

Despesas do Estado da Paraíba com medicamentos e o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000

Expenditures on medications in Paraíba and compliance with Constitutional Amendment nº 29/2000

Marisa Labara Andrade de Carvalho¹, Tácio de Mendonça Lima², Gabriel Rodrigues Martins de Freitas³

¹ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

² Departamento de Farmácia e Administração Farmacêutica, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Autor correspondente:

Marisa Labara Andrade de Carvalho. Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal da Paraíba. Campus I, Castelo Branco, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
E-mail: marisacarvalho61@gmail.com

Recebido em: 09/06/2024

Aceito para publicação em: 04/09/2024

RESUMO

Objetivos: Investigar as despesas destinadas a medicamentos e Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) declaradas no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos municípios paraibanos e o cumprimento da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 por parte dos entes federativos. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, de natureza documental e descritiva. Os dados coletados por meio do SIOPS são referentes ao período de 2018 a 2022. A investigação adotada neste trabalho compreende na concordância entre os dados municipais declarados, a correspondência de informações quanto à situação de cumprimento da EC-29/2000 na Paraíba e a comparação entre o quantitativo gasto com saúde e medicamentos. **Resultados:** Os resultados revelaram que o gasto com medicamentos corresponde, em média, 2% da despesa total com saúde pelos municípios e que o aumento no indicador “Despesa Total com Saúde” não afeta necessariamente o indicador “Despesa com medicamentos”. Ademais, os gastos com ASPS pelos municípios superam o mínimo exigido pela LC nº 141/2012, diferindo do Estado e da União que não ultrapassam o mínimo exigido pela legislação. **Conclusões:** Dessa forma, reconhece-se a sobrecarga dos municípios paraibanos no financiamento da saúde. Apesar de sua menor arrecadação e das restrições financeiras, cumprem as exigências legais acima do limite. Entretanto, urge corrigir as disparidades na distribuição de recursos para garantir melhorias contínuas no sistema de saúde local.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Financiamento dos sistemas de saúde; Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde; Paraíba.

ABSTRACT

Objectives: To investigate the expenses allocated to medications and Public Health Actions and Services (ASPS) reported in the Health Public Budget Information System (SIOPS) by municipalities in Paraíba and the compliance with Constitutional Amendment (EC) nº 29/2000 by the federative entities. **Methods:** This is a cross-sectional, documentary, and descriptive study. The data collected through SIOPS refer to the period from 2018 to 2022. The investigation adopted in this work comprises the agreement between the declared municipal data, the correspondence of information regarding the compliance with EC-29/2000 in Paraíba, and the comparison between the amounts spent on health and medications. **Results:** The results revealed that spending on medications corresponds, on average, to 2% of the total health expenditure by the municipalities, and that an increase in the “Total Health Expenditure” indicator does not necessarily affect the “Medication Expenditure” indicator. Furthermore, the spending on ASPS by the municipalities exceeds the minimum required by Complementary Law No. 141/2012, differing from the State and the Union, which do not exceed the minimum required by legislation. **Conclusions:** Thus, the burden of financing health care on the municipalities of Paraíba is recognized. Despite their lower revenue and financial constraints, they meet legal requirements above the limit. However, it is urgent to correct disparities in resource distribution to ensure continuous improvements in the local health system.

Keywords: Unified Health System; Health system financing; Information System on Public Health Budgets; Paraíba.

Introdução

A Constituição Federal (CF) brasileira de 1988, na seção II, dedicada à saúde, instituiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consagrando o direito à saúde como fundamental no artigo 196. O artigo 197 estabelece a regulamentação e o controle das ações e serviços de saúde, ressaltando a relevância pública dessas atividades. O artigo 198, por sua vez, determina a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, com ênfase na descentralização, atendimento integral, priorização da prevenção e participação da comunidade.¹

A CF/1988 seria, posteriormente, regulamentada por leis orgânicas e emendas constitucionais, responsáveis por colocar em prática as políticas públicas que formam o SUS. No entanto, os investimentos públicos direcionados a este sistema têm se mostrado insuficientes para assegurar a oferta de serviços públicos de saúde, abrangentes e de alta qualidade.²

Tendo em vista que o planejamento orçamentário é diretamente responsável pelo financiamento e realização das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), é de suma importância o monitoramento e avaliação das políticas e programas. A transparência orçamentária, que envolve o acesso dos cidadãos a informações sobre receitas, alocação de recursos e gastos governamentais, é fundamental para a participação pública e a responsabilização dos governantes.³ A investigação das causas financeiras e orçamentárias é indispensável para compreender as origens e motivos das crises no sistema de saúde.⁴ Para isso, o panorama de gastos proporciona dados para caracterizar o consumo de medicamentos no país, além de fornecer transparência no uso dos recursos públicos quanto aos gastos com medicamentos, e traça uma perspectiva histórica da relevância desse gasto.⁵

A questão da incorporação de tecnologias no SUS, como os medicamentos, se torna especialmente relevante em um contexto de recursos limitados. O aumento dos gastos com medicamentos em áreas terapêuticas específicas, como oncologia e doenças raras, levanta preocupações, uma vez que beneficiam apenas pequenos grupos da população e têm preços elevados.^{6,7}

Esse fenômeno pode representar uma alocação ineficiente dos recursos para a saúde.⁸ No Brasil, isso

se manifesta por meio da judicialização da saúde. Assim sendo, a alocação ineficiente de recursos ocorre ao mesmo tempo em que se observa o subfinanciamento do SUS.^{9,10}

Além de garantir o acesso aos medicamentos, devem ser avaliados seu uso e os efeitos adversos, que afetam a saúde dos pacientes e resultam em custos adicionais para os sistemas de saúde e sociais, tornando-se um desafio de saúde pública.¹¹ Acredita-se que os custos associados aos problemas relacionados aos medicamentos (PRM) se igualem ou até mesmo superem os custos dos medicamentos em si.¹¹ Atualmente, enfrenta-se dois desafios significativos: otimizar os gastos em saúde por meio de um controle rigoroso e mecanismos de fiscalização mais eficazes e buscar novas fontes de financiamento devido à escassez de recursos públicos não destinados a fins específicos.¹²

Com o propósito de garantir a transparência e acessibilidade às informações sobre o financiamento do SUS, foi instituído o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), um instrumento essencial para monitorar o cumprimento do dispositivo constitucional que estabelece a alocação mínima de recursos para ASPS no orçamento.¹³ A Emenda Constitucional (EC) n° 29/2000 tem por objetivo assegurar as provisões para o custeio das ASPS, fixando os percentuais mínimos de investimento na área pelos entes políticos da República.¹⁴ E a Lei Complementar (LC) n° 141/2012 foi sancionada com o propósito de regulamentar a EC n° 29/2000, definindo claramente o que deve ser considerado gasto em saúde.¹⁵

Face à importância dos medicamentos como insumos essenciais para a saúde de uma população, que correspondem a uma parcela significativa dos gastos totais com saúde de uma entidade governamental, o presente trabalho investigou se o investimento com recurso próprio em saúde corresponde ao mínimo estipulado pela EC n° 29/2000 e pela LC n° 141/2012 e o quantitativo gasto com medicamentos pelos municípios.

Objetivo

Objetivou-se analisar e quantificar as despesas destinadas a medicamentos e ações e serviços públi-

cos de saúde declaradas no SIOPS pelos municípios paraibanos no período de 2018 a 2022. Identificar os municípios que cumpriram com os valores mínimos a serem aplicados em ASPS e os municípios que gastaram menos do mínimo ou mesmo não apresentaram dados ao SIOPS quanto a esse indicador no período em análise.

Métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de natureza documental, descritiva e quantitativa, do período de 2018 a 2022

Cenário do estudo

O Estado da Paraíba, situado na Região Nordeste, foi escolhido como cenário de realização da pesquisa. A Paraíba possui cerca de quatro milhões de habitantes e 223 municípios, divididos em quatro mesorregiões: Mata, Borborema, Agreste e Sertão. A capital do Estado é João Pessoa. Segundo dados do DataSUS, possui uma esperança de vida ao nascer de 72,1 anos e uma taxa de mortalidade infantil de 17,5 por 1.000 nascidos vivos, o índice de desenvolvimento humano é de 0,698, estando na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (entre 0,600 e 0,699).

Crítérios de inclusão e exclusão

Os critérios para definição do universo dos municípios e do período de estudo foram a atualização regular dos sistemas de informação e a disponibilização contínua dos indicadores selecionados para o maior número possível de municípios. Por conseguinte, foram desconsiderados da análise os municípios que apresentavam qualquer pendência de informações.

Coleta e análise dos dados

O procedimento de coleta se deu a partir do levantamento de dados do SIOPS, nos quais foram verificados os percentuais de recursos aplicados em medicamentos e a despesa total com saúde pelos municípios da Paraíba no intervalo de 2018 a 2022. Também fo-

ram coletados os dados referentes à porcentagem de recursos próprios gastos com saúde de acordo com a EC nº 29/2000, e a LC nº 141/2012, dos municípios paraibanos, do Estado da Paraíba e da União nesse mesmo decurso.

A investigação adotada neste trabalho compreende a combinação das análises:

a) A comparação entre o quantitativo gasto com saúde e medicamentos pelos municípios e o Estado da Paraíba.

b) A concordância entre os dados municipais declarados ao SIOPS e a correspondência de informações quanto à situação de cumprimento da EC nº 29/2000 na Paraíba. A LC nº 141/2012 estabeleceu que 12% da arrecadação dos estados e 15% dos municípios se destinariam ao financiamento das ASPS. A EC nº 86 de 2015 define o valor mínimo de 15% da Receita Corrente Líquida como montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ASPS.¹⁵

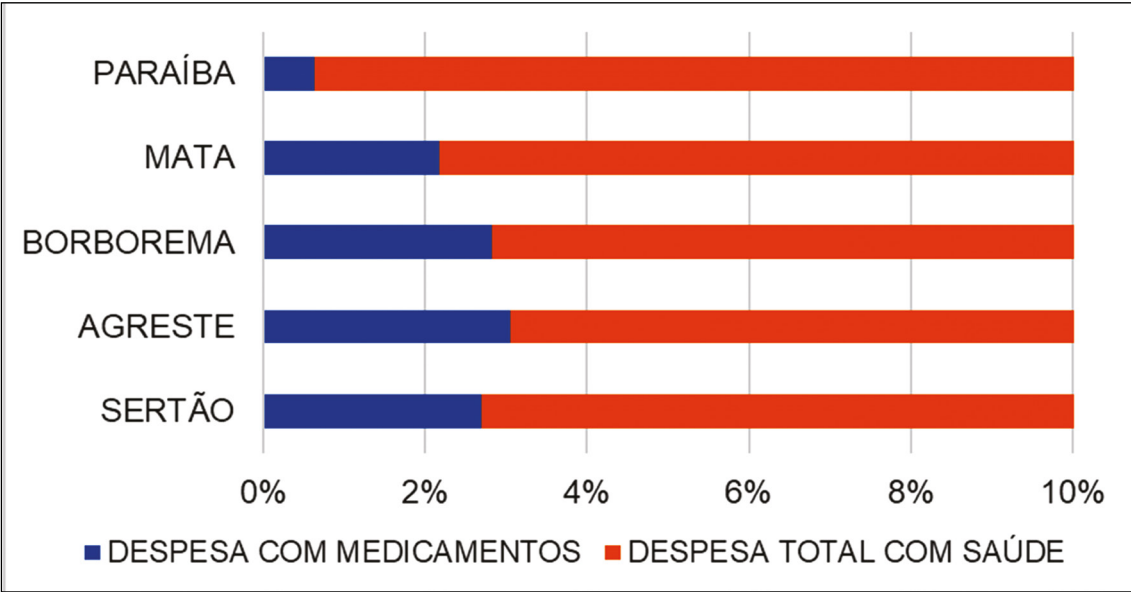
Para isso, foi elaborado séries de médias anuais do indicador “porcentagem (%) de Recursos próprios em Saúde EC-29” segundo as quatro mesorregiões do estado. Os dados foram confrontados com os valores mínimos a serem aplicados por cada município, pelo Estado da Paraíba e pela União. Foram elaborados gráficos de linhas e colunas com os valores obtidos utilizando o Microsoft® 365 Excel® versão 2405, pré-formatada. Uma estatística descritiva foi realizada, na qual os resultados foram expressos em frequências absolutas e/ou relativas.

Resultados

Em relação à despesa total com saúde (nos anos de 2018 a 2022), uma média um pouco maior que 2% desse montante refere-se a despesa com medicamentos dos municípios por mesorregião. No que tange à despesa do governo do Estado da Paraíba, essa relação reduz para 0,6 como pode ser observada na Figura 1.

As Tabelas 1 e 2 apresentam a porcentagem da despesa com medicamentos em relação à despesa total com saúde dos maiores municípios de cada mesorregião do Estado. A cidade que apresentou a maior relação de gastos com medicamentos foi a capital paraibana, João Pessoa, com 1,97% em 2018 e 3,3% em 2022.

Figura 1. Percentual médio das despesas com medicamentos em relação à despesa total com saúde nas mesorregiões paraibanas e no Estado da Paraíba (2018-2022)



Fonte: SIOPS, 2023. Elaboração dos autores, 2023.

Tabela 1. Valores gastos em reais (R\$) com saúde e com medicamentos nos maiores municípios de cada mesorregião do estado da Paraíba em 2018 e a porcentagem da despesa com medicamentos em relação a despesa com saúde

MUNICÍPIOS	2018		
	Despesa total com Saúde	Despesa com Medicamentos	Despesa com Medicamentos em %
João Pessoa (Região da Mata)	683.365.165,84	13.462.293,77	1,97%
Campina Grande (Região do Agreste)	315.395.476,87	2.144.689,24	0,68%
Patos (Região do Sertão)	79.156.041,19	245.383,73	0,31%
Monteiro (Região da Borborema)	28.954.957,06	sem registro	sem registro

Fonte: SIOPS, 2023. Elaboração dos autores, 2023.

Avaliação da correspondência de informações quanto ao cumprimento da EC29/2000 no período de 2018 a 2022.

No período em questão (2018-2022), praticamente todos os municípios investiram, pelo menos 15% de sua arrecadação em saúde. Entretanto, os municí-

pios Riachão do Poço e Lagoa, pertencentes a região da Mata, investiram apenas 13,71% e 14,59% dos recursos próprios com saúde, respectivamente. Os municípios que investiram apenas o mínimo de 15% foram Ouro Velho em 2019 e Livramento em 2021, os demais investiram acima do mínimo. Os municípios que mais investiram estão indicados na Tabela 3.

Tabela 2. Valores gastos em reais (R\$) com saúde e com medicamentos nos maiores municípios de cada mesorregião do estado da Paraíba em de 2022 e a porcentagem da despesa com medicamentos em relação a despesa com saúde

MUNICÍPIOS	2022		
	Despesa total com Saúde	Despesa com Medicamentos	Despesa com Medicamentos em %
João Pessoa (Região da Mata)	996.786.482,88	32.893.953,94	3,3%
Campina Grande (Região do Agreste)	542.053.242,07	5.041.095,15	0,93%
Patos (Região do Sertão)	95.498.340,44	9.549,83	0,01%
Monteiro (Região da Borborema)	44.167.440,36	44.167,44	0,1%

Fonte: SIOPS, 2023. Elaboração dos autores, 2023.

Tabela 3. Municípios paraibanos que mais investiram com recursos próprios em saúde de acordo com cada mesorregião, porcentagem em relação a arrecadação de impostos

MESORREGIÃO	2018	2019	2020	2021	2022
SERTÃO	Conceição 28,72%	Belém do Brejo do Cruz 29,47%	Santa Cruz 32,65%	Belém do Brejo do Cruz 32,16%	Princesa Isabel 34,48%
MATA	Pitimbu 28,9%	Rio Tinto 28,68%	Pitimbu 34,14%	Jacaraú 34,25%	Jacaraú 34,33%
BORBOREMA	Coxixola 27,25%	Serra Branca 27,97%	São Mamede 33,11%	Monteiro 33,69%	Cubati 31,72%
AGRESTE	Juarez Távora 31,45%	Nova Floresta 30,41%	Logradouro 29,81%	Queimadas 28,77%	Gado Bravo 30,29%

Fonte: SIOPS, 2023. Elaboração dos autores, 2023.

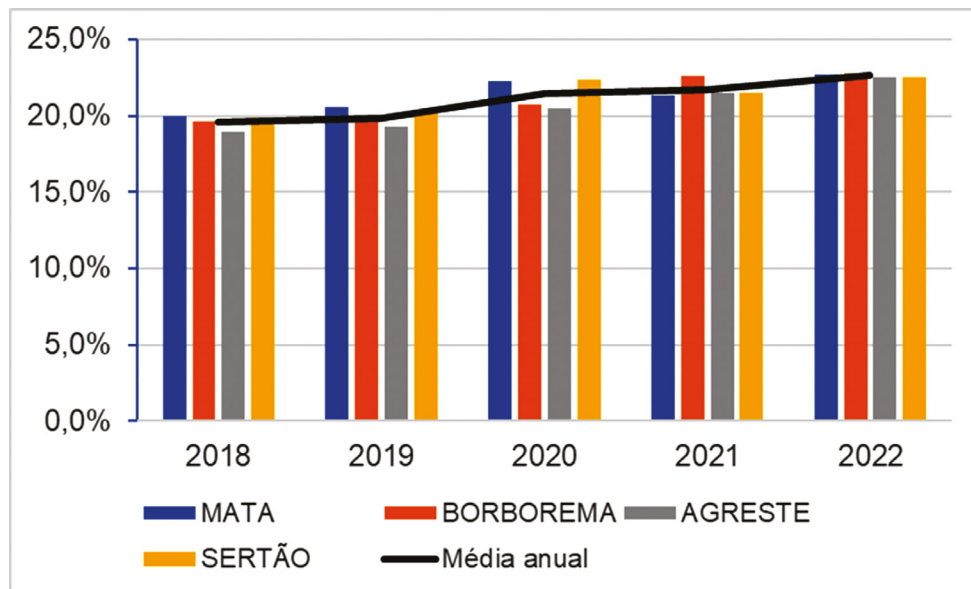
Em relação à evolução das despesas nessa área pelas mesorregiões, observa-se que a média anual não apresenta grandes variações, indicando que mesorregiões com maior densidade populacional e maior receita, como a região da Mata, onde está situada a

capital paraibana João Pessoa, e a região do Agreste onde fica a segunda maior cidade do estado, Campina Grande, apresentam a porcentagem de despesas semelhantes a regiões de menor densidade populacional e menor receita, conforme indicado na **Figura 2**.

Quanto ao gasto por esfera de governo, a Figura 3 mostra uma queda nos valores investidos pelo Governo Federal, uma vez que, em 2022 o valor declarado foi zero. Embora o Governo Federal não tenha atualizado o SIOPS em 2022, não significa que não houve investimentos em saúde neste ano. Também é possível

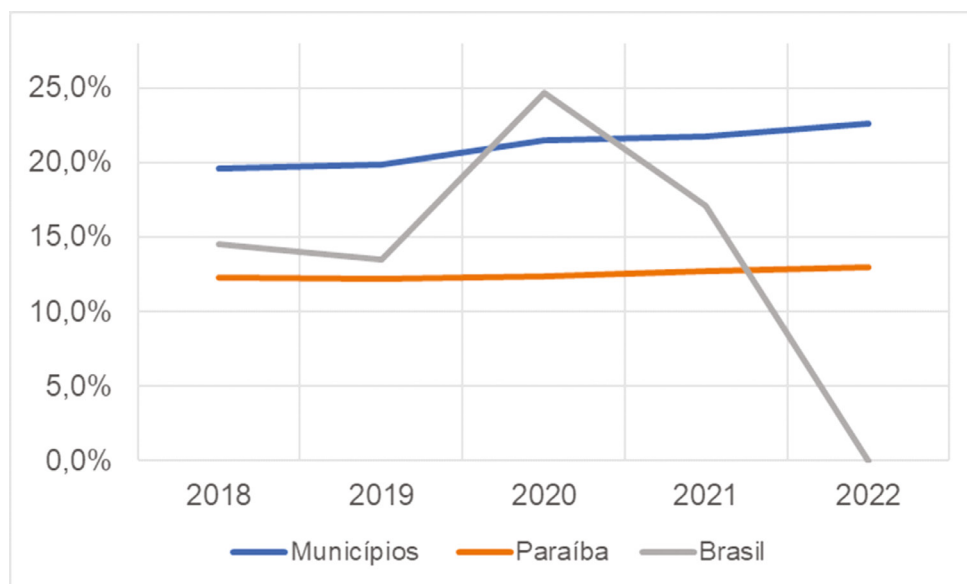
observar um aumento nos valores investidos em 2020 em relação aos demais anos. Outrossim, observa-se que os municípios variam entre 19-22% do investimento com recursos próprios em saúde, enquanto o estado da Paraíba permanece com valores constantes de 12% do investimento com recursos próprios em saúde.

Figura 2. Evolução do percentual médio de recursos próprios dos municípios aplicados em saúde por mesor-região na Paraíba – 2018-2022



Fonte: SIOPS, 2023. Elaboração dos autores, 2023.

Figura 3. Percentual médio em relação aos recursos próprios aplicados em saúde pela esfera de governo – 2018-2022



Fonte: SIOPS, 2023. Elaboração dos autores, 2023.

Discussão

A EC nº 29/2000 propiciou um desfecho favorável ao orçamento da saúde ao designar mais recursos, incluindo uma maior contribuição por parte dos estados e municípios. Antes da sua aprovação, em 2000, a União era responsável por mais da metade do aporte de recursos para o setor, depois da emenda, constatou-se uma queda substancial nessa proporção, enquanto o aporte de Estados e Municípios crescia, uma vez que a previsão constitucional estabelecia um sistema descentralizado.¹⁶

Os resultados apresentados nas Figuras 2 e 3 revelaram que a média de gastos com ASPS pelos municípios supera o previsto pela legislação. Como apontado em outros estudos, o enfrentamento de um cenário de subfinanciamento crônico do sistema de saúde, agravado pela necessidade de preencher lacunas na assistência, reduzir filas e aprimorar o atendimento à saúde da população, os municípios brasileiros se viram pressionados pelos cidadãos em busca de uma assistência de qualidade. Isso resultou em investimentos muito além do limite mínimo estabelecido em 15% de suas receitas próprias. Em 2019, o investimento dos municípios em saúde além do mínimo constitucional, totalizou R\$31,2 bilhões, o que equivale a aproximadamente 25% do piso federal estabelecido para essa finalidade.¹⁷

Em contrapartida, as despesas com ASPS pelo Estado da Paraíba (Figura 3) permanecem constantes e próximas ao mínimo exigido por lei. De tal forma ocorreu com as despesas da União, apresentando pouca variação no decorrer dos anos. Como já havia sido indicado em estudos que utilizaram o SIOPS para determinar o crescimento dos gastos federais, vinculada à variação nominal do PIB, o contínuo aporte de recursos próximos ao mínimo constitucional por parte dos diferentes governos, mantiveram a participação desses gastos no PIB em um intervalo entre 1,6% e 1,7% durante o período de 2000 a 2019.¹⁷

As premissas de cálculo para financiamento das ASPS entre os três entes são diferenciadas. Para a União os recursos têm o crescimento limitado a metas fiscais instituídas pela LC nº 200/2023, caso a meta primária venha a ser atingida, o gasto aumenta a 70% do crescimento da receita; se não for, o crescimento se reduz a 50%, com limite mínimo de 0,6% ao ano.¹⁸ Enquanto para os demais entes o gas-

to acompanha o crescimento da arrecadação, o que afeta o financiamento compartilhado estabelecido pelo SUS. Independentemente da meta de gastos, a redução da participação federal no financiamento do setor já era uma tendência, com os encargos concentrando-se em estados e municípios.¹⁹

Os resultados da Tabela 3 corroboram com os achados nas Figuras 2 e 3, em que as mesorregiões investiram mais em saúde com seus recursos próprios que o Estado da Paraíba. Assim, como é apresentado na Figura 1 e nas Tabelas 1 e 2, em que as mesorregiões investiram mais em medicamentos que o Estado. Os problemas atrelados ao fato de os municípios serem os protagonistas no financiamento do sistema de saúde consistem nas limitações estruturais do SUS e a notável disparidade entre os 5.570 municípios do Brasil, resultando em diferentes padrões de crescimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na diversidade da qualidade dos serviços oferecidos.^{20,21}

Um estudo que analisou os gastos dos municípios brasileiros com saúde constatou que o gasto per capita com recursos próprios é menor nas regiões Norte e Nordeste, e maior nas regiões Sul e Centro-Oeste, indicando que os municípios apresentam condições reais bastante distintas para cumprir o seu papel no sistema de saúde.²²

Ratificando os achados anteriores, outro estudo que investigou os gastos com medicamentos na região noroeste do estado de Minas Gerais concluiu que os gastos com medicamentos são maiores do que os valores mínimos pactuados.²³ Semelhante a isso, uma análise dos gastos com medicamentos de um município no sul do Brasil identificou que o custo anual do município por usuário de medicamento foi, em média, de R\$ 250,60, indicando valores 25 vezes maiores do que o mínimo estabelecido pela legislação vigente.²⁴

Fundamentando-se nesses achados, faz-se visível que a articulação entre a política de saúde e a política econômica não se revelou suficiente para aumentar os investimentos do governo federal na área da saúde durante o período de crescimento econômico do Brasil. O aumento no orçamento da saúde foi impulsionado pelos gastos com o combate à Covid-19, especialmente no triênio 2020-2022. Desconsiderando essas despesas, o orçamento manteve-se estável na última década.²⁵

O montante atribuído ao piso da Ação de Serviços Públicos de Saúde (ASPS) no Orçamento Federal da União de 2019 totalizou R\$ 117.293 bilhões, correspondendo a R\$560,41 per capita. Estes valores apresentam-se inferiores aos montantes empenhados nos anos de 2014 a 2018. Em termos percentuais, tais cifras representam 13,87% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União e 1,65% do PIB brasileiro, evidenciando uma diminuição em relação às ocorrências verificadas nos anos de 2017 e 2018.¹² Em 2021, o aporte financeiro destinado à saúde pública no Brasil, englobando apenas a esfera federal, representou 2,37% do PIB, e em 2022 caiu para apenas 1,92%.²⁶

Com base nisso, vê-se que o subfinanciamento do SUS pela União provoca um crescimento real dos gastos em saúde pela esfera municipal, esse feito é justificado pelo federalismo fiscal vigente, que se caracteriza pela descentralização apenas no que abrange as despesas, não no que concerne à arrecadação, indicando uma situação de dependência fiscal.²⁷

Diante do cenário em que a aquisição de medicamentos é afetada pela carência orçamentária da saúde, uma das consequências é a judicialização. Sendo que esse é um fenômeno complexo que envolve aspectos técnico-científicos, jurídicos e sociais.²⁸ Muitos casos envolvem demandas por medicamentos custeados pelo Estado, o que onera o financiamento destinado à Assistência Farmacêutica (AF) municipal, provocando a elevação dos gastos em decorrência da imprevisibilidade de programar a aquisição, impactando negativamente a saúde pública do município.^{29,30}

O gasto com a judicialização de medicamentos no município de João Pessoa, PB, representou mais de 20,69% (R\$ 8.679.138,32) do total liquidado em 2017 para a compra de medicamentos. Em 2019, cerca de 8,78% (R\$ 60.188.797,65) do orçamento da AF foi utilizado exclusivamente para a judicialização de medicamentos no município.²⁹ Por sua vez, no Distrito Federal, houve um aumento de 3.220 vezes na judicialização de medicamentos entre os anos de 2005 e 2010.³¹

Dessa forma, a judicialização do acesso a medicamentos não é simples de ser solucionada, devido a seu caráter multifacetário e o envolvimento de diferentes órgãos da administração pública. Pode incluir entraves que vão desde o déficit de um processo contínuo de incorporação de terapias inovadoras, com

evidências científicas fundamentadas em estudos criteriosos, até desafios que abrangem o processo de patentes.³⁰

Atualmente, de forma paradoxal, o Brasil direciona mais recursos para a saúde privada do que para a saúde pública.¹⁰ Consequentemente, o SUS permanece subfinanciado, apesar de sua obrigação constitucional de garantir a universalidade e a integralidade dos serviços. Uma vez que coexiste com um setor privado que consome uma parcela significativa de recursos, incluindo os planos de saúde, que atendem a uma parcela relativamente pequena da população (apenas 25%), com coberturas e responsabilidades claramente delimitadas. Não obstante, as famílias enfrentam despesas diretas consideráveis, sobretudo relacionadas a medicamentos, o que gera uma carga financeira substancial.³²

A carência financeira do sistema de saúde no Brasil resultou da falta de apoio a grupos sociais e das políticas neoliberais das décadas de 1990 e 2000. O problema se intensificou após a aprovação do “teto de gastos” em 2016, agravando as vulnerabilidades estruturais do sistema.³² A Constituição de 1988, embora estabelecendo a saúde privada como complementar à pública, permitiu que gastos com saúde privada fossem considerados no cálculo da renda tributável, prejudicando o financiamento do SUS. Uma análise das fontes de financiamento do MS mostra que a maioria dos recursos provém de contribuições sociais, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas (CSLL).³³

Vale salientar que a revisão das leis e abordagens financeiras na área da saúde é algo calculável e programado. A CF/1988 avalia que os percentuais a serem aplicados por estados e municípios, assim como as regras de divisão e controle, definidas em lei complementar, devem ser reavaliados a cada cinco anos (art. 198, § 3º). Ademais, consideráveis alterações podem ser feitas, e são fomentadas por medidas infralegais, como a reformulação dos blocos de financiamento, em 2017.¹⁷

É importante ressaltar que o financiamento, por si só, não garante a mudança de modelo, especialmente considerando o subfinanciamento específico e as limitações dos gastos com saúde, uma vez que esse é um aspecto complexo com múltiplos determi-

nantes. Não obstante, o financiamento prevê a sua capacidade de promoção da equidade na distribuição regional dos recursos, proporcionando acesso, principalmente para os municípios de menor população. Além disso, ao atrair os pequenos municípios, torna-se um mecanismo poderoso para disseminar políticas de mudança de modelo, desde que seja complementado principalmente por planos de governo em níveis local, regional e federal, com foco no fortalecimento da Atenção Básica. Isso inclui a formação contínua de recursos humanos, a promoção de uma cultura de monitoramento de resultados e a participação essencial da população no processo.³³

O maior fator limitante do trabalho foi a carência de dados dos anos em estudo. A Lei de Responsabilidade Fiscal é cumprida pela publicação de dados, mas não há transparência, ou seja, falta clareza na declaração das despesas específicas em cada área ou indicador por parte dos gestores. Logo, no SIOPS não são declarados os valores ou percentuais reais destinados pelos municípios e pelo estado da Paraíba à aquisição de medicamentos para os componentes da AF, sendo informado apenas o valor total da despesa com medicamentos.

Conclusão

A partir dos resultados obtidos com as análises nas sessões anteriores, é possível concluir que o gasto com medicamentos corresponde a uma média >2% da despesa total com saúde pelos municípios. Ademais, foi demonstrado que a média de gastos com ASPS pelos municípios é superior ao estipulado pela lei EC n° 29/2000, enquanto o estado da Paraíba e a União não seguem esse aumento.

Diante disso, constata-se um déficit no fomento à saúde em decorrência da limitada participação da União, mesmo sendo esta responsável por arrecadar a maior parcela da receita pública. Ao descentralizar os gastos, a União torna os municípios brasileiros responsáveis pelo financiamento do setor, incluindo as despesas com medicamentos.

Assim, por meio desse estudo é demonstrado a necessidade de mais trabalhos que envolvam a análise estatística de dados fornecidos por sistemas de informações como o SIOPS, Siga Brasil, FINBRA (Finanças Municipais) e outros que promovam a

transparência e possibilitem a discussão das despesas realizadas pelos entes políticos da República em diferentes áreas. Também se faz necessário que órgãos de fiscalização tomem medidas que favoreçam o cumprimento da transparência dos dados. No tocante à sociedade civil, é imprescindível o entendimento a respeito da participação popular, considerando que esse é um dos princípios do SUS, isso se aplica na importância de se cobrar mais investimentos em saúde por parte dos municípios, DF, estados e união.

Contribuições dos autores

MLAC, TML, GRMF: concepção, delineamento e análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, e aprovação da versão a ser publicada.

Conflitos de interesse

Todos os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento

Não houve financiamento para realização desta pesquisa.

Declaração de disponibilidade de dados

Os dados serão disponibilizados mediante solicitação. Os conjuntos de dados gerados do estudo atual estão disponíveis mediante solicitação ao autor correspondente.

Editor responsável

Lindemberg Assunção Costa.

Referências

1. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2016 [citado 13 março 2024]. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
2. Souza DO. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. [Internet] 2020 [citado 13 Março 2024]; 30(03): e300313. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300313>
3. World Bank. Global stock-take of social accountability initiatives for budget transparency and monitoring: key challenges and lessons learned

- [Internet]. Washington, DC; 2013 [citado 13 março 2024]. 166 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10986/16661>
4. Santos RCC. Financiamento da Saúde Pública no Brasil. [Internet]. Belo Horizonte: Fórum, 2016. [citado 13 março 2024]. 206 p. Disponível em: https://www.mpc.pa.gov.br/arquivos/ceaf/biblioteca_virtual/13t5eemzzrjdaj0uon896ttaug6x2up-doa8seki43r.pdf
 5. Castro MC, Cavalcanti ITN, Barreto AAM, Oliveira AS, Sousa AG, Pereira ACSS, Peters JR, Aragão ES. Panorama estatístico do gasto federal com medicamentos. *J Assist Farmac Farmacocon*. [Internet]. 8º de novembro de 2023 [citado 5º de junho de 2024];8(2). Disponível em: <https://ojs.jaff.org.br/ojs/index.php/jaff/article/view/743>
 6. Vieira, FS. Desafios do Estado quanto à incorporação de medicamentos no Sistema Único de Saúde [internet]. Rio de Janeiro: Ipea; 2019 [citado 13 março 2024]. 44 p. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9357/1/td_2500.pdf
 7. Hensher M, Tisdell J, Zimitat C. “Too much medicine”: Insights and explanations from economic theory and research. *Soc Sci Med*. [Internet]. 2017 [citado 13 março 2024];176: 77-84. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953617300278?via%3Dihub>
 8. Vieira FS. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2023 [citado 13 março 2024]; 57(1). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004579>
 9. Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências [Internet]. Brasília: CNJ; 2015 [citado 13 março 2024]. 64 p. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/4292ed5b6a888bdac-178d51740f4066.pdf>
 10. Andrade EL, Costa AM, Rizzoto MLF. Seguridade Social: caminho para solucionar o desfinanciamento do SUS, combater a desigualdade e reconstruir a democracia. *Saúde em Debate*. [Internet]. 2023 [citado 13 março 2024];47(138):5–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313700>
 11. Freitas GRM, Neyeloff JL, Balbinotto Neto G, Heineck I. Drug-Related Morbidity in Brazil: A Cost-of-Illness Model. *Value Health Reg Issues*. [Internet]. 2018 Dec [citado 05 jun 2024];17:150-157. Disponível em: doi: 10.1016/j.vhri.2018.07.002
 12. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2019 [citado 13 março 2024]; 24(12):4405–4415. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desempenho. Cartilha de orientação SIOPS. [Internet]. Brasil: MS; 2022 [citado 13 março 2024]. 215 p. Disponível em: http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_orientacao_siops.pdf
 14. Brasil. Emenda Constitucional N° 29, de 13 de setembro de 2000. Assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde [Internet]. Brasília, DF: Congresso Nacional; 2000 [citado 02 novembro 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm
 15. Brasil. Lei Complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal [Internet]. Brasília, DF: Congresso Nacional; 2012 [citado 13 março 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm
 16. Romão ALP. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. *Direito Sanitário*. [Internet] 2019 [citado 14 novembro 2024];20(1):86-106. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i1p86-106>
 17. Tasca R, Benevides RPS. SUS: desafios para tornar eficiente um sistema universal e subfinanciado. In: Ocké-Reis CO, organizador. *SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde*. Brasília: Ipea; 2023 [citado 13 março 2024]. 41-49 p. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12029/1/SUS_avaliao%C3%A7%C3%A3o_da_eficiencia.pdf
 18. Brasil. Lei Complementar n° 200, de 30 de agosto de 2023. Institui o Regime Fiscal Sustentável e dá outras disposições [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2023 [citado em 2024 nov 4]. Disponível em: <https://www.pl.gov.br/ccivil/leis/lcp/lcp200.htm>
 19. Paulo LFA, Rodrigues JM. Governança orçamentária em saúde e educação: razões para reduzir as garantias constitucionais? In: Couto

- LF, Rodrigues JM, organizadores. Governança Orçamentária. Rio de Janeiro: IPEA; 2022 [citado 13 março 2024]. 475-510 p. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11565>
20. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*. [Internet]. 2018 [citado 13 março 2024];42 Suppl 1:208–223. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
 21. Andrade NN, Silva Júnior AFA. Economicidade na Assistência Farmacêutica Básica: Uma Comparação dos Custos do Programa de Assistência Farmacêutica Básica e do Programa Farmácia Popular do Brasil em Alagoas. *Revista da CGU*. [Internet] 2017 [citado 14 março 2024];9(15):700-737. Disponível em: https://revista.cgu.gov.br/Revista_da_CGU/article/view/107/pdf_42
 22. Araújo CEL, Gonçalves GQ, Machado JA. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2017Mar;22(3):953–63. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.15542016>
 23. Almeida RS. Análise dos gastos com medicamentos dos municípios da microrregião de saúde de Unaí, região noroeste do Estado de Minas Gerais, entre o ano de 2012 a 2016 [tese]. Goiânia: Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás; 2018. 25 p.
 24. Gewehr DM, Colet CF, Bandeira VAC. Custo de um município do sul do Brasil com medicamentos de uso contínuo dispensados na Atenção Primária à Saúde. *J Bras Econ Saúde* [internet]. 2022 [citado 05 jun 2024];14(2):133-9. Disponível em: https://jbres.com.br/wp-content/uploads/2022/12/JBES_142-p133-139.pdf
 25. Nobre V, Faria M. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Nota Técnica nº 29: Análise do Orçamento da Saúde. [Internet]. São Paulo: IEPS; 2023 [citado 01 novembro 2024]; 10 p. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/04/IEPS_NT29.pdf
 26. Brasil. Ministério da Fazenda. Despesas por Função do Governo Central. Classificação COFOG. [Internet]. Brasília; 2022 [citado 04 novembro 2024]. 12 p. Disponível em: https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::::9:P9_ID_PUBLICACAO:47314
 27. Cruz WGN, Barros RD de, Souza LEPP de. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2022 [citado 06 novembro 2024];27(6):2459–69. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15062021>
 28. Vargas-Pelaez CM, Rover MRM, Soares L, Blatt CR, Mantel-Teeuwisse AK, Rossi FA, Restrepo LG, et al. Judicialization of access to medicines in four Latin American countries: a comparative qualitative analysis. *Int J Equity Health*. [Internet]. 2019 [citado 05 jun 2024];18(1):68. Disponível em: doi: 10.1186/s12939-019-0960-z
 29. Pacheco LF, Pereira LY, Sousa RGS, Silva JMA, Carvalho BCC, Freitas GRM. Ações judiciais relacionadas a medicamentos em João Pessoa, PB, Brasil. *Infarma - Ciências Farmacêuticas*. [Internet]. 2023 [citado 05 jun 2024];35(2):191-203. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/372097274_ACOES_JUDICIAIS_RELACIONADAS_A_MEDICAMENTOS_EM_JOAO_PESSOA_PB_BRASIL
 30. Braga BSF, Oliveira YM da C, Ferreira MAF. Gastos com a judicialização de medicamentos: uma revisão integrativa. *R. Dir. sanit.* [Internet]. 7º de abril de 2021 [citado 5º de junho de 2024];21:e0003. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/156686>
 31. Diniz D, Machado TRC, Penalva J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Cien Saude Colet*. [Internet] 2014 [citado 5 jun 2024];19:591-598. Disponível em: 10.1590/1413-81232014192.23072012.
 32. Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de Saúde no Brasil: Organização e Financiamento. [Internet]: Rio de Janeiro: ABrES [citado 14 março 2024]. 133 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf
 33. Duarte LS, Viana MMO, Scalco N. Incentivos financeiros para mudança de modelo na atenção básica dos municípios paulistas. *Saúde e Sociedade*. [Internet] 2023 [citado 14 março 2024];32(1):e210401pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210401pt>

