

S

Revista Brasileira de

Saúde

ISSN 3085-8089

vol. 1, n. 10, 2025

... ARTIGO 3

Data de Aceite: 13/11/2025

GASTOS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: UM OLHAR PARA O PLANEJAR EM SAÚDE

Sergialyson Brasil Farias;

Débora Manuela de Araújo Costa

Hellen Viana Matias

Pedro Victor Rodrigues da Silva

Ana Paula Duarte Pires

Jose Helton de Vasconcelos Arcoverde

Luiz Henrique Alexandre dos Santos

Marília Arcoverde Holanda

Alder Pacheco Vilela

Rosemary Nunes Bezerra

Marília Martins



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Resumo: O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por todas as ações e serviços de saúde providos por instituições públicas federais, estaduais e municipais. Ressalta-se que a assistência farmacêutica faz parte do mesmo. Ela foi definida pela Política Nacional de Medicamentos (PNM) como um grupo de ações envolvidas com o medicamento, direcionadas para apoiar as necessidades da comunidade com os serviços de saúde, visando à relação paciente e comunidade no âmbito da promoção da saúde. Dessa maneira, este estudo tem como objetivo avaliar se os gastos em assistência farmacêutica estão de acordo com os instrumentos de planejamento nos municípios da VI regional de saúde no período de 2018. Trata-se de uma pesquisa quantitativa de natureza descritiva e transversal. Mais de 50% dos municípios da região de saúde não apresentaram orçamentos em suas programações de saúde, 20% não definiram metas e ações em seus Planos Municipais de Saúde e vários campos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) não constaram dados de gastos na assistência farmacêutica. Existindo também, uma fragilização na utilização dos instrumentos de planejamento e de monitoramento, onde percebemos que não acontece um interlace entre estes, no qual são altamente necessários para a gestão em saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Assistência Farmacêutica; Planejamento; Gastos em saúde.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por todas as ações e serviços de saúde provida por institutos públicos fede-

rais, estaduais e municipais. Seus princípios propõem que a saúde deixe de ser restrita e passe a ser universal, dessa forma, o direito converte-se para todos. O mesmo é considerado uma das maiores conquistas sociais na constituição de 1988 (Brasil, 2000). A regulamentação desse sistema se deu com a Lei Orgânica de Saúde de nº 8080/90, a qual estabelece formalmente as diretrizes e princípios do SUS (Coelho, 2012). A iniciativa privada pode participar desse sistema de forma complementar (Brasil, 2000).

No mesmo ano, foi sancionada a Lei 8.142, a qual descreve sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Diante disso, foram concebidas duas instâncias colegiadas, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, em cada esfera de governo. A primeira ocorre com periodicidade de quatro anos, com a participação de vários segmentos da sociedade e o segundo, respectivamente, atua no controle da execução das políticas de saúde, composto por representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde, além de usuários (Brasil, 1990).

No transcorrer da implementação do SUS várias normativas foram publicadas com o objetivo de operacionalizá-lo. E o planejamento “tem sido reconhecido como método, ferramenta, instrumento ou técnica para a gestão, gerência ou administração” (MERHY, 1995). No âmbito da saúde, deve ser organizado como um sistema de desempenho contínuo, articulado e integrado às três esferas de gestão do SUS e esse processo na saúde pública atende a diversos fundamentos legais (Brasil, 2009).

Sabe-se que para o bom funcionamento das ações de saúde, precisa-se como aliado a um bom planejamento, considerado uma ferramenta da administração, per-

mite que gestores das instituições realizem o seu trabalho em função de propósitos explícitos, acompanhando o trabalho dos que se encontram sob a sua orientação. O mesmo tem como identificar problemas e conseguir meios de superá-los (Paim & Campos, 2006).

O planejamento tem destaque na gestão do SUS de forma crescente e articulada, os seus instrumentos se relacionam diretamente com a função de gestor em todas as esferas de governo, sendo eles: o Plano de Saúde (PS) - Registro das intenções e resultados a serem alcançados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes, metas e indicadores, a Programação Anual de Saúde (PAS) - operacionalização do que consta no Plano de Saúde, o conjunto de ações anuais que irão garantir o alcance dos objetivos e metas do Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão (RAG) - Registro dos resultados alcançados com a execução da PAS (Brasil, 2015).

Baseado na Constituição Brasileira de 1988, o financiamento do SUS é atribuição da União, estados, Distrito Federal e municípios por meio dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) - impostos e contribuições sobre a folha de salários, lucro e faturamento às áreas da saúde, previdência e assistência social - e do orçamento fiscal daqueles entes federados.

A ausência de parâmetro legal que induzisse as três esferas a destinarem recursos para a área de saúde; a instabilidade (associada a ciclos econômicos e/ou à concorrência com outras políticas públicas) das fontes de financiamento no âmbito da União, responsável pela maior parcela dos recursos destinados ao SUS; e a natureza emergencial e provisória de medidas recorrentemente adotadas para fazer frente à falta de recur-

sos para o setor, foram os problemas que comprometeram o financiamento do SUS (Brasil, 2006). Sendo assim, “O sistema está baseado no financiamento público e na cobertura universal das ações de saúde. Dessa forma, para que o Estado possa garantir a manutenção do sistema, é necessário que se atente para a estabilidade dos gastos com a saúde e, conseqüentemente, para a captação de recursos” (Reis, 2015).

A assistência farmacêutica foi definida pela Política Nacional de Medicamentos (PNM) como um grupo de ações envolvidas com o medicamento, direcionadas para apoiar as necessidades da comunidade com os serviços de saúde, englobando ações multiprofissional e intersetorial, visando à relação paciente e comunidade no âmbito da promoção da saúde (Marin et al., 2003).

O financiamento da assistência farmacêutica é de responsabilidade das três esferas (federal, estadual e municipal) do SUS, sendo pactuadas as normas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Os recursos federais são repassados para a mesma de forma dividida em componentes, que são eles: Básico, Estratégico e Especializado (Vieira, 2010). Utiliza-se de forma homogênea no país, um valor percapita, e não outros parâmetros que incorporem especificidades dos municípios, regiões e estados, conforme mantido até a última pactuação, em 2013. O gasto farmacêutico pode ser bastante significativo em função do alto valor unitário de alguns medicamentos ou pelo grande volume de itens necessários a suprir as necessidades da população (Piketty, 2014).

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) que funciona como ferramenta de coleta e organização de dados sobre receitas totais e des-

pesas em ações e serviços públicos de saúde no âmbito dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, será utilizado para visualizar esses gastos na assistência farmacêutica. Após um processo de aperfeiçoamento contínuo instaurado, o banco de dados do SIOPS passou a ser alimentado pela internet por meio de dados fornecidos pelas unidades da Federação. O conteúdo permite a realização de diversos tipos de consultas e a oferta de relatórios com informações mais detalhadas (Brasil, 2013).

Diante disso, foi visto que muitos trabalhos analisam o financiamento e gastos em saúde no Brasil, mas poucos estudos mostram a correlação entre o planejar com o gastar na subfunção farmacêutica. Dessa maneira, o presente estudo tem como objetivo avaliar se os gastos em Assistência Farmacêutica estão de acordo com os instrumentos de planejamento nos municípios da VI regional de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de natureza descritiva e transversal sendo um estudo detalhado, com coleta de elementos, análise e interpretação dos mesmos, utilizando-se de dados secundários de domínio público, envolvendo os treze municípios que formam a VI Região de Saúde no ano de 2018. A VI Gerência Regional de Saúde (GERES), com sede em Arcoverde, integra a Macrorregião de Saúde 3 – Sertão, com sede em Serra Talhada e está conformada em duas Microrregiões de Saúde: a X Microrregião de Saúde com sede em Arcoverde, comporta além da sede, os municípios de Buíque, Custódia, Ibimirim, Pedra, Sertânia, Tupanatinga e Venturosa; e a XI Microrregião de Saúde com sede em Petrolândia, incluindo

os municípios de Inajá, Jatobá, Manari e Tacaratu. Sua área territorial cobre 13.706,1 km² (Pernambuco, 2013).

A metodologia utilizada para compilação e análise dos dados referentes ao financiamento e o gasto em saúde destes municípios, utilizou o resultado dos indicadores (Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do

Município, por habitante; Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde; Percentual das receitas de impostos em relação à receita total e Percentual das transferências intergovernamentais corrente e de capital em relação à receita total do município) do período de 2018.

Oriundos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) que possui acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde e disponibiliza informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. Foram utilizados também, dados do Censo Demográfico e o nível socioeconômico (Índice de Desenvolvimento Humano – IDH) coletados no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE).

Além disso, foram utilizados os dados planejados para a assistência farmacêutica dos Planos Municipais de Saúde (PMS) (2018-2021) e Programações Anuais de Saúde (PAS) dos municípios originários do SargSUS que é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, para a correlação dos gastos com o planejamento. Os dados do bloco investimento e custeio para assistência farmacêutica do Fundo Nacional de Saúde (FNS) também foram utilizados para a avaliação dos

valores repassados para o Fundo Municipal de Saúde de cada município.

O agrupamento de dados foi feito a partir da construção de uma tabela em excel com dados do SIOPS, que são os indicadores citados acima, além de dados do SargSus no qual colocamos as informações dos PMS e PAS. A partir dessa tabela, foi feita a avaliação dos dados da assistência farmacêutica (AF) sobre o seu planejamento nos municípios da VI Regional, com suporte nisso visualizamos se os descritores do planejamento estavam ou não para essa subfunção da saúde. Após isso, observamos os gastos efetuados em AF com os dados vistos no SIOPS e posteriormente pudemos avaliar se o gasto da assistência farmacêutica estava relacionado com o planejamento que os municípios tinham para essa área da saúde.

RESULTADOS

Indicadores de Despesas do SIOPS e Dados do IDH

O primeiro indicador “despesa total per capita” representa o gasto médio em reais com saúde, por habitante, sob responsabilidade do município, o qual é calculado a partir da soma dos recursos próprios municipais e das transferências intergovernamentais, dividido pelo número de habitantes. Na tabela 1 observa-se que o município de Buíque investe o menor valor per capita sendo apenas R\$ 308,44 seguido de Tupanatinga com R\$ 443,80. Em contrapartida, Jatobá e Venturosa foram os que mais investiram nesse indicador R\$ 718,67 e R\$ 668,94, respectivamente. Os demais municípios apresentaram uma média de valor heterogênea.

O segundo indicador “participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde” tem como finalidade dimensionar o comprometimento dos recursos com as Despesas com Medicamentos, ou seja, das despesas totais com saúde, quanto o município gastou com a aquisição de medicamentos. A tabela mostra que o município de Venturosa investiu 15,57 % da sua despesa total em saúde e Custódia 9,71%. Já a cidade de Sertânia não apresentou nenhum investimento nesse indicador, sendo o único dentre os 13 municípios da regional que não visualizamos este indicador.

O dois últimos indicadores apresentados na tabela 1, “Percentual das receitas de impostos em relação à receita total” e “percentual das transferências intergovernamentais corrente e de capital em relação à receita total do município” demonstram a participação da arrecadação de impostos (IRRE, ITR, IPTU, ISS e ITBI), em relação as receitas totais do Município e dimensiona a dependência do Município em relação aos recursos transferidos pela União (FPM) e pelos Estados (ICMS), respectivamente.

Ressalta-se que este último indicador deve ser avaliado em conjunto com o penúltimo citado, uma vez que o somatório dos dois percentuais deverá estar próximo ao total da receita arrecadada do Município. É possível identificar que após a soma Jatobá com 98,92% apresenta maior percentual de dependência em relação a transferência de recursos de outras esferas de governo, seguido por Petrolândia com 96,98%. E o município que apresentou menor dependência foi Custódia com 64,79%.

Os municípios da VI Regional, de acordo com o IBGE (2010), se apresentaram em relação ao IDH Arcoverde (0,667), seguido por Jatobá (0,645), Petrolândia (0,623), Sertânia (0,613), Custódia (0,594), Venturosa (0,592), Tacaratu (0,573), Pedra (0,567),

Ibimirim (0,552), Buíque (0,527), Inajá (0,523), Tupanatinga (0,519) e Manari (0,487), o qual apresenta o índice mais baixo próximo de 0.

Planos Municipais de Saúde, Programações Anuais de Saúde e SIOPS

Do total de treze municípios que compõem a mesma, todos tiveram seus Planos de Saúde (PMS) e Programações Anuais de Saúde (PAS) analisados. Essa observação define as prioridades da subfunção assistência farmacêutica a serem abordadas, as intenções e resultados a serem buscados pelo município em um período anual e de quatro anos, expressa em ações, metas e recursos orçamentários.

Os municípios destacam algumas proposições comumente em seus PMS visualizados no apêndice I, a exemplo disso pode-se observar que Arcoverde, Buíque, Custódia, Manari e Petrolândia apontaram como meta “Construir ou Adequar à estrutura física da CAF - Central de Abastecimento farmacêutico”. O segundo ponto mais abordado foi “instituir, divulgar, acompanhar e revisar a REMUME utilizando a RENAME anualmente” apontado pelos municípios de Arcoverde, Buíque, Custódia, Manari, Pedra, Sertânia e Venturosa. E como terceiro propósito mais citado, visto no apêndice, pode-se descrever a “Implantação do sistema HÓRUS em todas as unidades da rede de

saúde dos municípios da VI geres”. Tacaratu e Inajá foram os municípios que não estabeleceram nenhuma meta planejada nos seus PMS.

Quando relacionados à PAS uma das principais metas mencionadas para a assistência farmacêutica foi “desenvolvimento, elaboração ou Implementação da assistência farmacêutica no âmbito do SUS” citado por Arcoverde, Buíque e Custódia. Os municípios de Pedra e Petrolândia pontuaram uma ação diferente de todas as apresentadas pelo demais, sendo esta “garantir rastreamento e controle de estoque de medicamentos nas unidades de saúde, promovendo o abastecimento adequado e evitando perdas por validade vencida”.

Dentre as ações de Petrolândia estão “utilizar recursos do QUALIFAR-SUS para estruturação das áreas de armazenamento e dispensação de medicamentos existentes, realizar inventários periódicos nas Farmácias do município e realizar capacitação anual dos operadores do Sistema Hórus no município.” Tacaratu também não apresentou nenhuma meta planejada na sua PAS.

O recurso orçamentário baseia-se em planejar e realizar despesas levando em consideração a disponibilidade financeira da administração e o cumprimento das regras legais. Pode-se observar no apêndice I que nas PAS dos municípios da VI GERES, apenas Arcoverde, Buíque e Manari orçaram e informaram o valor do recurso programado para as ações da assistência farmacêutica no ano de 2018.

Entre os indicadores de repasses de receitas, a participação municipal e estadual tem baixo peso percentual em todos os municípios, revelando um enfraquecimento na capacidade de arrecadação para assistên-

Município/ Indicadores	Despesa total em Saúde, em R\$/hab	Participação da despesa com medicamento	Receitas Impostos na Receita total do município	Participação das transferências intergovernamen- tais na receita total dos municípios
Arcoverde	R\$ 467,70	1,37%	7,16%	73,99% = 81,15%
Buíque	R\$ 308,44	2,18%	2,96%	81,08% = 84,15%
Custódia	R\$ 464,35	0,69%	5,71%	59,08% = 64,79%
Ibimirim	R\$ 483,59	4,70%	3,19%	84,16% = 87,35%
Inajá	R\$ 467,70	1,37%	1,53%	88,05% = 89,55%
Jatobá	R\$ 718,67	5,25%	4,43%	94,49% = 98,92%
Manari	R\$ 487,87	0,89%	2,10%	91,15% = 93,25%
Pedra	R\$ 582,26	1,69 %	1,89 %	88,78 % = 90,67%
Petrolândia	R\$ 579,81	7,22 %	3,92 %	92,90 % = 96,98%
Sertânia	R\$ 554,41	0,00 %	14,20 %	81,35 % = 95,55%
Tacaratu	R\$ 503,05	1,02 %	4,17 %	89,67 % = 93,84%
Tupanatinga	R\$ 443,82	1,11 %	2,82 %	84,61 % = 87,43%
Venturosa	R\$ 668,94	15,57 %	2,95 %	85,37 % = 88,32%

Tabela 1. Índice de Financiamento e Gastos com Saúde por Municípios da VI Regional de Saúde de PE, no Ano de 2018.

Fonte: SIOPS, 2019.

cia farmacêutica dos municípios. As receitas federais encontram-se zeradas no SIOPS em sete municípios: Buíque, Inajá, Jatobá, Manari, Petrolândia, Tacaratu e Tupanatinga. Arcoverde apresentou o maior valor, equivalendo a R\$ 473.516,51, enquanto Sertânia recebeu apenas R\$146.840,56 (Apêndice I).

De acordo com os dados informados no Fundo Nacional de Saúde, observou-se que todos os municípios da regional receberam recurso para assistência farmacêutica no bloco custeio e apenas Arcoverde, Buíque, Custódia e Inajá receberam no bloco investimento (Apêndice I).

DISCUSSÃO

Os municípios ganharam uma grande parte das responsabilidades com o processo de descentralização. As autoridades locais tornaram-se fundamentais no provimento de serviços de saúde e hoje ocupam um importante papel no seu financiamento (Arretche, 2003).

Em relação aos indicadores citados no presente estudo, a despesa total per capita em saúde, de acordo com o porte populacional diminui conforme a população decresce, com exceção dos municípios com até 20.000 indivíduos. Essa ressalva pode estar relacionada a diversos fatores como a dificuldade em obter recursos, contratar profissionais e desempenhar procedimentos de média e alta complexidade (Araújo, Gonçalves & Machado, 2017). Essas informações foram de acordo com as encontradas neste estudo, pois os municípios de Jatobá e Venturosa são os únicos que são de baixo porte populacional, 14.796 e 18.482 habitantes, respectivamente (IBGE, 2019), e estão entre os que apresentam maior despesa per capita.

Esse aumento nas despesas foi analisado no estudo de Neto et al. (2017), em que os autores evidenciaram que o cálculo da despesa per capita considera apenas a população oficial, ou seja, não considera os usuários da saúde que residem em outros municípios e acabam utilizando os serviços ofertados. E os mesmos, também relatam que a alocação de receitas próprias dos municípios são encaminhadas principalmente para a despesa com pessoal, provavelmente, devido à descentralização e a necessidade de gerar condições de execução das políticas no território.

Observando o indicador “participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde” notou-se em outro estudo uma grande variação nos gastos médios com medicamentos, que por serem municípios do mesmo porte os gastos variam de forma discrepante. Porém, em termos qualitativos as listas de medicamentos diferenciam pouco entre os municípios por causa da forma de financiamento da assistência e da utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME para aquisição de medicamentos (Vieira; Zucchi, 2014).

Nos últimos indicadores expressados na pesquisa “Percentual das receitas de impostos em relação à receita total” e “percentual das transferências intergovernamentais em relação à receita total do município” foi possível identificar uma grande dependência dos municípios em relação às transferências de outras esferas de governo, o valor apresentado por Jatobá, discorda com a colocação do estudo de Neto et al. (2017), pois o mesmo fala que os municípios que apresentam o menor IDHM deveriam receber um maior valor de investimento e transferência de recurso para saúde. E o município citado

no presente estudo é o que apresenta um dos maiores IDHM da VI regional.

Os 13 municípios estudados apresentam autonomia para estabelecer as linhas gerais do processo de construção do seu Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde seguindo os princípios e diretrizes propostos na legislação do SUS. Os instrumentos de planejamento para a gestão são baseados na realização de um diagnóstico situacional da saúde em diversos âmbitos com o intuito de identificar e formular, enfatizando os problemas de uma determinada região.

A observação dos Planos Municipais de Saúde, das Programações Anuais de Saúde revela baixo nível de conhecimento dos conceitos básicos para elaboração dos instrumentos de gestão pelos municípios avaliados. Observou-se que cada município elabora o mesmo de forma desigual, onde em geral o conteúdo expresso relativo à assistência farmacêutica não segue a estrutura organizativa proposta para os Planos de Saúde e para a PAS, os mesmos não sabem diferenciar metas de ações. Saliba e colaboradores (2013) identificaram em seu estudo que “os planos de saúde não apresentavam forma estruturada, clara e definida”, corroborando com os resultados encontrados pelo presente estudo.

Os municípios de Tacaratu e Inajá foram os que não estabeleceram nenhuma meta planejada em seus PMS para a assistência farmacêutica, o que condiz com os resultados apontados por Barreto e Guimarães 2010, que analisaram em seu trabalho problemas na confecção e divulgação do Plano Municipal de Assistência Farmacêutica. É importante salientar que ainda conforme Barreto e Guimarães (2010) as elaborações dos Instrumentos tiveram baixa participação

de gerentes, coordenadores e farmacêuticos de unidades, com muitos relatos de falta de conhecimento destes sobre os instrumentos, o que pode prejudicar sua elaboração e a falta de componentes conforme observamos em nosso trabalho.

Souza e colaboradores (2013) relataram que as metas e ações da assistência farmacêutica foram mencionadas nos Planos Municipais de Saúde, além da existência de lista padronizada de medicamentos e coordenação da Assistência Farmacêutica no organograma das secretarias municipais de saúde, no qual contrasta com o elevado percentual de municípios com lista padronizada de medicamentos, Rename do Ministério da Saúde, por exemplo.

No presente estudo foi observado que apenas os municípios de Arcoverde, Buíque e Manari orçaram e informaram o valor do recurso programado para as ações da assistência farmacêutica no ano de 2018. Esse resultado corrobora com os achados do estudo de Oliveira, Costa e Tavares (2018), no qual os mesmos relataram que menos da metade dos municípios (47,4%) informam que as ações da Assistência Farmacêutica estão presentes na Programação Anual da Saúde (PAS), que contém, de forma sistematizada, as ações, os recursos financeiros e outros elementos que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde.

No presente estudo observou-se que mais de 50% dos municípios da VI regional não informaram os dados de repasses financeiros no SIOPS, uma ferramenta criada para o planejamento, gestão e controle social dos gastos públicos em saúde, corroborando com FALANGOLA, et. al 2010 e com os resultados de Sousa et al. (2011), no qual em seu estudo 40% dos municípios em

um semestre não transmitiram informações para o SIOPS.

Considerando que as informações prestadas ao sistema são declaratórias e que, no caso dos municípios, não estão sujeitas à verificação da consistência, os 60% que transmitem a informação podem estar sujeitos a diferentes graus de precisão nos dados disponibilizados”. Bezerra (2008), relata que essa “variação e irregularidade na alimentação o SIOPS, enfraquece a função da ferramenta de informação gerencial”.

Um dos fatores que pode está relacionado às falhas de preenchimentos dos dados no SIOPS, é a ausência da gestão de saúde municipal na própria alimentação do sistema e a transferência da responsabilidade aos prestadores terceirizados, justificados pela deficiência de recursos humanos qualificados para análise das informações obtidas nas secretarias (Campos, 2008).

Teixeira (2003) ainda fala que existe um baixo investimento para cursos de capacitação dos gestores, o que aumenta a fragilidade dos mesmos no uso do SIOPS, por mais que exista na própria página do sistema esclarecendo os usuários acerca do preenchimento da declaração.

A responsabilidade de execução da assistência farmacêutica básica é do gestor municipal, de acordo com o princípio da descentralização, podendo acontecer pactuações na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para a aquisição de medicamentos. Sabendo disso, a transferência do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde estava associada ao cumprimento de algumas condições. Essa transferência poderia ser vetada, se os municípios não cumprissem com os seguintes requisitos: irregularidades na utilização dos

recursos e se não aplicassem os valores mínimos pactuados (Brasil, 2011).

Foi observado nos resultados apresentados por esse estudo, que todos os municípios apresentaram os valores de transferências de recursos para a assistência farmacêutica no FNS, concluindo que os requisitos estabelecidos foram cumpridos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo observou-se que não existiu uma consonância entre os PMS, as PAS e os gastos em assistência farmacêutica. Ou seja, existe uma fragilização na utilização dos instrumentos de planejamento e de monitoramento, onde percebemos que não existe um interlace entre estes, um ponto chave de suma importância para a gestão em saúde. Também foi possível avaliar que a pesquisa apresentou uma limitação no momento de correlacionar os instrumentos de gestão com o que foi gasto, pois mais de 50% dos municípios da regional não apresentaram orçamentos em suas programações de saúde e vários campos de dados do SIOPS não foram preenchidos.

Constatou-se a existência de deficiências nos Planos Municipais de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde analisados frente às ações de planejamento em assistência farmacêutica. Foram evidenciadas fragilidades e necessidades nos instrumentos de gestão, na qual nem sempre são contempladas nas diretrizes e metas como intenções e ações a serem implementadas, percebendo que em alguns planos, existia a falta de compreensão das definições desses elementos. Confirma-se ainda o desconhecimento em relação às competências do município no que diz respeito às suas responsabilidades em relação à Assistência Farmacêutica.

Evidenciaram-se também aspectos que têm relação na irregularidade da alimentação e utilização do SIOPS como instrumento de gestão. Um dos fatores que pode estar relacionado a essa questão, é a contratação de serviços terceirizados para a alimentação do sistema, no qual contribui para a participação insuficiente da gestão de saúde municipal na alimentação (Silvia et al., 2010).

No campo da avaliação da política de saúde, o município deve estar vigilante para o seu padrão de planejamento e gasto da saúde. Considera-se essencial esse tipo de avaliação do gestor municipal, a fim de poder se responsabilizar por todas as ações e serviços públicos de saúde no âmbito de seu território, particularmente à assistência farmacêutica.

Vale ressaltar para a conclusão da pesquisa que com o congelamento dos gastos públicos por 20 anos, estabelecidos com a aprovação da Emenda Constitucional 95, a situação de austeridade fiscal provavelmente se estabelecerá. Nesse sentido, seria muito importante que os gestores municipais se apoderassem de um planejamento estruturado, assegurando metas e ações efetivas com o recurso orçado, melhorando o gasto na saúde e principalmente na assistência farmacêutica, com objetivos de melhoria de seus resultados, respondendo às necessidades de saúde da população local e o funcionamento do SUS.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. *Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 953-963, 2017. Acesso em : 9 de maio de 2025
- ARRETCHE, M. *Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003. Acesso em: 10 de maio de 2025.
- BARRETO, J. L.; GUIMARAES, M. C. L.; *Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, June 2010. Acesso em: 20 de maio de 2025.
- BEZERRA, A. F. B.; *Avaliação do SIOPS e capacitação de gestores municipais para a atualização e qualificação dos dados no uso da tecnologia da informação. Relatório de Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Pesquisa Saúde – DECIT/ SCTIE/MS; 2008. <http://pesquisasaude.saude.gov.br/bdgdecit/index.php?lg=BR>. Acesso em 08/nov/2022).*
- BRASIL. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2015. 133 p. (Para Entender a Gestão do SUS - 2015). Disponível em: < <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>. Acesso: em 14 out. 2019. Acesso em: 12 de abril de 2025
- BRASIL. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde: Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. 2003.9 de maio de 2025.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1990. Acesso em 10 de julho de 2025.

BRASIL. Ministério Da Saúde. SECRETARIA EXECUTIVA. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. 2000. Acesso em: 10 de julho de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento**. 2. ed. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <Disponível em: <https://goo.gl/uH4Ypu> >. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p.140: il. – (Série Ecos, Economia da Saúde para a Gestão do SUS ; Eixo 2, v. 1) p. 13. Acesso em: 4 de abril de 2025.

CAMPOS, L. A. Terceirização de serviços públicos. *Boletim Jurídico* 2006; (190). <http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=1470> (acessado em 10/Nov/2019). Acesso em: 6 de abril de 2025.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, 2012. v.1 p.21. Acesso em: 18 de maio de 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=IDH&searchphrase=all>. Acesso em: 03/02/2020. Acesso em: 5 de maio de 2025.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSÓRIO, C. C. G. S.; MACHADO, S. S.; *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. **Brasília: Opas/OMS**; 2003. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/af_gerentes_municipais.pdf. Acessado em 5 de fevereiro de 2020. Acesso em: 5 de abril de 2025.

MERHY, E. E.; *Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento em saúde no Brasil*, in: E. Gallo. **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, p. 117-49. Acesso em: 8 de maio de 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007. *Aprovar as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde*. Disponível em: Acesso em: 13 de fevereiro de 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria Nº 204, de 29 de janeiro de 2007. *Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle*. **Diário Oficial Uniao**. 31 jan 2007; Seção 1:45. [Retificação publicada no Diário Oficial Uniao. 14 mar 2007; Seção 1:46]. Acesso em: 9 de março de 2025.

NETO, S. et al. *Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo*, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, 2017. Acesso em: 11 de março de 2025.

OCKÉ, R. C. *Qual a magnitude do gasto tributário em saúde?* Disponível: <http://cebes.org.br/2014/12/carlos-ocke-escreve-sobre-gasto-tributario-em-saude/>. Acesso: em 15 nov. 2019.

PAIM, J. S.; CAMPOS, G. W. **Tratado de Saúde Coletiva**, HUCITEC/FIOCRUZ, 2006, p. 767-782. Acesso em: 9 de julho de 2025.

PERNAMBUCO. *Mapa analítico de saúde da VI Região de Saúde Pernambuco*. Secretarias municipais de saúde. 2013. Acesso em: 2 de junho de 2025.

PIKETTY T. O capital no século XXI. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2014. http://www.fsp.usp.br/rsp/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-51-S1518-87872017051007060/0034-8910-rsp-51-S-1518-87872017051007060-pt.pdf. Acesso em: 5 de julho de 2025.

RODRIGUES, O. W.; SARMENTO, C. K.; UR-RUTH, L. N.; *Gestão da Assistência Farmacêutica em Regiões de Saúde do Ceará: um recorte do projeto qualisus-rede*. **Rev. G&S** [Internet]. 30º de janeiro de 2018 [citado 31º de janeiro de 2020]; v. 9, n.1, p. 95-109. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10438>. Acesso em: 9 de maio de 2025.

SALIBA, N. A. et al. *Plano Municipal de Saúde: análise do Instrumento de Gestão*. Uberlândia, v. citado 15 abr. 2016 29, n. 1, p. 224-230, Jan./Feb. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/download/15054/11991119> 91 >. Acesso: em 10 fev. 2020.

SILVA, K. S. B. et al.; *Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais*, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 2, p. 373-382, Feb. 2010. Acesso em: 1 de julho de 2025.

SOUZA, L. S.; PORTO, J. G; LYRA, J. D. P.; *Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe*. **Rev Cienc Farm Basica Apl**. 2011. v.32, n.3, p. 403-10. Acesso em: 10 de maio de 2025.

SOUSA, I. M. C.; SILVA, A. S.S.; CANTO, A. *Financiamento no SUS: a Emenda Constitucional 29 e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde em Pernambuco*. Recife: **Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva**, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2005. Acesso em: 15 de junho de 2025.

VIEIRA, F.S.; *Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil*. **Rev Panam Salud Publica**. v. 27, n.2, p.149-56, 2010. Acesso em: 12 de abril de 2025

Apêndice I

Municípios/Indicadores	Plano Municipal de Saúde	Programação Anual de Saúde		Fundo N
	Ações	Ações	Recursos Orçamentários	Custeio ^a
Arcoverde Assistência Farmacêutica	Desenvolvimento da Política de Assistência Farmacêutica	Desenvolvimento da Política de Assistência Farmacêutica	650.000,00	408.199,32
	Metas	Metas		
	Adequar a estrutura física da CAF - Central de Abastecimento farmacêutico	Adequar a estrutura física da CAF - Central de Abastecimento farmacêutico;		
		Informatizar em 70% da rede de farmácias das unidades de saúde municipal		
	Adquirir veículo para a CAF			
	Informatizar a rede de farmácias das unidades de saúde municipal	Implantar o sistema HÓRUS em 70% das unidades da rede de saúde		
	Implantar o sistema HÓRUS em todas as unidades da rede de saúde	Instituir, divulgar, acompanhar e revisar a REMUME utilizando a RENAME anualmente		
	Implantar e manter programa de distribuição de medicamentos para pacientes especiais em domicílio	Implantar Manual de Normas e procedimentos e instrumentos de avaliação e controle através de indicadores dos serviços farmacêuticos municipais		