de porte populacional (n = 1.865)



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024.
NOTA*: UM MEDICAMENTO É CONSIDERADO REGISTRADO PELA ANVISA QUANDO ESSA AGÊNCIA AUTORIZA A COMERCIALIZAÇÃO DESSE MEDICAMENTO NO PAÍS PARA USOS ESPECÍFICOS, DESCRITOS NA BULA, POR MEIO DE UM REGISTRO SANITÁRIO.
NOTA**: OS OFF LABEL SÃO MEDICAMENTOS REGISTRADOS PELA ANVISA, MAS PRESCRITOS PARA INDICAÇÕES NÃO PREVISTAS EM SUAS BULAS.

3.12. GASTO EM MEDICAMENTOS

A fim de analisar os gastos em medicamentos dos estados e dos municípios, foram desconsiderados da análise os valores considerados *outliers* conforme explicado na Subseção 2.4 deste documento. Com isso, foram considerados na análise apenas os municípios e os estados com informações apontadas como consistentes em todos os anos estudados. Mais informações podem ser encontradas na publicação “Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS: uma análise do gasto

em medicamentos de estados e municípios participantes (2019-2023)” (Vieira et al., 2025b).

A Tabela 3 revela uma tendência de crescimento contínuo nos gastos totais com medicamentos com recursos próprios entre os municípios analisados, passando de R\$ 1,2 bilhão em 2019 para R\$ 1,5 bilhão em 2023, em valores atualizados. Além disso, observa-se uma redução dos aportes federais e estaduais para os municípios, que diminuíram, respectivamente, de R\$ 226 milhões para R\$ 178 milhões e de R\$ 62 milhões para R\$ 48 milhões. Esse padrão indica um progressivo aumento da participação dos recursos próprios dos municípios no financiamento do seu gasto total em medicamentos, o que pode pressionar os entes locais, especialmente os de menor capacidade fiscal.

TABELA 3. Gasto total em medicamentos dos municípios participantes da pesquisa, com informações consistentes nos 5 anos analisados (n = 756)*, segundo a esfera de governo responsável pelo financiamento das despesas (2019-2023)

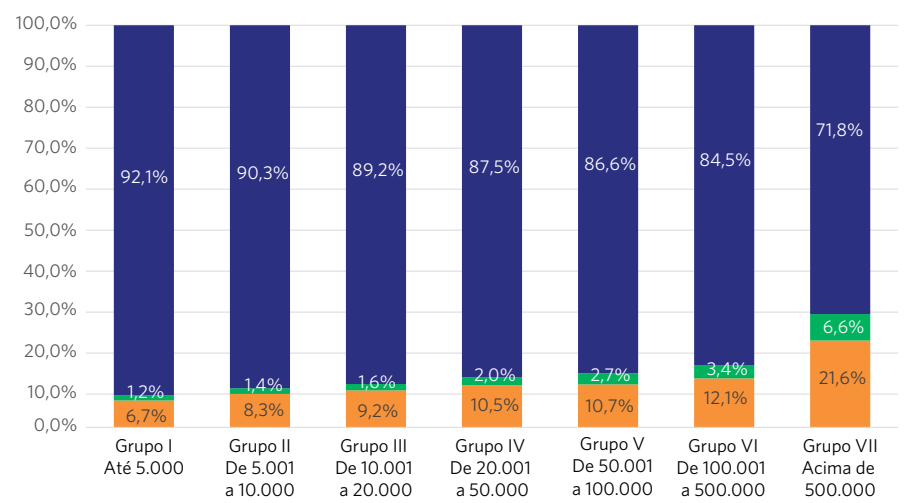
ANO	EM R\$ DE 2023			
	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL
2019	226.735.017	62.854.721	926.012.403	1.215.602.141
2020	218.945.500	61.499.541	1.095.587.281	1.376.032.322
2021	203.098.010	57.326.116	1.160.534.670	1.420.958.797
2022	186.145.405	52.044.390	1.177.726.394	1.415.916.189
2023	178.028.510	48.957.183	1.293.835.987	1.520.821.679

FONTES: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM: 1) IPEA/CONASEMS/CONASS, PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024, PARA A DESPESA TOTAL EM MEDICAMENTOS (DESPESA LIQUIDADADA); 2) MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, ARQUIVOS DE REPASSE, PARA O REPASSE FEDERAL AOS MUNICÍPIOS ([HTTPS://PORTAL.FNS.SAUDE.GOV.BR/DOWNLOADS/](https://portal.fns.saude.gov.br/downloads/)).
NOTA*: OS PROCEDIMENTOS PARA VERIFICAÇÃO DA CONSISTÊNCIA DO GASTO TOTAL EM MEDICAMENTOS ESTÃO DESCRITOS NA SUBSEÇÃO 2.4 DESTES DOCUMENTO. APÓS A ESTIMATIVA DA DRP, A PARTIR DA SUBTRAÇÃO DOS REPASSES FEDERAL E ESTADUAL DO GASTO TOTAL INFORMADO EM MEDICAMENTOS, CONSIDEROU-SE CONSISTENTE A DRP ESTIMADA NÃO NEGATIVA. NESSE CASO, FORAM CONSIDERADOS APENAS OS MUNICÍPIOS COM INFORMAÇÕES CONSISTENTES NOS 5 ANOS PESQUISADOS. ASSIM, OS VALORES SE REFEREM AO MESMO CONJUNTO DE MUNICÍPIOS EM TODOS OS ANOS (N = 756).
OBSERVAÇÃO: VALORES CORRIGIDOS PARA PREÇOS DE 2023 PELO ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO (IPCA) MÉDIO.

Com relação à participação das esferas no gasto total em medicamentos dos municípios (Gráfico 21), observa-se que as esferas fede-

ral e estadual têm maior participação nos municípios mais populosos, especialmente naqueles com mais de 100 mil habitantes (grupos VI e VII). Enquanto isso, as despesas próprias representam mais de 90% dos gastos dos municípios com até 10 mil habitantes. Isso se deve, em parte, ao fato de que municípios de menor porte tendem a receber a contrapartida do CBAF predominantemente na forma de medicamentos, o que reduz o volume de recursos financeiros repassados e, portanto, a participação dessas esferas no total das despesas registradas. 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, em 2023.

GRÁFICO 21. 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) (n = 756)



FONTES: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM: 1) IPEA/CONASEMS/CONASS, PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024, PARA A DESPESA TOTAL EM MEDICAMENTOS (DESPESA LIQUIDADA); 2) MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, ARQUIVOS DE REPASSE, PARA O REPASSE FEDERAL AOS MUNICÍPIOS ([HTTPS://PORTALFNS.SAUDE.GOV.BR/DOWNLOADS/](https://portal.fns.saude.gov.br/downloads/)).

NOTA*: OS PROCEDIMENTOS PARA VERIFICAÇÃO DA CONSISTÊNCIA DO GASTO TOTAL EM MEDICAMENTOS ESTÃO DESCRITOS NA SUBSEÇÃO 2.4 DESTES DOCUMENTO. APÓS A ESTIMATIVA DA DRP, A PARTIR DA SUBTRAÇÃO DOS REPASSES FEDERAL E ESTADUAL DO GASTO TOTAL INFORMADO EM MEDICAMENTOS, CONSIDEROU-SE CONSISTENTE A DRP ESTIMADA NÃO NEGATIVA. NESSE CASO, FORAM CONSIDERADOS APENAS OS MUNICÍPIOS COM INFORMAÇÕES CONSISTENTES NOS 5 ANOS PESQUISADOS. ASSIM, OS VALORES SE REFEREM AO MESMO CONJUNTO DE MUNICÍPIOS EM TODOS OS ANOS (N = 756).

OBSERVAÇÃO: VALORES CORRIGIDOS PARA PREÇOS DE 2023 PELO IPCA MÉDIO.

A Tabela 4 apresenta o gasto total médio em medicamentos dos municípios, segundo grupos de porte populacional, expresso tanto em proporção do gasto total em saúde quanto em valores por habitante corrigidos para 2023. Em 2023, os municípios com até 5 mil habitantes destinaram R\$ 81,75 por habitante para a compra de medicamentos, mais que o dobro do observado nos municípios com população acima de 500 mil habitantes, cuja média foi de R\$ 38,58 por habitante. Além disso, enquanto os municípios com até 5 mil habitantes comprometeram, em média, 3,8% do gasto total em saúde com compra de medicamentos, nos municípios acima de 500 mil habitantes, essa proporção foi de 2,7%.

TABELA 4. Gasto total médio em medicamentos dos municípios participantes da pesquisa, com informações consistentes nos 5 anos analisados (n = 756)*, 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 % 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					
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

TABELA 4. Gasto total médio em medicamentos dos municípios participantes da pesquisa, com informações consistentes nos 5 anos analisados (n = 756)*, 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
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: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM: 1) IPEA/CONASEMS/CONASS, PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024, PARA A DESPESA TOTAL EM MEDICAMENTOS (DESPESA LIQUIDADA); 2) MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, ARQUIVOS DE REPASSE, PARA A POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS ([HTTPS://PORTALFNS.SAUDE.GOV.BR/ DOWNLOADS/](https://portal/fns.saude.gov.br/downloads/)); 3) MINISTÉRIO DA SAÚDE, SIOPS, PARA O GASTO TOTAL EM SAÚDE ([HTTP://SIOPS-ASP.DATASUS.GOV.BR/CGI/SIOPS/SERHIST/MUNICIPIO/INDICADORES.HTM](http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/municipio/indicadores.htm)).

NOTA*: OS PROCEDIMENTOS PARA VERIFICAÇÃO DA CONSISTÊNCIA DO GASTO TOTAL EM MEDICAMENTOS ESTÃO DESCRITOS NA SUBSEÇÃO 2.4 DESTES DOCUMENTO. APÓS A ESTIMATIVA DA DRP, A PARTIR DA SUBTRAÇÃO DOS REPASSES FEDERAL E ESTADUAL DO GASTO TOTAL INFORMADO EM MEDICAMENTOS, CONSIDEROU-SE CONSISTENTE A DRP ESTIMADA NÃO NEGATIVA. NESSE CASO, FORAM CONSIDERADOS APENAS OS MUNICÍPIOS COM INFORMAÇÕES CONSISTENTES NOS 5 ANOS PESQUISADOS. ASSIM, OS VALORES SE REFEREM AO MESMO CONJUNTO DE MUNICÍPIOS EM TODOS OS ANOS (N = 756).

OBSERVAÇÃO: VALORES CORRIGIDOS PARA PREÇOS DE 2023 PELO IPCA MÉDIO.

Essa tendência se repete ao longo dos cinco anos analisados, indicando que os pequenos municípios não apenas alocam maior proporção de seus recursos para compra de medicamentos como também enfrentam custos mais elevados por habitante em relação a municípios maiores. Diversas explicações são possíveis para justificar esse padrão, como a menor escala de compras e a baixa capacidade de negociação dos municípios menores. Por fim, chama a atenção o fato de que o gasto em medicamentos por habitante cresceu em todos os grupos populacionais, superando, 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.

No que concerne aos estados participantes com informações consistentes (n = 17), nota-se uma situação similar à observada em

relação aos municípios (Tabela 5). Enquanto houve um crescimento dos gastos próprios de R\$ 3,4 bilhões em 2019 para R\$ 4,5 bilhões em 2023, houve uma redução dos recursos federais de R\$ 816,0 milhões para R\$ 765,6 milhões. Com isso, aumentou a participação dos recursos próprios no gasto total em medicamentos dos estados.

TABELA 5. **Gasto em medicamentos dos estados participantes da pesquisa, com informações consistentes nos 5 anos analisados (n = 17)*, segundo a esfera de governo responsável pelo financiamento das despesas (2019-2023)**

ANO	EM R\$ DE 2023		
	FEDERAL	ESTADUAL	TOTAL
2019	815.965.182	3.433.046.382	4.249.011.564
2020	647.418.679	3.785.485.593	4.432.904.272
2021	487.894.865	4.334.706.017	4.822.600.881
2022	562.974.404	4.609.097.848	5.172.072.252
2023	765.642.451	4.549.338.115	5.314.980.565

FONTES: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM: 1) IPEA/CONASEMS/CONASS, PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024, PARA A DESPESA TOTAL EM MEDICAMENTOS (DESPESA LIQUIDADA); 2) MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, ARQUIVOS DE REPASSE, PARA O REPASSE FEDERAL AOS ESTADOS ([HTTPS://PORTALFNS.SAUDE.GOV.BR/DOWNLOADS/](https://portal/fns.saude.gov.br/downloads/)).
 NOTA*: OS PROCEDIMENTOS PARA VERIFICAÇÃO DA CONSISTÊNCIA DO GASTO TOTAL EM MEDICAMENTOS ESTÃO DESCRITOS NA SUBSEÇÃO 2.4 DESTES DOCUMENTO. APÓS A ESTIMATIVA DA DRP, A PARTIR DA SUBTRAÇÃO DOS REPASSES FEDERAL E ESTADUAL DO GASTO TOTAL INFORMADO EM MEDICAMENTOS, CONSIDEROU-SE CONSISTENTE A DRP ESTIMADA NÃO NEGATIVA. NESSE CASO, FORAM CONSIDERADOS APENAS OS MUNICÍPIOS COM INFORMAÇÕES CONSISTENTES NOS 5 ANOS PESQUISADOS. ASSIM, OS VALORES SE REFEREM AO MESMO CONJUNTO DE MUNICÍPIOS EM TODOS OS ANOS (N = 756). NESSE CASO, FORAM CONSIDERADOS APENAS OS ESTADOS COM INFORMAÇÕES CONSISTENTES NOS 5 ANOS PESQUISADOS. ASSIM, OS VALORES SE REFEREM AO MESMO CONJUNTO DE ESTADOS EM TODOS OS ANOS (N = 17). OBSERVAÇÃO: VALORES CORRIGIDOS PARA PREÇOS DE 2023 PELO IPCA MÉDIO.

Com relação aos gastos por habitante dos estados, detalhados na Tabela 6, observam-se os maiores valores nas regiões Sul e Centro-Oeste, seguidos pela região Sudeste. Por outro lado, as regiões Norte e Nordeste registraram os menores níveis de gasto per capita, com destaque para a região Norte, cujo valor foi aproximadamente a metade do verificado na região Nordeste e inferior a um terço do observado na região Sul. Além disso, chama a atenção que os valores por habitante cresceram em todas as regiões, com exceção da região Sul, que já tinha valor mais elevado desde 2019.

TABELA 6. Gasto total médio em medicamentos dos estados participantes da pesquisa, com informações consistentes nos 5 anos analisados (n = 17)*, em proporção do gasto total em saúde e por habitante, segundo regiões geográficas (2019-2023)

REGIÕES GEOGRÁFICAS	2019	2020	2021	2022	2023
Em % 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					
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: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM: 1) IPEA/CONASEMS/CONASS, PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024, PARA A DESPESA TOTAL EM MEDICAMENTOS (DESPESA LIQUIDADADA); 2) MINISTÉRIO DA SAÚDE, SIOPS, PARA O GASTO TOTAL EM SAÚDE ([HTTPS://WWW.GOV.BR/SAUDE/PT-BR/ACESSO-A-INFORMACAO/SIOPS/INDICADORES](https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops/indicadores)); 3) INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) PARA A POPULAÇÃO ESTIMADA PARA O TCU (2019-2021, 2023) E DO CENSO (2022) ([HTTPS://WWW.IBGE.GOV.BR/ESTATISTICAS/SOCIAIS/POPULACAO.HTML](https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html)).

NOTA*: OS PROCEDIMENTOS PARA VERIFICAÇÃO DA CONSISTÊNCIA DO GASTO TOTAL EM MEDICAMENTOS ESTÃO DESCRITOS NA SUBSEÇÃO 2.4 DESTE DOCUMENTO. NESSE CASO, FORAM CONSIDERADOS APENAS OS ESTADOS COM INFORMAÇÕES CONSISTENTES NOS 5 ANOS PESQUISADOS. ASSIM, OS VALORES SE REFEREM AO MESMO CONJUNTO DE ESTADOS EM TODOS OS ANOS (N = 17).

OBSERVAÇÃO: VALORES CORRIGIDOS PARA PREÇOS DE 2023 PELO IPCA MÉDIO.

3.13. GASTO EM MEDICAMENTOS JUDICIALIZADOS

A fim de analisar os gastos em medicamentos judicializados, foram utilizados, além dos filtros utilizados anteriormente, novos filtros específicos para esta análise conforme detalhado na Subseção 2.4. Foram considerados na análise apenas os municípios e os estados com informações consistentes em todos os anos estudados. Mais informações estão detalhadas na publicação “Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS: gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023)” (Vieira et al., 2025a).

Entre os municípios analisados (n = 271), como demonstrado na Tabela 7, nota-se que houve crescimento em termos reais tanto da despesa total em medicamentos quanto da despesa com medicamentos com recursos próprios e da despesa com medicamentos judicializados. Além disso, em 2023, os medicamentos judicializados representaram, em média, 8,4% do gasto total com medicamentos dos municípios e 10,1% da DRP destinados à aquisição de medicamentos.

TABELA 7. **Gasto em medicamentos, total e com recursos próprios, e em medicamentos judicializados dos municípios participantes da pesquisa (n = 271), com informações consistentes* nos 5 anos analisados (2019 – 2023)**

ANO	GASTO EM MEDICAMENTOS (EM R\$ DE 2023)**			PARTICIPAÇÃO MÉDIA DO GASTO EM MEDICAMENTOS JUDICIALIZADOS (EM %)	
	TOTAL	DESPESA COM RECURSOS PRÓPRIOS	JUDICIALIZADOS	NO GASTO TOTAL	NA DESPESA COM RECURSOS PRÓPRIOS
2019	683.329.487	531.805.048	70.650.944	9,7	13,5
2020	767.638.683	614.026.707	69.863.639	8,5	11,2
2021	818.211.864	675.842.706	76.260.464	8,3	10,6
2022	819.189.011	688.777.396	82.247.861	8,3	10,2
2023	888.135.571	763.858.332	86.457.048	8,4	10,1

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM: IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024.

NOTA*: OS PROCEDIMENTOS PARA VERIFICAÇÃO DA CONSISTÊNCIA DO GASTO EM MEDICAMENTOS ESTÃO DESCRITOS NA SUBSEÇÃO 2.4 DESTE DOCUMENTO.

NOTA**: DESPESA LIQUIDADADA.

OBSERVAÇÃO: VALORES CORRIGIDOS PARA PREÇOS DE 2023 PELO IPCA MÉDIO.

A Tabela 8 evidencia a variação das participações dos medicamentos judicializados na despesa total e na DRP. Nota-se que, em 2023, a participação dos gastos com medicamentos judicializados no gasto total com medicamentos oscilou entre 0,02% e 39,80%, apresentando uma média de 8,37% e mediana de 4,69%. Considerando apenas a DRP em medicamentos, essa participação variou de 0,02% a 53,35%, com média de 10,11% e mediana de 5,26%.

TABELA 8. Participação do gasto em medicamentos judicializados no gasto total e na DRP em medicamentos dos municípios participantes da pesquisa com informações consistentes (n = 271) nos 5 anos analisados* (2019 – 2023) (em %)

ANO	NO GASTO TOTAL EM MEDICAMENTOS				NA DESPESA COM RECURSOS PRÓPRIOS EM MEDICAMENTOS			
	MÍNIMA	MÉDIA	MEDIANA	MÁXIMA	MÍNIMA	MÉDIA	MEDIANA	MÁXIMA
2019	0,01	9,67	5,83	48,23	0,01	13,49	7,69	93,21
2020	0,02	8,46	5,22	44,80	0,03	11,16	6,85	60,48
2021	0,02	8,32	5,11	41,70	0,03	10,63	6,55	54,41
2022	0,02	8,28	5,16	39,15	0,02	10,20	6,43	51,50
2023	0,02	8,37	4,69	39,80	0,02	10,11	5,26	53,35

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM: IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024.
NOTA*: OS PROCEDIMENTOS PARA VERIFICAÇÃO DA CONSISTÊNCIA DO GASTO EM MEDICAMENTOS ESTÃO DESCRITOS NA SUBSEÇÃO 2.4 DESTA DOCUMENTO.

No que se refere aos estados com informações consistentes em todos os anos (n = 10), observa-se que também há um crescimento nos gastos em medicamentos, em medicamentos com recursos próprios e em medicamentos judicializados (Tabela 9). No entanto, ao contrário dos municípios, nota-se que há uma participação maior e crescente da despesa com medicamentos judicializados em relação ao gasto total em medicamentos e ao gasto total em medicamentos com recursos próprios. Em 2023, essas participações alcançaram 32,9% e 37,4%, respectivamente, superiores aos percentuais de 25,2% e 30,1% registrados em 2019, evidenciando o comprometimento de parte expressiva dos recursos que financiam medicamentos com a compra de medicamentos judicializados.

TABELA 9. Gasto em medicamentos, total e com recursos próprios, e em medicamentos judicializados dos estados participantes da pesquisa (n = 10), com informações consistentes* nos 5 anos analisados (2019 – 2023)

ANO	GASTO EM MEDICAMENTOS** (EM R\$ DE 2023)			PARTICIPAÇÃO MÉDIA DO GASTO EM MEDICAMENTOS JUDICIALIZADOS (EM %)	
	TOTAL	DESPESA COM RE-CURSOS PRÓPRIOS	JUDICIALIZADOS	NO GASTO TOTAL	NA DESPESA COM RECURSOS PRÓPRIOS
2019	3.634.779.788	2.950.802.093	1.222.659.237	25,2	30,1
2020	3.678.007.904	3.110.944.130	1.275.285.058	26,8	30,9
2021	3.873.372.035	3.457.756.978	1.291.289.049	25,2	28,0
2022	4.137.335.757	3.666.061.796	1.537.733.631	27,5	30,8
2023	4.201.063.512	3.557.268.900	1.721.278.445	32,9	37,4

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM: ÍPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS 2024.
NOTA*: OS PROCEDIMENTOS PARA VERIFICAÇÃO DA CONSISTÊNCIA DO GASTO EM MEDICAMENTOS ESTÃO DESCRITOS NA SUBSEÇÃO 2.4 DESTA DOCUMENTO.
NOTA**: DESPESA LIQUIDADADA.
OBSERVAÇÃO: VALORES CORRIGIDOS PARA PREÇOS DE 2023 PELO IPCA MÉDIO.

A Tabela 10 detalha a variação das participações dos medicamentos judicializados nos gastos estaduais ao longo dos anos. Em 2023, a participação do gasto em medicamentos judicializados no gasto total em medicamentos variou de 5,79% a 64,45%, com média de 32,90% e mediana de 36,61%. Considerando apenas a DRP em medicamentos, essa participação oscilou entre 6,21% e 66,37%, com média de 37,43% e mediana de 39,75%. Esses dados indicam que, naquele ano, metade dos estados analisados comprometeu 40% de seus recursos próprios destinados à AF com medicamentos judicializados, evidenciando o peso crescente dessa via no orçamento estadual.

TABELA 10. Participação do gasto em medicamentos judicializados no gasto total e na DRP em medicamentos dos estados participantes da pesquisa com informações consistentes (n = 10) nos 5 anos analisados* (2019 – 2023) (em %)

Ano	No GASTO TOTAL EM MEDICAMENTOS				Na DESPESA COM RECURSOS PRÓPRIOS EM MEDICAMENTOS			
	MÍNIMA	MÉDIA	MEDIANA	MÁXIMA	MÍNIMA	MÉDIA	MEDIANA	MÁXIMA
2019	6,34	25,19	24,84	39,48	7,43	30,05	27,86	51,42
2020	4,02	26,83	25,51	43,29	4,32	30,86	28,50	54,89
2021	0,37	25,21	26,03	47,09	0,41	27,98	28,25	50,95
2022	3,69	27,54	27,77	55,47	3,90	30,81	28,97	60,01
2023	5,79	32,90	36,61	64,45	6,21	37,43	39,75	66,37

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM IPEA/CONASEMS/CONASS. PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NO SUS 2024.
NOTA*: OS PROCEDIMENTOS PARA VERIFICAÇÃO DA CONSISTÊNCIA DO GASTO EM MEDICAMENTOS ESTÃO DESCRITOS NA SUBSEÇÃO 2.4 DESTE DOCUMENTO.

4. CONTRIBUIÇÃO DA PESQUISA PARA O APERFEIÇOAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

A Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS analisou questões relativas ao financiamento e ao gasto em medicamentos de municípios e estados, incluindo o Distrito Federal, no período de 2019 a 2023. Com relação ao gasto, a pesquisa adotou a perspectiva do ente federado que executa as despesas. Ou seja, considerou a soma de todas as despesas executadas pelo município e pelo estado, 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 gasto total em medicamentos de cada ente.

A esse respeito, os resultados sugerem uma focalização do esforço federativo no financiamento de medicamentos no SUS baseada nos componentes da AF. De um lado, os municípios sendo os principais financiadores do CBAF e, de outro lado, os estados concentrados 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 gasto total informado por eles.

Como o gasto federal aumentou no período da pesquisa (Brasil, 2023a), 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 (Ceaf), em vacinas e hemoderivados.

No que se refere ao gasto em medicamentos judicializados, os resultados evidenciam a ampla disseminação da judicialização da saúde no SUS, com impactos expressivos sobre o orçamento de parte dos entes subnacionais, especialmente dos estados, em razão da obrigatoriedade de aquisição de medicamentos por força de decisões judiciais. A judicialização atingiu municípios de todas as regiões geográficas, independentemente de seu porte populacional, verificando-se que quanto maior a população, maior a prevalência de municípios com ações judiciais para fornecimento de medicamentos. No caso dos estados, a prevalência da judicialização foi universal, com 100% deles apresentando demandas judiciais nessa área.

A pesquisa revela uma situação preocupante de disseminação das demandas judiciais de medicamentos no setor público de saúde no Brasil. Preocupante porque, ao mesmo tempo que a via judicial é um importante mecanismo de proteção do direito de acesso a bens e serviços incorporados ao SUS, ela também constitui uma ameaça ao cumprimento das promessas constitucionais de acesso universal, igualitário e integral a esses bens e serviços, caso não guarde maior sinergia com a implementação das políticas públicas de saúde, principalmente no que tange à AF.

No Brasil, o acesso a medicamentos:

1. Ocorre, principalmente, por desembolso direto das pessoas, ou seja, em sua maioria, o acesso é garantido pela compra dos medicamentos pelos próprios usuários (Brasil, 2022);
2. Pesa mais no orçamento das famílias mais pobres (Boing *et al.*, 2014; Garcia *et al.*, 2013; Santos *et al.*, 2024);

3. Tem baixa cobertura por meio do SUS para todos os medicamentos prescritos (Vieira *et al.*, 2023) e sem desembolso para várias classes terapêuticas (Moraes *et al.*, 2022);
4. É financiado de forma focalizada por esfera de governo, como demonstrado nesta pesquisa, e com elevados gastos federais concentrados em medicamentos para doenças menos prevalentes;
5. Encontra barreiras para ampliação do financiamento, especialmente por parte dos municípios, dado o contexto geral de subfinanciamento do SUS e considerando que o esforço municipal de financiamento das ações e serviços públicos de saúde tem sido o maior entre as três esferas de governo (Brasil, 2021);
6. Poderia ser ampliado no SUS com aquisições mais eficientes, pois o gasto por habitante mais elevado em municípios com até 5 mil habitantes, identificado nesta pesquisa, é um indicativo de preços mais altos nas compras públicas em virtude do menor poder de negociação pela escala reduzida de aquisição; e
7. Poderia ser ampliado no setor público, caso houvesse redução das demandas judiciais de medicamentos não incorporados ao SUS, e com o aperfeiçoamento da gestão da AF, para evitar a judicialização de medicamentos já incorporados.

Esse quadro geral, evidenciado pela Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS e pelos estudos citados, sinaliza para a necessidade de rediscussão do modelo de financiamento da AF e do gerenciamento da aquisição de medicamentos pelas três esferas de governo no SUS, em um debate em que é fundamental o envolvimento do Poder Judiciário e do Conselho Nacional de Saúde. Quando cerca de um terço, em média, do gasto total em medicamentos dos estados ocorre para atender demandas judiciais, e a participação federal no financiamento dos gastos estaduais e municipais diminui, deve-se repensar o modelo

de financiamento da AF no Brasil, dado que o alcance de maior quantidade de pessoas atendidas envolve a dispensação de medicamentos nas farmácias das unidades básicas e especializadas de saúde que estão, majoritariamente, sob a responsabilidade dos municípios, para atendimento das doenças mais prevalentes na população brasileira⁴.

Não se trata de desassistir as pessoas com doenças menos prevalentes, mas de maximizar o uso dos recursos das três esferas, o que requer o reexame dos processos vigentes de avaliação de tecnologias e de sua incorporação ao SUS, na busca da garantia da universalidade e da integralidade, para atender não apenas aqueles com doenças raras cujos tratamentos são de altíssimo custo, mas também os que sofrem com doenças prevalentes, mas que têm dificuldades para obter seus medicamentos do SUS.

Esse repensar também se justifica pelo fato de que as várias exceções à regra, originadas a partir das demandas judiciais de medicamentos não incorporados ao SUS, comprometem a efetividade da PNAF e de outros instrumentos normativos, que preveem apenas a dispensação no SUS de medicamentos constantes na Rename e em outras listas oficiais. Essas exceções dificultam a ampliação do acesso a medicamentos no sistema público e têm potencial elevado para provocar mais desigualdades de acesso, em desfavor das pessoas mais vulneráveis socioeconomicamente.

A análise do financiamento da AF no SUS impõe a necessidade de discutir tanto o acesso da população aos medicamentos já incorporados quanto a formulação de uma agenda de prioridades para a incorporação de novas tecnologias, baseada em processos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e pautada pela racionalidade. É imprescindível ressaltar que um financiamento adequado – caracterizado pela

⁴ O Programa Farmácia Popular do Brasil é uma via adicional, mas ela foge à pactuação tripartite e à lógica da integralidade do atendimento que regula o acesso a bens e serviços de saúde no SUS.

suficiência e boa distribuição de recursos – possibilita aos entes federados a capacidade de adquirir e dispensar medicamentos essenciais, manter estoques regulares, evitar desabastecimentos e atrasos, além de implementar ações que ampliem o acesso da população. Em contraste, a insuficiência de recursos compromete a oferta de medicamentos em termos de quantidade e qualidade, pressiona o sistema com demandas judiciais, impõe maior necessidade de desembolso direto por parte dos usuários e agrava as desigualdades no acesso, sobretudo nas regiões mais vulneráveis. Dessa forma, discutir o financiamento da AF constitui etapa indispensável para a consolidação do direito à saúde e para a garantia do acesso equitativo aos medicamentos no âmbito do SUS.

Por fim, a pesquisa revela a necessidade de investir em capacitação dos trabalhadores do SUS em temas relacionados com o planejamento e com a 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 AF. É importante, portanto, que os coordenadores nessa área tenham domínio sobre esses temas, o que contribuirá para o aperfeiçoamento da gestão da AF em todo o país.

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 Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 149, n. 11, 16 jan. 2012.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*: seção 1, Brasília, DF, ano 136, n. 92, p. 8-10, 18 maio 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. Gov.br, [s. l.], 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/cesaf>. Acesso em: 13 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 141, n. 96, p. 52-53, 20 mai. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019. Brasília, DF: Ipea, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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*: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 190, Suplemento, p. 569, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gastos públicos em saúde. Boletim Economia da Saúde, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 1-6, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. O Anexo I refere-se à “Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica”, enquanto o Anexo IV, à “Relação Nacional de Insumos”.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a.

BRASIL. Perguntas e Respostas Frequentes: repasse de recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b.

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

COSTA, K. S. et al. Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interferativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 2s, 2017. Suplemento.

FALEIROS, D. R. et al. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 14s, 2017. Suplemento.

FELICIANO, M. et al. Avaliação da cobertura e completitude de variáveis de Sistemas de Informação sobre orçamentos públicos em saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 341-353, abr.-jun. 2019.

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. Brasília, DF: Ipea, 2013. v. 3. p. 859-76.

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

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2019.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. Managing access to medicines and health technologies. Arlington: MSH, 2012.

MEDEIROS, K. R. et al. Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do Siops. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1113-1133, out. 2014.

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

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*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. e18142022, 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*, [s. l.], v. 33, p. e20231358, 2024.

SCHULZE, C. J. Números de 2019 da judicialização da saúde no Brasil. *Empório do Direito*, [s. l.], 2 set. 2019. Disponível em: <https://emporiiododireito.com.br/leitura/numeros-de-2019-da-judicializacao-da-saude-no-brasil>. Acesso em: 13 abr. 2025.

SILVA, R. M.; LAMB, L.; GROCHOCKI, M. Modalidades de aquisição de medicamentos: análise da relação municipal de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica e processos de aquisição praticados pelos municípios brasileiros em 2018: caderno 5. Brasília, DF: Conasems, 2022.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

UNITED NATIONS. Access to medicine in the context of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. New York: UN, Oct. 2009.

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

VIEIRA, F. S. et al. Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS: gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023). Brasília, DF: Ipea, 2025a. (Texto para Discussão).

VIEIRA, F. S. et al. Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS: uma análise do gasto em medicamentos de estados e municípios participantes (2019-2023). Brasília, DF: Ipea, 2025b. (Texto para Discussão).

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, DF: Ipea, 2024. (Nota Técnica Disoc, n. 115).

VIEIRA, F. S. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 57, p. 1, 2023.

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

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

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 73-84, 2013.

SOBRE OS AUTORES

FABIOLA SULPINO VIEIRA

Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). E-mail: fabiola.vieira@ipea.gov.br. Orcid: 0000-0001-7377-7302.

ELTON DA SILVA CHAVES

Assessor técnico em assistência farmacêutica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). E-mail: elton@conasems.org.br. Orcid: 0009-0007-5359-9466.

KAREN SARMENTO COSTA

Consultora em assistência farmacêutica do Conasems. E-mail: karen.costa@gmail.com. Orcid: 0000-0002-2218-6024.

HEBER DOBIS BERNARDE

Assessor técnico em assistência farmacêutica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). E-mail: heber.bernarde@conass.org.br. Orcid: 0000-0002-3162-3513.

LILIANE CRISTINA GONÇALVES BERNARDES

Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea.

E-mail: liliane.bernardes@ipea.gov.br. Orcid: 0009-0008-1359-6540.

FILIPPE MATHEUS SILVA CAVALCANTI

Técnico em planejamento e pesquisa na Disoc/Ipea. E-mail: filipe.cavalcanti@ipea.gov.br.

Orcid: 0000-0001-5661-4333.

BLENDA LEITE SATURNINO PEREIRA

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

Orcid: 0000-0002-7831-025

