

# EVOLUÇÃO DOS CUSTOS DAS APLICAÇÕES DIRETAS COM AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL<sup>1</sup>

Thayane Karkow Puls<sup>2</sup>

Wendy Beatriz Haddad Carraro<sup>3</sup>

## RESUMO

A necessidade de recursos expressivos para atender a população é constante desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, e os custos com medicamentos têm apresentado tendência crescente. A gestão pública necessita cada vez mais de elementos de análise e acompanhamento desses custos, a fim de ter dados suficientes para uma melhor gestão dos recursos públicos. Este estudo objetiva analisar a evolução dos custos das aplicações diretas com a aquisição de medicamentos pelo SUS pelos entes federados no período de 2010 a 2015. Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva e de natureza quantitativa. Os dados foram obtidos a partir do sistema Siga Brasil para a União e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) para os dados de Estados e Municípios. Os resultados apontam que, no período analisado, do total de custos com medicamentos pelas três esferas do governo, a União apresentou uma participação média de 42,4%, os estados responderam por 31,3%, enquanto os municípios por 26,3%. As aplicações da União aumentaram em relação à média, cerca de 13,6%, enquanto os custos dos estados diminuíram, aproximadamente, 12,9% e os municípios mantiveram a mesma proporção no período analisado. Esses dados refletem a ampliação da distribuição de medicamentos gratuitos, inclusive de uso contínuo, estabelecida por amparo legal ou preços mais acessíveis decorrentes do Programa Farmácia Popular do Brasil. Por fim, conclui-se, a partir da análise, que há necessidade de se desenvolver mecanismos sistemáticos de acompanhamento e avaliação dos gastos que financiam a saúde pública brasileira.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Aplicações Diretas. Gastos com Medicamentos. Aquisição de Medicamentos. Custos na Saúde Pública.

## DEVELOPMENT OF DIRECT APPLICATIONS COSTS WITH MEDICINES ACQUISITION THROUGH THE BRAZILIAN HEALTH UNIC SYSTEM

---

<sup>1</sup> Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, no segundo semestre de 2017, ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Contábeis.

<sup>2</sup> Graduanda do curso de Ciências Contábeis da UFRGS. (thayane\_puls@hotmail.com).

<sup>3</sup> Orientadora. Doutora em Economia do Desenvolvimento pelo PPGE da UFRGS. Mestre em Administração pelo PPGA da UFRGS. Professora Adjunta do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da UFRGS. (wendy.carraro@ufrgs.br).

## ABSTRACT

The need for expressive resources to care for the population has been constant since the creation of the Unified Health System (SUS) in Brazil, and drug costs have been increasing. Public management needs more and more elements of analysis and monitoring of these costs so that it can have sufficient elements to better manage public resources. This study aims to analyze the evolution of the costs of direct applications with the purchase of medicines by SUS by the federated entities from 2010 to 2015. It is a documentary, descriptive and quantitative research. Data were obtained from the Follow Brazil system for the Union and from the Information System on Public Budgets in Health (SIOPS) for the data of States and Municipalities. The results indicate that, in the analyzed period, the total cost of drugs by the three government spheres, the Union had an average participation of 42.4%, the states accounted for 31.3%, while the municipalities for 26.3%. Union applications increased by about 13.6%, while state costs decreased by approximately 12.9% and municipalities remained at the same level in the period under review. The result reflects the expansion of the distribution of free drugs, including continuous use, established by legal protection or more affordable prices resulting from the Brazilian Popular Pharmacy Program. Finally, it is concluded from the analysis that there is a need to develop systematic mechanisms for monitoring and evaluating expenditures on the acquisition of these drugs.

**Keywords:** Health Unic System. Direct applications. Drug Expenses. Acquisition of Medications. Costs in Public Health.

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde brasileira foi marcada pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Desde sua criação, há uma constante e crescente necessidade de aportes de recursos cada vez mais significativos na tentativa de equilibrar os custos públicos. Nos últimos anos, os gastos com medicamentos do Ministério da Saúde, segundo dados do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e da Coordenação Geral de Planejamento da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (CGPLAN/NSCTIE/MS), têm acompanhado os investimentos crescentes na área da saúde feitos pelo Governo, mantendo uma proporção média em torno de 14% dos gastos em saúde. Entre 2003 e 2014, foi observado um crescimento de R\$ 1,8 bilhões para 12,4 bilhões de reais desses investimentos (MENGUE *et al.*, 2016).

Dessa forma, há uma crescente preocupação do Ministério da Saúde em desenvolver mecanismos de acompanhamento e avaliação dos custos na aquisição desses medicamentos, a fim de propor estratégias para assegurar um financiamento adequado, garantindo o acesso da população. Utilizando-se a contabilidade gerencial, mais especificamente a análise de custos, é possível auxiliar no processo de gestão e tomada de decisão dos entes federados (SOUTES, 2006; ALEMÃO; GONÇALVES; DRUMOND, 2013; REIS *et al.*, 2016). Ou seja, a gestão pública necessita de ferramentas e instrumentos de análise da contabilidade gerencial para que possa estabelecer parâmetros e mecanismos que fundamentem o planejamento e a mensuração do resultado das atividades públicas.

Esta pesquisa considera todos os gastos como sinônimos de custos, pois as organizações públicas não são remuneradas diretamente pelos serviços que prestam, isto é, não os vendem, logo não há despesas (MAUSS; SOUZA, 2008). Sendo assim, de acordo com Machado (2002), não há necessidade de se distinguir custo ou despesa no âmbito público já que o objetivo é apurar o custo dos serviços prestados.

Com o intuito de tornar transparentes as informações públicas, criaram-se mecanismos que possibilitam ao cidadão acompanhar os gastos do Governo em determinadas áreas. A prestação de contas das contas públicas passou a ser obrigatória, a partir da Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2011) e de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000a), que prevê ampla divulgação, seja por meios eletrônicos ou pela realização de audiências públicas. Desta forma, é possível verificar os valores das aquisições de medicamentos dos entes federados.

Todas as transações na saúde pública devem ser contabilizadas, desde os repasses financeiros entre os entes federados até a efetiva aquisição de medicamentos, conforme expresso na Lei Complementar nº 141 de 2012, no art. 32: “os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde” (BRASIL, 2012, p. 7). Destarte, o Governo divulga, em suas bases de dados, informações em contas contábeis relacionadas à área da saúde, mas as expõe de forma dispersa e confusa, isto é, o mesmo dado está informado em diferentes bases de dados e ao mesmo tempo em cada base de dados há diferentes informações. Por conseguinte, o intuito desta pesquisa é conglomerar os dados referentes à aquisição de medicamentos na modalidade aplicações diretas.

Diante deste contexto surge a seguinte questão: **como tem sido a evolução dos custos das aplicações diretas com a aquisição de medicamentos do SUS pelos entes federados no período de 2010 a 2015?** Para respondê-la, este estudo tem por objetivo analisar a evolução dos custos das aplicações diretas com a aquisição de medicamentos pelo SUS pelos entes federados no período de 2010 a 2015. Para alcançá-lo será feita uma análise dos registros contábeis das aplicações diretas a partir de bases disponíveis, quais sejam: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Siga Brasil e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os 3 entes federados.

Este estudo justifica-se uma vez que seu resultado contempla o interesse dos cidadãos em nível nacional, já que se refere à gestão pública e à utilização dos recursos públicos. Existem poucas pesquisas realizadas sobre o instrumento de repasse específico utilizado neste estudo. Entretanto, tem crescido o número de autores que procuram expressar o gasto total público com medicamentos (KANAMURA; VIANA, 2007; MACHADO; LIMA; ANDRADE, 2014; STUART; DOSHI; TERZA, 2009; TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003, 2003; VIEIRA, 2009; VIEIRA; BENEVIDES, 2016; VIEIRA; ZUCCHI, 2011, 2013). Há relevância, pois se almeja evidenciar como têm sido alocados os recursos financeiros destinados à saúde pública de forma clara e concisa, apresentando como ocorre a estruturação dos gastos públicos no SUS entre os entes federados.

Esta pesquisa está estruturada da seguinte forma: além desta introdução, são abordados, na segunda seção, os aspectos conceituais e um breve histórico dos fundamentos da saúde pública no Brasil, dos gastos e financiamentos na saúde. Na terceira seção, apresenta-se os procedimentos metodológicos; a quarta seção traz a discussão e a análise dos dados; por fim, são ponderadas as considerações finais.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Nesta seção serão abordados o conceito e um breve histórico dos fundamentos da saúde pública no Brasil, dos gastos e financiamentos na saúde, além de referenciar estudos correlatos ao tema.

## 2.1 FUNDAMENTOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O direito ao acesso universal dos serviços da saúde foi instituído com a Constituição de 1988, artigo 196, que afirma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988, p. 67).

Para garantir esse direito, a Carta Magna determinou a criação do SUS, no seu artigo 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 67).

Desde a sua criação, o SUS enfrenta dificuldades em equilibrar os gastos em saúde e os recursos financeiros disponíveis (MENDES, 2014). O desenho e a implementação de um adequado sistema de financiamento são essenciais na busca de cobertura universal, segundo a Organização Mundial da Saúde -OMS (EVANS, ETIENNE, 2010). Após a universalização dos serviços, há uma constante e crescente necessidade de aportes de recursos cada vez mais significativos.

Tal fato também é resultado da maior distribuição de medicamentos gratuitos, inclusive de uso contínuo, conforme estabelecidos por amparo legal ou a preços acessíveis decorrente do Programa Farmácia Popular do Brasil, institucionalizado pela Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004 (BRASIL, 2004a). No estudo de Vieira e Zucchi (2013), observou-se aumento de 20,6 vezes no valor alocado no Programa entre 2005 e 2009.

De acordo com Paim *et al.* (2011), o SUS dispõe de menor volume de recursos públicos para o atender a população e suas necessidades do que o previsto na criação do sistema. Referentemente ao custo total da judicialização da saúde, no que tange aos medicamentos ofertados pelo SUS na região administrativa de Ribeirão Preto (São Paulo - SP), no período de 2013 a 2015, 16% advêm de medicamentos que deveriam ser ofertados pelo SUS (LAFFIN; BONACIM, 2017).

Segundo Oliveira, Assis e Barboni (2010, p. 3561), “a ampliação do acesso da população ao sistema de saúde exigiu mudanças na distribuição de medicamentos, de maneira a aumentar a cobertura e ao mesmo tempo minimizar custos”. Assim, houve uma reorientação do modelo de assistência farmacêutica de modo que deixou de ser unicamente para aquisição e distribuição de medicamentos, passando a incorporar atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e controle da qualidade e utilização (BRASIL, 1998).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi instituída pela Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde, em 6 de maio de 2004. A assistência farmacêutica foi definida nessa Resolução como:

[...] um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional (BRASIL, 2004b, p. 1).

A Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) estabeleceu que o financiamento das ações em saúde fosse alocado na forma de blocos específicos, de acordo com os respectivos objetivos e características. No campo da assistência farmacêutica, as ações estão definidas em um dos blocos de financiamento, o qual se subdivide em três componentes da assistência farmacêutica: básico, estratégico e especializado.

O componente básico da assistência farmacêutica consiste em uma estratégia de fornecimento de medicamentos e insumos indicados para o atendimento aos problemas de saúde da população, passíveis de atendimento no âmbito da atenção básica à saúde do SUS. Englobam o componente básico: Programas de Hipertensão e Diabetes; Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição; e Combate ao Tabagismo.

O componente estratégico da assistência farmacêutica tem por objetivo tornar disponíveis os medicamentos para a execução de Programas de Saúde coordenados nacionalmente pelo Ministério da Saúde, os quais estão voltados ao atendimento de agravos de caráter transmissível e/ou de alto impacto na saúde da população. Fazem parte desse componente estratégico os medicamentos do Programa DST/AIDS, os medicamentos para o controle da tuberculose, hanseníase, malária e outras endemias focais, bem como os imunobiológicos e os insumos das coagulopatias e hemoderivados.

O componente especializado da assistência farmacêutica foi regulamentado por meio da Portaria nº. 2.981, de 26 de novembro de 2009, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), e substituiu, em 1º de março de 2010, o antigo componente de medicamentos de dispensação excepcional. Esse componente tem por objetivo garantir a terapia medicamentosa integral, segundo o princípio de integralidade do SUS e na forma de linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e nas Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007; BRASIL, 2013).

O componente especializado tem as estratégias de financiamento e aquisição organizadas em três grandes grupos:

- a) medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal;
- b) medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal; e
- c) medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2013).

Para que a saúde pública seja universal e torne-se eficiente é necessário ter conceitos e regras bem definidas, além de órgãos fiscalizadores. Sendo assim, na próxima subseção serão abordados conceitos, a estrutura utilizada pelo governo para a organização da saúde pública, as regras de financiamento e as políticas de gestão adotadas.

## 2.2 GASTOS E FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA

O conceito de gasto está relacionado ao dispêndio financeiro ou ao sacrifício que uma organização precisa fazer para adquirir um bem ou contratar um serviço (MARTINS, 2010; MAUSS; SOUZA, 2008). Sendo assim, o gasto público representa os valores despendidos pelo Estado para custear os serviços públicos prestados à sociedade. Com ele, o governo estabelece uma série de prioridades no que se refere à prestação de serviços públicos básicos e aos investimentos a serem realizados.

No âmbito público, não é necessário distinguir custo ou despesa já que o objetivo é apurar o custo dos serviços prestados (MACHADO, 2002). Dessa forma, pode-se considerar todos os gastos como custos, já que as organizações públicas não são



remuneradas diretamente pelos serviços que prestam, isto é, não os vendem, logo não há despesas (MAUSS; SOUZA, 2008).

Para gerenciar tais despesas, elaborar normas e aplicar os recursos disponíveis em cada área, o governo é estruturado em Ministérios. O Ministério da Saúde foi criado em 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, e possui como função, de acordo com o Portal da Saúde (BRASIL, 2016a, p. 1):

[...] oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro.

Cabe a ele garantir o direito do cidadão ao atendimento à saúde e dar condições a esse direito. É de sua competência: a Política Nacional de Saúde (PNS); a coordenação e fiscalização do SUS; insumos críticos para a saúde; e vigilância de saúde, especialmente medicamentos.

Tendo em vista a quantia significativa que o Governo gasta com a aquisição de medicamentos e em conformidade com a legislação referente à prestação de contas, transparência e contabilização dos custos públicos, cabe ao mesmo gerenciar, controlar e divulgar informações referentes aos custos na saúde pública. De acordo com a Constituição Federal de 1988, art. 70, parágrafo único:

Prestará contas qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos ou pelos quais a União responda, ou que, em nome desta assumas obrigações de natureza pecuniária. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998, p. 29).

A Lei de Acesso à Informação dispõe sobre os procedimentos e as garantias de acesso dos cidadãos às informações públicas (BRASIL, 2011). Tal transparência é fundamental para o exercício social, pois se refere à extensão e à facilidade com que cada cidadão pode acessar informações e ter resposta do governo sobre as receitas arrecadadas, a alocação de recursos e os gastos (THE WORLD BANK, 2013). Em outras palavras, tal legislação garante o acesso universal como regra, enquanto o sigilo das informações passa a ser a exceção. Portanto, de acordo com a Lei nº 12.527 de 2011, em seu art. 8º:



É dever dos órgãos e entidades públicas promover, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas.

§ 1º Na divulgação das informações a que se refere o caput, deverão constar, no mínimo:

I – registro das competências e estrutura organizacional, endereços e telefones das respectivas unidades e horários de atendimento ao público;

II – registros de quaisquer repasses ou transferências de recursos financeiros;

III – registros das despesas; [...] (BRASIL, 2011, p. 3).

Além dos registros contábeis das despesas, deverão ser registrados todos os repasses ou transferências de recursos financeiros direcionados à saúde pública. Segundo a Constituição Federal de 1988, artigo 198, parágrafo único, “o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art.195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1988, p. 67), sendo destinado 30%, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluindo o seguro-desemprego, até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias (BRASIL, 1988).

A dotação de recursos é fundamental para qualquer área que seja de responsabilidade do Governo, pois o mesmo tem a função de coordenação, regulação e financiamento do sistema público de saúde. De acordo com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o §3º do art.198 da Constituição Federal e revoga o art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, no art. 2º:

Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde [...] Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde (BRASIL, 2012, p. 1).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu art. 33, determina que “os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 1990a, p. 13) e que os Municípios, os Estados e o Distrito Federal, para receberem os recursos, deverão contar com o Fundo de saúde (Lei nº 8.142 em seu art. 4º) (BRASIL, 1990b). O mesmo é ressaltado pelo Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, no art. 2º:

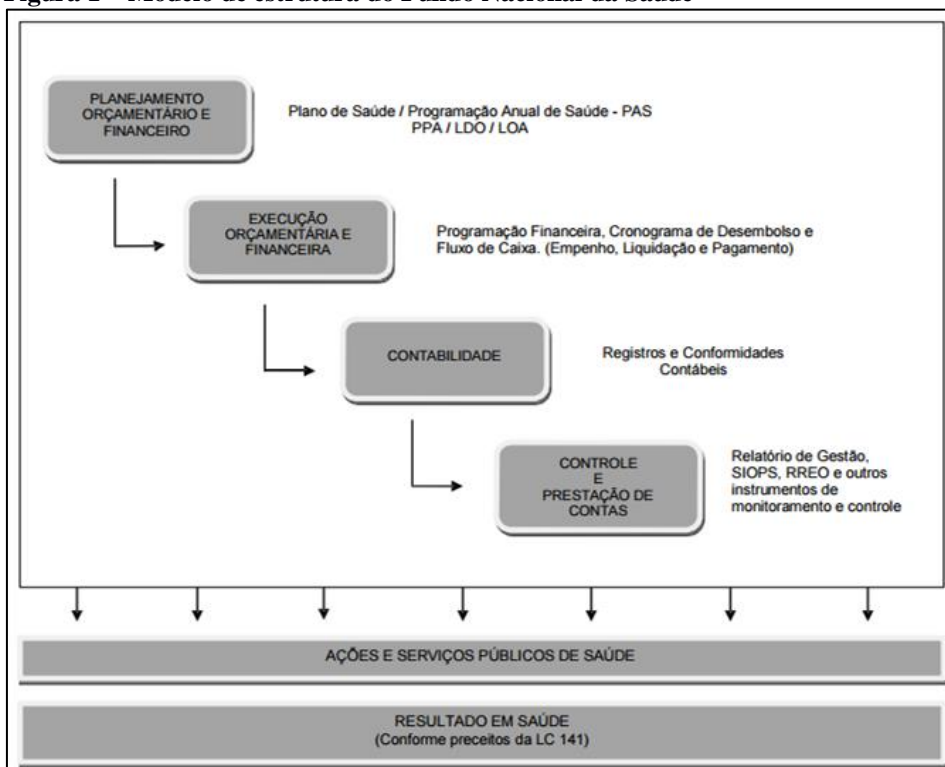
A transferência de que trata o artigo 1º fica condicionada à existência de Fundo de Saúde e à apresentação de Plano de Saúde aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde do qual conste a contrapartida de recursos no orçamento do Distrito Federal, Estado ou do Município (BRASIL, 1994, 1).

Segundo a Lei Complementar nº 141, em seu art. 14:

O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 3).

Logo, o FNS foi criado como um fundo especial a fim de gerir financeiramente os recursos destinados ao SUS. Referentemente aos seus aspectos organizacionais, não há uma estrutura consolidada. Porém, independentemente da gestão e da estrutura utilizada, há certas funcionalidades aplicáveis ao FNS, conforme exposto na Figura 1.

**Figura 1 – Modelo de estrutura do Fundo Nacional da Saúde**



Fonte: Oliveira Junior *et al* (2017, p. 7)

A contabilidade serve como uma fonte de informações úteis para a tomada de decisão, conforme Soutes (2006). A Figura 1 mostra que a contabilidade serve de base

para o controle e a prestação de contas e que juntos são a base das ações e dos serviços públicos de saúde. Gonçalves *et al.* (2010) afirmam que, embora a legislação estabeleça a obrigatoriedade da prestação de contas do governo, há obstáculos a serem superados para que esse instrumento se torne uma ferramenta útil.

São vistas como importantes para apoiar o processo decisório visando planejamento, execução, controle e avaliação de desempenho das organizações públicas, as práticas de gestão econômica e financeira (REIS *et al.*, 2016). Mas, é por meio da informação contábil que “[...] a população e os órgãos de controle externo podem monitorar e mensurar a eficiência e economicidade da atividade pública” (MAUSS; SOUZA, 2008, p. 19).

Os recursos alocados junto ao FNS se destinam às transferências para os Estados, Distrito Federal e municípios, com a finalidade de que esses entes federativos realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde, bem como investimentos na rede de serviços e na cobertura assistencial e hospitalar, no âmbito do SUS. Isto é, o financiamento do sistema público de saúde é de responsabilidade das três esferas do governo e é transferido aos Estados e Municípios por instrumentos de repasses.

Com o intuito de direcionar os investimentos destinados à aquisição de medicamentos da forma mais eficaz, o SUS possui diretrizes parametrizadas para aperfeiçoar sua capacidade institucional de gestão e de ofertas de serviços. Sendo assim, há cinco modalidades de instrumentos de repasses dessas transferências: transferência fundo a fundo; convênios; contrato de repasse; termos de cooperação; e aplicações diretas.

A aplicação direta, de acordo com a Cartilha do FNS (BRASIL, 2017a, p. 19), é:

[...] pela unidade orçamentária, dos créditos a ela alocados ou oriundos de descentralização de outras entidades integrantes ou não dos Orçamentos Fiscal ou da Seguridade Social, no âmbito da mesma esfera de governo.

Em outras palavras, devido à descentralização, a transferência de recursos passou a ser direta para os entes federados. A Política Nacional de Medicamentos ressalta que:

[...] independente da decisão por centralizar ou descentralizar a aquisição e distribuição de medicamentos, deverá ser implementada a cooperação técnica e financeira intergestores. Essa cooperação envolverá a aquisição direta e a transferência de recursos, bem como a orientação e o assessoramento aos processos de aquisição [...] (BRASIL, 1998, p. 5).

Dessa forma, os intergestores têm um papel importante na tomada de decisão para otimização da utilização do orçamento público. De acordo com Machado (2002), os intergestores percebem a importância das informações de custos no processo decisório, o mesmo permitiria analisar o desempenho dos gestores e, conseqüentemente, os administradores buscariam o aperfeiçoamento e a qualidade nas informações levantadas tais como, corrigir distorções de classificação e de tornar mais eficiente a utilização dos recursos.

### 2.3 ESTUDOS CORRELATOS

Com a finalidade de explorar o tema proposto, buscou-se identificar pesquisas similares que permitissem uma melhor análise e comparação dos resultados. Ressalta-se que poucas pesquisas são realizadas sobre o instrumento de repasse específico utilizado neste estudo.

Paim *et al.* (2011) analisaram o desenvolvimento histórico e os componentes do sistema de saúde brasileiro, com foco no processo de reforma dos últimos quarenta anos, incluindo a criação do SUS. Concluíram que nos últimos vinte anos houve muitos avanços, como investimento em recursos humanos, em ciência e tecnologia e na atenção básica, além de um grande processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde. Todavia, para que o sistema de saúde brasileiro supere os desafios atuais é necessária uma maior mobilização política para reestruturar o financiamento.

A pesquisa de Vieira e Zucchi (2011) examinou as aplicações diretas de recursos financeiros pelos entes federados para a aquisição de medicamentos no SUS. De acordo com os dados da pesquisa, verificou-se que os Estados e o Distrito Federal foram os principais executores do valor total liquidado para a aquisição de medicamentos e que houve diferença no gasto de municípios por região. Observou-se também que alguns estados tiveram gasto per capita muito acima da média e mediana.

Vieira e Zucchi (2013) verificaram a evolução do financiamento da assistência farmacêutica no SUS. O estudo analisou que entre 2005 e 2009 houve aumento de 65,3% no volume de recursos financeiros alocados pela União para a aquisição de medicamentos, bem como em relação às transferências da União para os Estados e Distrito Federal.

Já Vieira e Benevides (2016) demonstraram as mudanças recentes no modelo de financiamento da proteção social brasileira e seus impactos na garantia do direito à saúde no Brasil, a partir da promulgação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que instituiu o chamado ‘Novo Regime Fiscal’ e abordaram os esforços empreendidos para o aumento dos recursos alocados no sistema público de saúde e para a estabilidade do seu financiamento ao longo das últimas décadas (BRASIL, 2016b). Os resultados apontaram diminuição da participação das despesas primárias do governo federal no Produto Interno Bruto, e da despesa federal com saúde, em particular.

Laffin e Bonacim (2017) avaliaram o custo da judicialização da saúde no que tange à solicitação de medicamentos que são fornecidos pelo SUS na região administrativa de Ribeirão Preto/SP, no período de 2013 a 2015. Os autores apontaram um problema de organização administrativa na saúde pública, tanto pela insuficiência na oferta de medicamentos quanto na ineficiência da gestão dos recursos públicos.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Nesta sessão são apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para a realização da pesquisa, que compreende a classificação da pesquisa e forma de coleta e tratamento dos dados para sua posterior análise.

#### **3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA**

A pesquisa realizada neste estudo é classificada quanto aos seguintes aspectos:

- a) pela forma de abordagem do problema;
- b) de acordo com seus objetivos; e
- c) com base nos procedimentos técnicos utilizados.

No que tange à abordagem do problema, esta pesquisa está classificada como quantitativa, pois traduz em números a evolução dos custos na aquisição de medicamentos no SUS. Segundo Raupp e Beuren (2013, p. 92), “[...] a abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego de instrumentos estatísticos, tanto na coleta quanto no tratamento dos dados”.

Quanto aos seus objetivos, esta pesquisa está caracterizada como descritiva. “Tal pesquisa observa, registra, analisa e ordena dados, sem manipulá-los, isto é, sem

interferência do pesquisador. Procura descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, características, causas, relações com outros fatos” (ALMEIDA, 1996, p. 104). A pesquisa se propõe a descrever sobre os recursos financeiros com custos na aquisição de medicamentos.

Com base nos procedimentos técnicos utilizados, o presente estudo será classificado como pesquisa documental. Gil (2010, p. 51) afirma que “[...] a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”. Os principais documentos que serão utilizados na pesquisa serão as informações coletadas nas bases de dados disponíveis, isto é, Siga Brasil para dados da União e SIOPS para dados referentes a Estados e Municípios.

### 3.2 COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

As extrações das informações foram obtidas a partir do sistema Siga Brasil que é o sistema sobre o orçamento público federal que permite acesso aos dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) e demais bases sobre planos e orçamentos públicos (BRASIL, 2016c). A base de dados foi selecionada a partir dos valores de despesa executada com a aquisição de medicamentos pelo governo federal. Foram considerados todos os gastos com material farmacológico e medicamentos, na modalidade aplicação direta, compreendendo 446 ações no período de 2010 a 2015.

O Quadro 1 apresenta os critérios utilizados para a extração dos dados da modalidade de aplicações diretas realizadas pela União, referente aos elementos 30 (Material de Consumo) e 32 (Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita).

**Quadro 1 - Critérios para extração de gastos de aplicação direta realizadas pela União**

<b>Universo:</b>	LOA2010 a LOA2015 – Despesa Execução
<b>Campos Extraídos:</b>	Ano; Data Criação; Data Modificação; Data Atualização Dados; Fonte Dados; Região; UF; Localidade; Localidade (Cod); Localidade (Tipo); Órgão Superior; UG (Cod); UG; Funcional; Função (Cod); Função; Subfunção (Cod); Subfunção; Programa (Cod); Programa; Ação (Cod); Ação; Elemento Despesa; Sub-elemento Despesa; Categoria Econômica; Mod. Aplic.; Empenhado; Liquidado (Favorecido); Liquidado (Sub-elemento); Despesa Executada (Favorecido); Despesa Executada (Sub-elemento); Pago
<b>Filtro:</b>	Modalidade de Aplicação (Código) = 90; 91; 93; 94; 95; 96 Elemento (Código) = 30; 32 Sub-elemento = Material Farmacológico

Fonte: Brasil (2016c).

Os dois códigos utilizados como filtro no campo ‘elemento’ [de despesa] foram os que podem indicar gastos com medicamentos (SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL, 2015). Salienta-se, contudo, que a consulta não retornou registro algum na área de medicamentos para o elemento 32. Dessa forma, a base de dados foi constituída exclusivamente do elemento ‘material de consumo’ e do Sub-elemento ‘material farmacológico’. Os códigos utilizados na modalidade de aplicação estão descritos no Quadro 2.

**Quadro 2 - Códigos das Modalidades de Aplicação utilizados na consulta**

Código	Descrição
90	Aplicações Diretas
91	Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social
93	Aplicação Direta Decorrente de Operação de Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social com Consórcio Público do qual o Ente Participe
94	Aplicação Direta Decorrente de Operação de Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social com Consórcio Público do qual o Ente Não Participe
95	Aplicação Direta à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012
96	Aplicação Direta à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional - MCASP (2015, p. 74).

Inicialmente, o gasto considerado foi o valor liquidado. A partir de agosto de 2012, o termo ‘liquidado’ passou a ser denominado ‘despesa executada’. Entendeu-se, com isso, que o campo de valores correto a ser considerado seria o de ‘despesa executada’.

O SIOPS é o sistema que contém informações sobre despesas em saúde de todos os entes federados. Os dados contidos no SIOPS têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos Estados e Municípios, bem como a conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF). As informações prestadas são provenientes do setor responsável pela contabilidade do ente federado. Tais informações são inseridas e transmitidas eletronicamente para o banco de dados do sistema, pela internet, gerando indicadores de forma automática (BRASIL, 2017b). Os valores foram extraídos considerando as despesas estaduais e municipais com saúde, da administração direta e indireta, liquidadas nas seguintes classificações contábeis:

- a) 3.3.3.90.30.09.00 - Medicamentos usados em unidades de saúde; e



b) 3.3.3.90.32.03.01 - Medicamentos destinados à Assistência Social.

Alguns entes federados não transmitiram informações para o SIOPS, ou informaram valor zerado em todas as classificações contábeis analisadas, conforme Tabela 1. Esses municípios, e o Estado do Amapá, foram desconsiderados na análise, nos anos em que não havia informação.

**Tabela 1 - Estados e Municípios sem informações no SIOPS, por ano**

<b>Inconsistências</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Municípios sem SIOPS	20	38	16	2	1	3
Municípios com Valores Zerados	6	6	106	281	327	382
Total não Utilizados de Municípios	26	44	122	283	328	385
Percentual da Base	0,50%	0,80%	2,20%	5,10%	5,90%	6,90%
Estados sem SIOPS	0	0	0	0	0	0
Estados com Valores Zerados	0	0	0	0	1	0
Total não Utilizados de Estados	0	0	0	0	1	0
Percentual da Base	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,70%	0,00%

Fonte: SIOPS (2000b).

Todos os valores apresentados foram corrigidos até dezembro de 2015 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE), considerado o índice de inflação oficial, tendo como base o número índice acumulado a partir do mês de janeiro de cada ano.

Utilizou-se, da mesma forma, informações extraídas do IBGE (2015), os dados coletados foram as estimativas de população para os municípios e para as Unidades da Federação e dados referentes ao Produto Interno Bruto (PIB). Assim, foi possível verificar o gasto per capita por ente federado e o gasto per capita entre os entes federados.

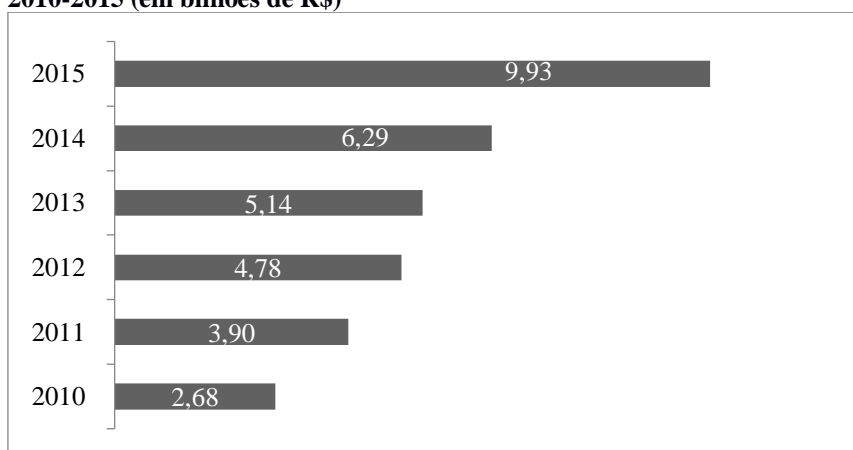
#### **4 ANÁLISE DOS DADOS**

Com o intuito de atender ao objetivo proposto, qual seja analisar a evolução dos custos das aplicações diretas com a aquisição de medicamentos do SUS pelos entes federados no período de 2010 a 2015, são apresentados - nesta seção - os resultados obtidos com base na análise dos dados coletados.

#### 4.1 GASTOS TOTAIS PELA UNIÃO

Identificou-se que no período de 2010 a 2015 a União destinou mais de R\$ 32 bilhões para a aquisição de medicamentos. O SUS enfrenta dificuldades para equilibrar os gastos em saúde e os recursos financeiros disponíveis desde a sua criação (MENDES, 2014). Diante dessa dificuldade, Paim *et al.* (2011) afirmam que o SUS dispõe de menor volume de recursos públicos para atender a população e suas necessidades, do que o previsto na criação do sistema. Na análise realizada, o custo foi crescente para os anos de 2010 a 2015. Destaca-se o aumento de 45% do ano de 2010 para 2011, e de 58% de 2014 para 2015. Entre os anos de 2011 e 2013, e de 2013 a 2014, o crescimento dos custos anuais foi de 23%. Houve menor crescimento entre os anos de 2012 a 2013. O Gráfico 1 ilustra esta evolução.

**Gráfico 1 - Evolução dos recursos financeiros alocados na aquisição de medicamentos pela União, 2010-2015 (em bilhões de R\$)**



Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa (2017).

O estudo de Vieira e Zucchi (2013) verificou um aumento de 65,3% no volume de recursos financeiros alocados pela União de 2005 a 2009. O acréscimo expressivo em 2015 tem 80% do seu valor alocado em apenas duas ações: Imunobiológicos e Insumos para Prevenção e Controle de Doenças (código 20YE) e Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (código 4705). Cabe salientar que o código 20YE começou a ser utilizado a partir de 2013 e substituiu outras duas ações, cujos códigos eram 6031 - Imunobiológicos para Prevenção e Controle de Doenças e 6161 - Aquisição, Acondicionamento e Distribuição de Insumos para Prevenção e Controle de Doenças.

Nos resultados da consulta foram consideradas 436 ações. A Tabela 2 apresenta as dez ações com os maiores gastos em relação ao total apurado nos seis anos.

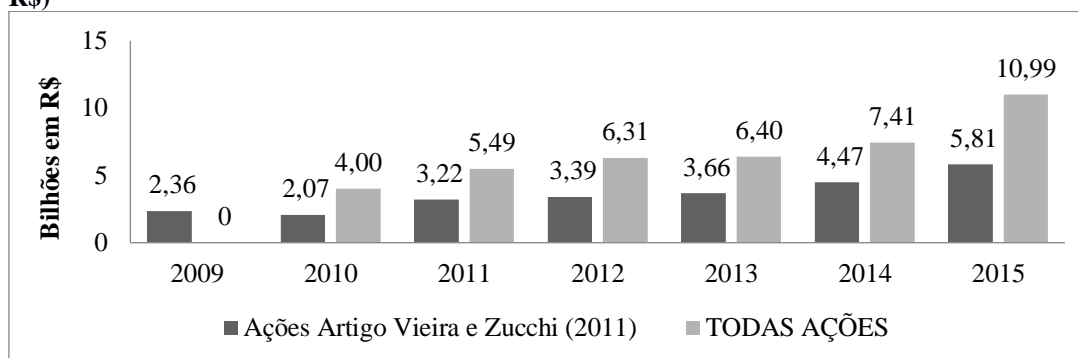
**Tabela 2 - Gasto total das ações em saúde pela União, Brasil, acumulado de 2010 a 2015**

<b>Código da Ação</b>	<b>Ação</b>	<b>Valor (em bilhões de R\$)</b>	<b>%</b>
4705	Apoio financeiro para aquisição e distribuição de medicamentos do componente especializado da Assistência Farmacêutica	17,94	54,8
20YE	Imunobiológicos e insumos para prevenção e controle de doenças	3,13	9,57
4370	Atendimento à população com medicamentos para tratamento dos portadores de HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis	3,13	9,55
4295	Atenção aos pacientes portadores de doenças hematológicas	2,62	8,01
8585	Atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade	1,03	3,16
20AE	Promoção da assistência farmacêutica e insumos estratégicos na atenção básica em saúde	0,88	2,68
4368	Promoção da assistência farmacêutica e insumos para programas de saúde estratégicos	0,75	2,28
6217	Atenção à saúde nos serviços ambulatoriais e hospitalares do ministério da saúde	0,48	1,45
2004	Assistência médica e odontológica aos servidores civis, empregados, militares e seus dependentes	0,42	1,28
8758	Aperfeiçoamento, avaliação e desenvolvimento de ações e serviços especializados em oncologia –inca	0,4	1,22
	Demais ações	1,96	5,99
	<b>TOTAL</b>	<b>32,73</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa (2017).

A ação que detém maior percentual de alocação (54,80%) do valor total apurado é a referente à aquisição e à distribuição de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica. Das dez ações apresentadas no estudo de Vieira e Zucchi (2011), seis códigos (4705, 4370, 20YE, 4295, 20AE e 4368) apresentam o mesmo comportamento crescente de 2009 a 2015, conforme ilustra o Gráfico 2. A comparação mostra que, a depender do ‘olhar’ contábil que se tenha sobre os dispêndios, a abordagem de Vieira e Zucchi (2011) subestima os gastos com medicamentos em 38%.

**Gráfico 2 – Gasto anual da União com aquisição de medicamentos, Brasil, 2009-2015 (em bilhões R\$)**



Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa (2017) e Vieira e Zucchi (2011).

A análise permite identificar que foram gastos mais de R\$ 9 bilhões somente nas ações em 2015, valor que supera o total gasto de R\$ 8,9 bilhões pelas três esferas do governo (municípios, estados e União) em 2009, conforme estudo apresentado por Vieira e Zucchi (2011).

Com base na população dos municípios brasileiros, disponível no site do IBGE (2015), calculou-se o gasto por habitante em cada ano. Em seis anos, o valor aumentou 245%, passando de R\$ 14,07 em 2010 para R\$ 48,59 em 2015, conforme ilustra a Tabela 3. No estudo de Vieira e Zucchi (2011), o valor apurado nas ações analisadas havia sido de R\$ 12,33, no ano de 2009.

**Tabela 3 – Despesa executada e gasto por habitante pela União com aquisição de medicamentos, 2010-2015(em R\$)**

Ano	População	Despesa Executada (R\$)	Gasto por Habitante (R\$)
2010	190.732.693	R\$ 2.683.408.199,35	R\$ 14,07
2011	192.376.496	R\$ 3.902.094.475,59	R\$ 20,28
2012	193.933.659	R\$ 4.781.869.000,62	R\$ 24,66
2013	201.018.619	R\$ 5.135.146.079,90	R\$ 25,55
2014	202.754.745	R\$ 6.294.919.624,01	R\$ 31,05
2015	204.437.186	R\$ 9.934.181.847,52	R\$ 48,59

Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa (2017).

Quando são corrigidas todas as ações, o valor per capita inicia com R\$ 20,95 em 2010 e alcança R\$ 53,78 em 2015, conforme ilustra a Tabela 4. Esses valores não só aumentaram em valores absolutos, como também passaram a significar uma parcela maior do total gasto em saúde por habitante.

**Tabela 4 - Gasto anual da União por habitante em materiais farmacológicos e saúde, Brasil, 2010-2015**

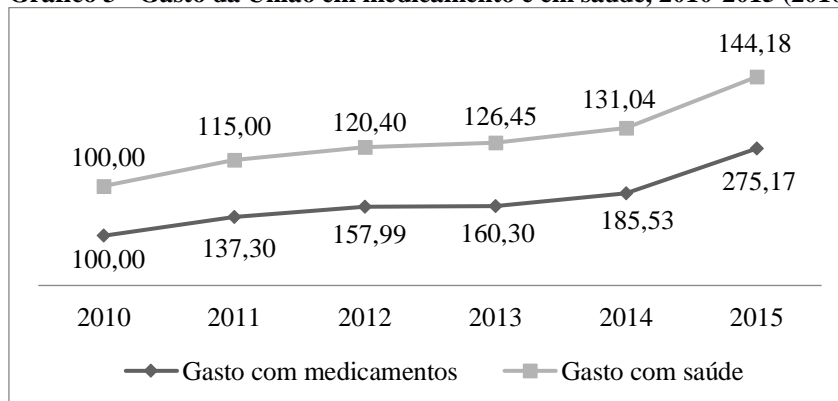
Ano	Gasto com medicamentos (corrigido)(R\$)	Saúde (corrigido)(R\$)	População	Gasto por habitante com medicamentos (R\$) (A)	Gasto por habitante com saúde (R\$) (B)	% (A/B)
2010	3.995.575.680,95	26.078.639.239,71	190.732.693	20,95	136,73	15,32%
2011	5.486.037.953,40	29.990.403.632,89	192.376.496	28,52	155,89	18,29%
2012	6.312.413.245,91	31.397.529.223,57	193.933.659	32,55	161,90	20,10%
2013	6.404.813.464,08	32.977.302.563,80	201.018.619	31,86	164,05	19,42%
2014	7.413.172.442,93	34.172.363.868,65	202.754.745	36,56	168,54	21,69%
2015	10.994.459.870,98	37.599.421.229,92	204.437.186	53,78	183,92	29,24%

Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa (2017).

Nos seis anos analisados, o gasto com medicamentos pela União aumentou, assim como o total investido em saúde, porém, não na mesma proporção. Enquanto o total investido em medicamentos cresceu 175% de 2010 a 2015, o gasto federal com saúde aumentou somente 44%. Segundo o estudo de Mengue *et al.* (2016), a despesa do Ministério da Saúde (MH) com medicamentos aumentou, variando de R \$ 1,8 bilhão a R\$ 12,4 bilhões entre 2003 e 2014, mantendo o índice médio de orçamento de cerca de 14,0%.

O Gráfico 3 parte desses totais convertendo-os na base 100 para permitir que a desproporção dos crescimentos fique evidente. Observa-se que investimentos em materiais farmacológicos aumentaram de forma mais intensa e, por isso, consumiram mais o orçamento da União destinado à saúde. A proposta da Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012) é de que haja um rateio 2:1:1 para a atenção básica. Sendo assim, nota-se que o crescimento ocorre há mais de dez anos.

**Gráfico 3 - Gasto da União em medicamento e em saúde, 2010-2015 (2010=100)**



Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa (2017).

Entretanto, ao contrário do que os dados deste estudo evidenciaram, o estudo de Paim *et al.* (2011) destacou que desde 2003, embora o financiamento tenha aumentado cerca de quatro vezes desde o início da última década, a percentagem do orçamento federal destinada ao setor de saúde não havia crescido, levando a restrições de financiamento, de infraestrutura e de recursos humanos, em termos nominais, a despesa com saúde aumentou, mas o ajuste pela inflação apresentou redução.

#### 4.2 EVOLUÇÃO COMPARATIVA DOS GASTOS TOTAIS ENTRE OS ENTES FEDERADOS

Quando os dados deste estudo foram comparados aos custos de todos os entes federativos, constatou-se que as aplicações da União aumentaram em relação à média cerca de 13,6%, e em contrapartida os gastos dos Estados diminuíram aproximadamente 12,9% em relação à média do período e dos Municípios que se mantiveram na mesma proporção no decorrer dos seis anos, conforme ilustra a Tabela 5.

**Tabela 5 - Gasto da União, Estados e Municípios com medicamentos (atualizados pelo IPCA), Brasil, 2010-2015**

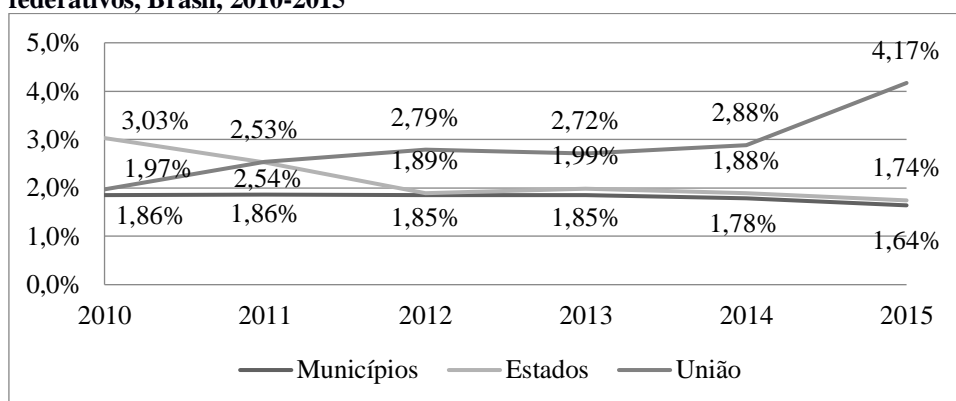
Ano	População	SIGA União	%	SIOPS Estados	%	SIOPS Municípios	%	Total Medicamentos
2010	190.732.693	3.995.575.681	28,7	6.145.088.321	44,2	3.765.394.112	27,1	13.906.058.114
2011	192.376.496	5.486.037.953	36,7	5.453.581.105	36,5	4.020.318.597	26,9	14.959.937.655
2012	193.933.659	6.312.413.246	42,7	4.282.078.148	29	4.194.147.964	28,4	14.788.639.358
2013	201.018.619	6.404.813.464	41,5	4.683.252.846	30,3	4.358.599.656	28,2	15.446.665.966
2014	202.754.745	7.413.172.443	44	4.845.399.009	28,8	4.573.266.613	27,2	16.831.838.065
2015	204.437.186	10.994.459.871	55,2	4.593.578.891	23,1	4.322.347.992	21,7	19.910.386.754
<b>TOTAL</b>		<b>40.606.472.658</b>	<b>42</b>	<b>30.002.978.320</b>	<b>31</b>	<b>25.234.074.934</b>	<b>26</b>	<b>95.843.525.913</b>
Variação entre média do período e 2010			13,6		-13		-0,7	

Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa (2017).

Na análise de Vieira e Zucchi (2011), referente à participação percentual dos entes federados, os estados e o Distrito Federal foram os principais executores em volume de recursos, sendo responsáveis por 47,1% do valor liquidado no SUS. No caso da União, verificou-se um aumento de 149% no período de 1993 a 2015, na pesquisa de Vieira e Benevides (2016). Na análise desse estudo, em 2015, a União foi responsável por 55% do total gasto em medicamentos na saúde pública do país.

Até 2010, o total aplicado pelos estados em medicamento era superior ao da União e ao dos municípios. Depois, esse comportamento se inverteu e o governo federal passou a responder por uma parcela maior dos gastos, enquanto os governos estaduais e municipais decresceram, conforme ilustra o Gráfico 4.

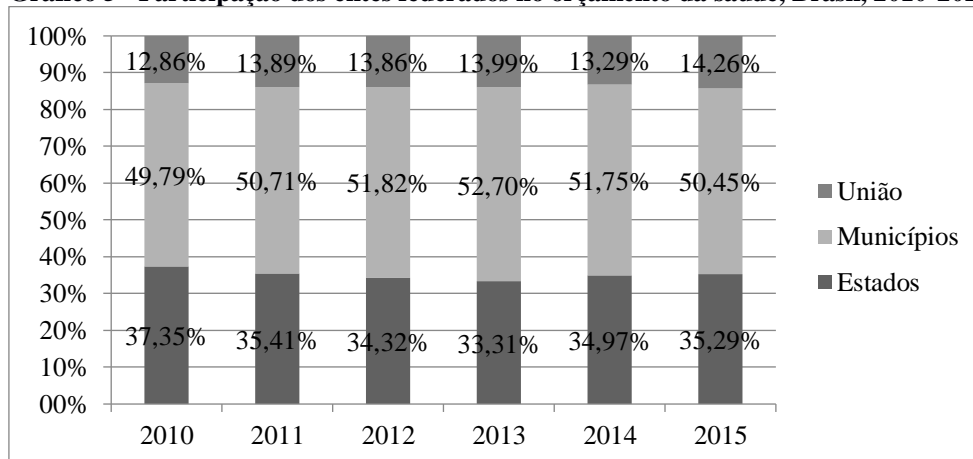
**Gráfico 4 - Gasto da União em saúde (%) destinado a compra de medicamentos pelos entes federativos, Brasil, 2010-2015**



Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa (2017).

Contudo, quando se comparam os totais gastos em saúde pelas três esferas do governo, a União apresenta uma participação média de 14% do orçamento total, conforme ilustra o Gráfico 5. O gasto público com saúde nas três esferas de governo aumentou de 3,0% para 3,9% do PIB em 2015, de acordo com o estudo apresentado por Vieira e Benevides (2016). Em 2007, apenas 8,4% do PIB foi gasto com saúde na pesquisa de Paim *et al.* (2011). Segundo Piola *et al.* (2013), com a Emenda Constitucional 29 e a regra de vinculação de recursos, o montante de recursos para o financiamento do SUS aumentou e estabilizou o gasto federal como percentual do PIB.

**Gráfico 5 - Participação dos entes federados no orçamento da saúde, Brasil, 2010-2015**



Fonte: Elaborado a partir de dados da pesquisa (2017).



Os municípios foram os que responderam pela maior parcela, 51% em média nos seis anos, seguidos pelos estados com um percentual médio de 35% (Gráfico 5). No estudo de Vieira e Zucchi (2013), os estados e o Distrito Federal aumentaram em 112,4% o volume de recursos próprios alocados no financiamento de medicamentos, e para os municípios o crescimento foi de 22,7% para o período de 2005 a 2009.

A partir do Gráfico 5, é possível verificar que, no período analisado, a participação dos entes federados no orçamento da saúde permanece praticamente constante. Laffin e Bonacim (2017) verificaram que 16% dos gastos com judicialização da saúde são com medicamentos que deveriam ser ofertados pela rede pública. Sendo assim, a previsão orçamentária da saúde, de mais de R\$ 115 bilhões, já não é suficiente para arcar nem com as demandas básicas.

Este contexto gera uma crescente preocupação em se desenvolver mecanismos de acompanhamento e avaliação dos custos na aquisição desses medicamentos, a fim de propor estratégias para assegurar um financiamento adequado e que permitam avaliar a eficiência do uso dos recursos, garantindo o acesso da população (MACHADO, 2002; SOUTES, 2006; ALEMÃO; GONÇALVES; DRUMOND, 2013). Os Consórcios Intermunicipais de Saúde, de acordo com Reis *et al.* (2016), por exemplo, faz uso reduzido das práticas de gestão econômica e financeira. A forma de monitorar e mensurar a eficiência e economicidade da saúde pública é por meio da informação contábil (MAUSS; SOUZA, 2008).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O SUS revolucionou a saúde pública no Brasil permitindo o acesso universal da população aos serviços de saúde, de forma totalmente gratuita, contemplando, inclusive, assistência farmacêutica. Contudo, há dificuldades em equilibrar os gastos e os recursos financeiros disponíveis desde sua implantação.

Dentro desse contexto, o estudo buscou analisar a evolução dos custos das aplicações diretas com a aquisição de medicamentos pelo SUS pelos entes federados no período de 2010 a 2015. Verificou-se que, de forma geral, houve um aumento no volume de gastos nos três entes federados e que há uma dificuldade em sua sustentabilidade. Dessa forma, o aumento na aquisição de medicamentos, concomitantemente com o financiamento em médio e longo prazo, agrava esse problema.

Evidenciou-se, principalmente na comparação com o artigo de Vieira e Zucchi (2013), cuja análise contempla o período de 2005 a 2009, que a classificação contábil dos custos impacta diretamente na avaliação dos gastos. Isto é, se um custo referente à saúde for lançado em uma ação destinada à outra área, a mesma não será considerada no cálculo do volume dos gastos em saúde e, dessa forma, o levantamento dos gastos estará subestimado.

A composição dos custos foi igualmente sondada, averiguando que 54,8% são destinados somente a uma das 436 ações relacionadas à área da saúde. As aplicações da União aumentaram, em relação à média, em torno de 13,6%, enquanto os custos dos estados diminuíram aproximadamente 12,9% e os municípios mantiveram-se na mesma proporção no período analisado. O resultado reflete a ampliação da distribuição de medicamentos gratuitos, inclusive de uso contínuo, estabelecida por amparo legal ou preços mais acessíveis decorrentes do Programa Farmácia Popular do Brasil.

Com relação à proposta de analisar a distribuição dos gastos entre União, Estados e Municípios, estes claramente estão com uma participação orçamentária superior a dos demais entes federados. A proposta da lei, que é de um rateio 2:1:1 para a atenção básica, não está sendo cumprida. Sendo assim, esse rateio se torna a queixa recorrente dos municípios que estão pagando mais do que o acordado. Desta forma, conclui-se que esse estudo contribui para o interesse dos cidadãos em nível nacional.

Como limitações identificadas destacam-se as inconsistências identificadas em busca de um valor total dos gastos e com a evolução do perfil dos custos ao longo do período analisado, nota-se que o uso rotineiro da informação de custos no SUS não era uma realidade, assim como a sua relevância para a gestão da saúde pública. Destarte, o sistema de saúde universal do Brasil aloca seus recursos financeiros praticamente sem informações sistematizadas e objetivas a respeito de seus gastos, seus custos e suas classificações contábeis.

Por fim, há a necessidade de se desenvolver bases de dados coerentes com integração de informações, sistemas de acompanhamento e avaliação dos gastos na aquisição dos medicamentos. Para assegurar a transparência, o financiamento adequado e o acesso da população às informações ainda é imprescindível para o fornecimento de dados com qualidade. Ressalta-se que o uso eficiente dos recursos públicos deve ser uma preocupação de todos os cidadãos brasileiros, pois atinge igualmente aqueles que necessitam utilizar o sistema universal de acesso a saúde.

Como sugestão para estudos futuros, propõe-se que seja identificada a evolução dos custos com aquisição de medicamentos por município, de forma detalhada e específica. O que permitirá identificar distorções, potencialização de ações e políticas de saúde pública mais efetivas. A partir deste tipo de análise e de um controle mais efetivo sobre os gastos com medicamentos, há potencialidade para se desenvolver mecanismos sistemáticos de acompanhamento e avaliação dos gastos públicos.

## REFERÊNCIAS

ALEMÃO, Márcia; GONÇALVES, Márcio; DRUMOND, Heloisa. Estudo da utilização da informação de custos como ferramenta de gestão em organização pública: o estudo do SIGH-custos. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, Paraíba, v. 3, n. 1, p. 210-226, jun. 2013.

ALMEIDA, Maria. **Como elaborar monografias**. 4. ed. Belém: Cejup, 1996.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**. Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 01 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994**. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, ago. 1994. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D1232.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm)>. Acesso em: 07 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, dez. 2016b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)>. Acesso em: 07 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, set. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 07 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **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. Brasília, dez. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 07 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004**. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília, abr. 2004a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/110.858.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.858.htm)>. Acesso em: 07 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília, nov. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12527.htm)>. Acesso em: 18 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, mai. 2000a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp101.htm)>. Acesso em: 28 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Brasília. 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 01 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº. 338, de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, mai. 2004b. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)>. Acesso em: 01 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS - DATASUS. **SIOPS na gestão e financiamento da saúde**. Brasília, 2000b. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Brasília, 2016a. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/estrutura-e-competencias>>. Acesso em: 28 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **DATASUS – Departamento de Informática do SUS**. Brasília, 2017b. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops>>. Acesso em: 28 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos e determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política agora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas. Brasília, out. 1998. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html)>. Acesso em: 29 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 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. Brasília, jan. 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html)>. Acesso em: 01 nov. 2017

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009.** Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília, nov. 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981\\_26\\_11\\_2009\\_rep\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_26_11_2009_rep_comp.html)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013.** Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, jul. 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554\\_30\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html)>. Acesso em: 01 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Cartilha de apresentação de propostas ao Ministério da Saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <<http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/cartilha.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Orçamento Federal. Siga Brasil. **Senado Federal**, Brasília, 2016c. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

EVANS, David; ETIENNE, Carissa. Health systems financing and the path to universal coverage. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 88, n. 6, p. 402-403, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v88n6/02.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

GIL, Antonio. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, Andrea *et al.* Análise de relatórios de prestação de contas com base nas características qualitativas da informação contábil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, São Paulo, v. 4, n. 8, p. 92-111, abr. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros. **IBGE**, Brasília, set. 2015. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa\\_dou.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_dou.shtm)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

KANAMURA, Alberto; VIANA, Ana. Gastos elevados em plano privado de saúde: com quem e em quê. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 41, n. 5, p. 814–820, out. 2007.

LAFFIN, Nathália; BONACIM, Carlos. Custos da saúde: judicialização de medicamentos ofertados pelo SUS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 24., 2017, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Faculdade, 2017.

MACHADO, Cristiani; LIMA, Luciana; ANDRADE, Carla. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. **Cadernos de saúde pública**, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 187–200, jan. 2014.

MACHADO, Nelson. Sistema de informação de custo: diretrizes para integração ao orçamento público e à contabilidade governamental. 2002. 1-233f. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MAUSS, César; SOUZA, Marcos. **Gestão de custos aplicada ao setor público: modelo para mensuração e análise da eficiência e eficácia governamental**. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDES, Áquilas. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1183-1197, dez. 2014.

MENGUE, Sotero *et al.* National survey on access, use and promotion of rational use of medicines (PNAUM): household survey component methods. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 50, n. 4, p. 1-12, ago. 2016.

OLIVEIRA, Luciane; ASSIS, Marluce; BARBONI, André. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3561-3567, nov. 2010.

OLIVEIRA JUNIOR, Antonio *et al.* Gestão dos recursos da saúde: fundo de saúde. **Portal Fundo Nacional da Saúde**, fev. 2017. Disponível em: <[http://portalfns.saude.gov.br/images/artigos/GestaoRecursosSaudeFundoSaude\\_atualizado.pdf](http://portalfns.saude.gov.br/images/artigos/GestaoRecursosSaudeFundoSaude_atualizado.pdf)>. Acesso em: 08 dez. 2017.

PAIM, Jairnilson *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, mai. 2011.

PIOLA, Sérgio *et al.* **Texto para Discussão nº 1846**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília – Rio de Janeiro: Ipea, 2013. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD\\_1846.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf)>. Acesso em: 08 dez. 2017.

RAUPP, Fabiano; BEUREN, Ilse. Metodologia da Pesquisa aplicável às Ciências Sociais. In: BEUREN, Ilse. (org.) **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2013. p. 76-97.



REIS, Hermes *et al.* Perfil da gestão de consórcios intermunicipais de saúde do Rio Grande do Sul: um estudo das práticas de gestão econômica e financeira. **Revista Universo Contábil**, Foz do Iguaçu, v. 12, n. 2, p. 21-38, nov. 2016.

SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL. **Manual de contabilidade aplicada ao setor público (MCASP)**. 6. ed. Parte: Geral, I, II, III, IV e V. Brasília: 2015.

SOUTES, Dione. **Uma investigação do uso de artefatos da contabilidade gerencial por empresas brasileiras**. 2006. 116f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Curso de Ciências Contábeis, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

STUART, Bruce; DOSHI, Jalpa; TERZA, Joseph. Assessing the impact of drug use on hospital costs. **Health services research**, [s. l.], v. 44, n. 1, p. 128–144, fev. 2009.

TEIXEIRA, Hugo; TEIXEIRA, Marcelo. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. **Ciência da Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, p. 379–91, mai. 2003.

VIEIRA, Fabíola. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 43, n. 4, p. 674–681, jun. 2009.

\_\_\_\_\_.; BENEVIDES, Rodrigo. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 1–28, nov. 2016.

\_\_\_\_\_.; ZUCCHI, Paola. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 73–84, mar. 2013.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 906–913, out. 2011,

THE WORLD BANK. Global stocktake of social accountability initiatives for budget transparency and monitoring: key challenges and lessons learned. Washington: **The World Bank**, set. 2013. Disponível em:

<<http://documents.worldbank.org/curated/en/457241468340847491/pdf/815430REVIS ED00ocktake0Report0Final.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2017.