

**Gasto público com aquisição de medicamentos:
2001 - 2005**

Dante Dianezi Gambardella

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de mestre em
Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Epidemiologia
Orientador: Prof. Titular Ruy Laurenti**

**São Paulo
2007**



É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/ dissertação.

49670/2008 da

AGRADECIMENTOS

Difícil é o momento de referir-me a todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, para a finalização deste trabalho. Na impossibilidade de contemplar a todos, relaciono abaixo os nomes de pessoas que de alguma forma contribuíram para construção de meus referenciais até presente momento.

À Prof^a. Ana Dianezi Gambardella, mãe e parceira.

À Prof^a. Maria de Fátima Nunes Marucci, pela amizade, presteza, e quantidade de tinta despendida.

Ao Prof. Ruy Laurenti, pela oportunidade a mim conferida.

À Prof^a. Ana Maria Malik, pela franqueza e honestidade.

Ao Prof. Oswaldo Yoshimi Tanaka, pelos alertas e por ter bancado a idéia.

À Secretaria de Saúde de Osasco, pela compreensão da importância deste trabalho.

Ao Sr. Coriolano, meu pai, pelo apego à cultura geral; à Alice, minha irmã e referência; à Julia, minha esposa, pela paciência nas horas tensas; a Luiz Felipe Ambrósio, sempre disposto a dividir conhecimento; à Dona. Mirian, presente nos momentos agudos; a Dario Abraão Rabay, pelo companheirismo; a Daniel Marucci e equipe; às Prof^{as}. Sônia Buongiorno, Elizabeth Pinto, Mônica Jorge, Sabina Lea Davidson Gotlieb, Maria Helena P. Jorge; ao Prof. Eurivaldo de Almeida; a Renato Bock e Julia Dau, Seu Rachid, Ivan Neves, Henrique Deporte, Flávia de Castro e Castro, Benjamim e Vicente Dianezi, Estanislau Dobbeck, Gelso de Lima, JR, Paulo Arvate, André Roncaglia Carvalho, Maurício Rosa, Rosa Maria Marques, Renato Martins e Ana Cláudia, Carlos Ruiz, Jean Tible, Maíra Junqueira Neves, Sebastião Oliveira Neto, Maria Fernanda Frutuoso, Dan Pastor, Claire Forrester, Vanya Almeida, Ana Freitas, Disnei Schianti, Sandra Maria Nunes, Cecília Suenaga, Paulo Nascimento, Nelson Bedin, Jair da Costa Matos, Demétrio Dauar, Lie e Silvio Schutzer.

Dante Dianezi Gambardella

RESUMO

Gambardella DD. Gasto público com aquisição de medicamentos: 2001 a 2005. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.

Introdução: os gastos com ações de saúde, realizados pelos municípios brasileiros, apresentaram elevado incremento nos últimos sete anos, dentre os quais se destaca aquele com medicamentos. Soma-se a essa constatação, o descumprimento das aplicações constitucionais mínimas em saúde por parte da União e dos Estados, paralelamente à verificação de recordes de arrecadação. Sob a ótica epidemiológica, o contexto é de crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, decorrentes do envelhecimento populacional. Analisar os orçamentos municipais em saúde constitui-se, portanto, como instrumento relevante para qualificar essa discussão acerca da sobrecarga imprimida aos municípios atualmente. **Objetivo:** Analisar a despesa empenhada com saúde pela administração direta das capitais brasileiras, segundo região geográfica, com enfoque na aquisição de medicamentos, entre os anos de 2001 a 2005. **Metodologia:** As informações foram obtidas em bancos de dados oficiais brasileiros. Os gastos em saúde, obtidos pelo SIOPS, foram deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor, tomando-se 2001 como ano base. As despesas foram detalhadas segundo os elementos de despesa: pessoal, material hospitalar, material de consumo, pessoa jurídica. Foram também estabelecidas as composições percentuais dos orçamentos, calculadas as médias, variações acumuladas, e gasto com per capita com medicamento. **Resultados:** observou-se incremento de 61.96% do gasto com medicamento, três vezes superior ao incremento nos gastos totais com saúde, 22,71%, tendo as maiores variações sido verificadas nos anos de eleições municipais. **Conclusão:** os resultados apontam para o maior peso dos gastos com saúde sobre os municípios após a descentralização do SUS, para a insuficiência da parte variável do PAB destinada à assistência farmacêutica básica, e para a possibilidade de a política de assistência farmacêutica nos municípios serem condicionadas por critérios não técnicos.

Descritores: gastos em saúde, financiamento, assistência farmacêutica e SIOPS.

ABSTRACT

Gambardella DD. Public expenditures with drugs: 2001 a 2005 [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2007.

Introduction: the health expenditure of Brazilian municipalities has increased in the last seven years, which are highlighted by drugs expenditure. Therefore, the Health Unify Systems (SUS) financing is held in context of disrespect by the federal government and states, about the minimum percentage of resources applied to public health, established by the Federal Constitution, besides the several records of federal government collect. By the epidemiological aspect, the municipalities are being pressed by the trend of high prevalence of chronic diseases, caused by the aging of populations. Therefore, to analyze the municipalities' budget is a way to qualify the health overcharge municipality's comprehension nowadays. **Objective:** to analyze the expenditures of health by the administration's capitals, by political regions, focusing on the purchase of drugs between 2001 – 2005. **Methodology:** the data used in this study was provided by official database. The budget data was obtained by SIOPS, adjusted by the National Consumer Index Price (INPC) of Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), taking the year of 2005 as the base for comparison. These expenditures were separated by items: payroll, hospital material, drugs, legal entity, and the total of expenditures. The amount over budget, the mean proportional, the accumulated variation, and the per capita drug expenditure of each of these items were calculated. **Results:** It was observed that 61,96% of accumulated variation of drug expenditure and 22,71% of the total budget, and the highest values of the period were noted in years of municipality's elections. **Conclusion:** the results pointed out into three trends: the bigger wages of health expenditures remained over the municipalities after the SUS decentralization; the variable PAB's part of directed pharmaceutical assistance is insufficient actually; and the pharmaceutical political possibility to be ruled by non technical criterion.

Keywords: health expenditures, financing, medical assistance and SIOPS.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	16
1.2 MUDANÇAS NO PERFIL DE MORBI MORTALIDADE.....	18
2. OBJETIVO.....	25
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	26
3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	30
3.2 ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4. RESULTADOS.....	33
5. DISCUSSÃO.....	46
6. LIMITAÇÕES DO TRABALHO.....	54
6.1 DA QUALIDA DOS DADOS DO SIOPS.....	54
7. CONCLUSÃO.....	58
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69

ANEXOS

I- PARACER DO COMITÊ DE ÉTICA DA FSP.

II- TABELA 13 - ÓBITOS POR CAPÍTULO DA CID-10, BRASIL, 1996/2004.

III- TABELA 14 - TAINDICADORES – 10 PRINCIPAIS MORBIDADES DO
CAP. II DA CID-10, NEOPLAISAS (TUMORES), 1996/2004.

IV- TABELA 15 - INDICADORES – 10 PRINCIPAIS MORBIDADES DO
CAP. IX DA CID-10, DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO,
1996/2004.

V- TABELA 16 - INDICADORES – 10 PRINCIPAIS MORBIDADES DO
CAP. IV DA CID-10, DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E
METABÓLICAS, 1996/2004.

ÍNDICE DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

Tabela 1 - População total e variação acumulada (%), segundo todas as capitais e somente capitais incluídas no estudo, região Norte, 2001 a 2005.....34

Tabela 2 - População total e variação acumulada (%), segundo todas as capitais e somente capitais incluídas no estudo, região Nordeste, 2001 a 2005.....34

Tabela 3 - População total e variação acumulada (%), segundo todas as capitais e somente capitais incluídas no estudo, região Sudeste, 2001 a 2005.....35

Tabela 4 – Participação (%) por tipo de gasto sobre o orçamento total, capitais da região Norte.....35

Tabela 5 – Participação (%) por tipo de gasto sobre o orçamento total, capitais da região Nordeste.....37.

Tabela 6 – Participação (%) por tipo de gasto sobre o orçamento total, capitais da região Sudeste.38

Tabela 7 – Média da participação (%) de elementos de despesa no orçamento total. Capitais incluídas, regiões do Brasil, 2001 a 2005.....40

Tabela 8 – Variação acumulada (%) de elementos de despesa selecionados, segundo capitais da região Norte.....40

Tabela 9 – Variação acumulada (%) de elementos de despesa selecionados, segundo capitais da região Nordeste.....41

Tabela 10 – Variação acumulada (%) de elementos de despesa selecionados, segundo capitais da região Sudeste.....41

Tabela 11 – Variação acumulada (%) de elementos de despesa selecionados, segundo região, ao final do período, 2001 a 2005.....	42
Tabela 12 – Crescimento populacional e variação acumulada (%), média do gasto per capita com medicamento e variação acumulada (%), regiões brasileiras, acumulado final, 2001 a 2005.....	43
Quadro 1 – Elementos de Despesa.....	28
Quadro -2 Dotações Orçamentárias.....	29
Quadro 3 – Capitais incluídas e Não Incluídas, Brasil, 2005.....	33
Gráfico 1 - Gasto (%) com medicamento sobre o total orçamentário, região Norte, 2001 – 2005.....	36
Gráfico 2 - Gasto (%) com medicamento sobre o total orçamentário, região Nordeste, 2001 – 2005.....	38
Gráfico 3 - Gasto (%) com medicamento sobre o total orçamentário, região Sudeste, 2001 – 2005.....	39
Gráfico 4 - Gasto com medicamento per capita (R\$), região Norte.....	44
Gráfico 5 - Gasto com medicamento per capita (R\$), região Nordeste.....	44
Gráfico 6 - Gasto com medicamento per capita (R\$), região Sudeste.....	44

1 INTRODUÇÃO

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tem sido objeto de intensos debates, particularmente no período posterior à aprovação da Emenda Constitucional Nº. 29 (Brasil, 1988), envolvendo o executivo, o legislativo e o judiciário, bem como a sociedade civil em suas diversas formas de organização, e o setor privado de prestação de serviços de saúde. A emenda, que deu nova redação ao Artigo 198 da Constituição Federal, estabeleceu aplicações mínimas em saúde a serem cumpridas pelos municípios, pelos Estados e pela União, com início em 2000, com prazo para adequação até o exercício de 2004.

Definiu-se que, a União aplicaria no ano de 2000 o total empenhado em saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de no mínimo, cinco por cento, e para os anos de 2001 a 2004 o valor apurado no ano anterior, acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Aos Estados e ao Distrito Federal a aplicação deveria ser de doze por cento da arrecadação de impostos ao final de 2004, conforme trata o Artigo 155 da Constituição Federal. Aos municípios, caberia aplicar quinze por cento da arrecadação de impostos, conforme estabelecido pelo Artigo 156 da Constituição.

Como uma das formas de acompanhamento das aplicações mínimas em saúde, o Ministério da Saúde e a Procuradoria Geral da União implementaram o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), por meio da Portaria Conjunta n. 1.163 de 11 de outubro de 2000, formalizando o Sistema cujas ações já se encontravam em andamento.

Desde então o SIOPS vem sendo aperfeiçoado, viabilizando o estabelecimento de relações entre a alocação de montantes orçamentários em ações de saúde. Esse sistema permite verificar as despesas orçadas, empenhadas, liquidadas

e atualizadas em saúde, conforme estabelecido pela Portaria 163/01 da STN (MF/2001), com medicamentos, material hospitalar, folha de pagamento de pessoal, despesa com pessoa jurídica (água, luz, telefone, manutenção e terceirização permitidas), obras, aquisição de equipamento e material permanente, entre outras.

O SIOPS permitiu verificar que a União, e o cômputo dos Estados brasileiros, deixaram de aplicar os percentuais mínimos em saúde entre 2000 e 2003, em respectivamente, R\$ 1,8 bi e R\$ 5,9 bi (Campelli & Cavalo, 2007).

Com relação aos municípios brasileiros o SIOPS tornou possível mostrar outra situação. Segundo Campelli & Cavalo, (2007), em 2000 a aplicação foi de 13,67%; em 2001 de 14,82%; em 2002 de 16,54%; atingindo 17,4% em 2003. Em contrapartida a União participou com aplicações cada vez menores no financiamento do SUS, passando de 59,8% em 2001, para 48% do total em 2003.

Nota Técnica N°. 02-A (MS, 2007) com relação aos balanços gerais dos Estados brasileiros em 2005, indica descumprimento de aplicação em saúde conforme definido pela EC 29 em 0,98%, em cerca de R\$ 1,4 bi.

Soma-se à crescente participação de recursos próprios dos municípios no financiamento à saúde, a grande expansão de serviços, seja em quantidade ou qualidade no período pós constitucional, bem como a inclusão de milhões de brasileiros nas atenções básicas e especializadas (Carvalho, 2004); o envelhecimento populacional experimentado pelo Brasil a partir da década de 1960 (Chaimowicz, 1997; Wong, 2000; Carvalho & Garcia, 2003; Berquó & Cavenagui, 2006); as mudanças nos perfis de morbi-mortalidade com a elevação da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (Onram, 1971; Laurenti, 1990; Monteiro, 2000; Schramm et al. 2004); as condições sócio-econômicas da população (Muray & Frenk, 2000); a necessidade da reorganização da atenção à saúde do idoso pelo SUS (Duarte, 2003; Lima 2007); entre demais fatores que direta ou indiretamente acarretam na elevação de gastos em saúde pelos municípios.

A inclusão de um contingente populacional, até então à margem de serviços públicos de saúde, foi devida em função do caráter universalizado do SUS, sob a égide da descentralização, iniciada ao final da década de 1980, momento em que todos os brasileiros passaram a ter igual possibilidade de acesso prevista na Carta Magna. Até então, a atenção à saúde apresentava-se de forma dicotômica, com possibilidades de acesso e tratamento diferenciadas entre segurados e não segurados do sistema previdenciário brasileiro (Marques, 1998).

Como linha mestra da condução do SUS com o propósito de se constituir em um sistema de acesso universal, o processo de descentralização foi levado a cabo a partir da Norma Operacional Básica do SUS 01-96 (NOB-96). O objetivo primordial dessa Norma foi de “promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde a seus municípios”, aperfeiçoando a gestão dos serviços de saúde no país, tendo o município como “responsável imediato pelo atendimento das necessidades e das exigências de intervenções saneadoras em seu território” (MS-1997). Nesse sentido, a atenção universal, integral e equânime passou a ser, inclusive, responsabilidade dos municípios.

Dessa forma, observou-se o crescimento da demanda por serviços de saúde, e paralelamente, uma forte expansão do crescimento de estabelecimentos de saúde, especialmente pós 1988. Em 1979, estando ainda vigente o modelo assistencial previdenciário, contava-se com 17.079 estabelecimentos de saúde; em 1989, início do processo de descentralização do SUS, o número praticamente dobrou, passando para 34.831; em 1999, somaram 56.133, chegando a 65.343 em 2002, representando um incremento de 383% no período (Marques, 1999; IBGE, 2002). Em relação ao atendimento ambulatorial e hospitalar, a maior parte desse crescimento se deve ao setor público, com majoritária participação dos municípios, em função do processo de descentralização do SUS (Marques, 1999).

Em relação ao setor público, a reboque dessa ampliação, seguiram-se os gastos inerentes a seu funcionamento, denominado pelo senso comum como

“custeio”, e à relevante importância da incorporação de novas tecnologias às ações de saúde. Fruto do processo de especialização médica (Illich, 1975; Dupuy e Karsenty, 1980), avanços tecnológicos têm sido colocados cada vez mais à disposição dos profissionais da área da saúde, com vistas à realização de diagnósticos mais precisos, e tratamentos mais eficazes.

Cabe ressaltar o apontamento de alguns autores quanto à viabilidade de utilização maciça de novas tecnologias, cujos resultados não garantiriam relação custo-efetividade positiva. Em outras palavras, verificou-se relação direta entre a elevação nos gastos com saúde e a incorporação dessas novas tecnologias, em proporção muito maior ao incremento da melhoria da qualidade de saúde levada à população (Barros, 2002).

Também ocorreria no setor de saúde, de forma mais freqüente em comparação a outros, um acréscimo de novas tecnologias àsquelas pré-existentes, não restritas a simples substituição de antigas técnicas por outras mais recentes. A eficácia advinda do avanço tecnológico ocorreria em menor proporção, quando comparada ao custo despendido para sua implantação em larga escala. No tocante aos medicamentos, ressalta-se que a competição industrial tem se acentuado, fazendo com que novos lançamentos sejam realizados em intervalos de tempo cada vez menores, uma vez que se tornam rapidamente obsoletos. Sendo “irreversível o avanço tecnológico, o que se há por fazer é definir critérios mais racionais para sua utilização” (Kanamura, 2005).

Quanto ao custo do SUS, é necessário salientar que a atenção universal colocada em prática não o exime do atendimento, a aproximadamente 40 milhões beneficiados por algum tipo de plano privado de saúde (MS, 2007). Pelo contrário, determinados procedimentos de elevado custo, tais como transplantes, são em sua maioria realizados pelos SUS.

No tocante ao aspecto da integralidade prevista pelo SUS, deve-se considerar não somente a expansão da rede de atendimento capaz de atender sua

demanda, mas também a extensão de seu atendimento. Cabe ao SUS oferecer adequado tratamento, do trauma à reabilitação, bem como o acompanhamento periódico de pacientes crônicos, para referir-se ao mínimo necessário, não excluindo a assistência farmacêutica (Cosendey et. Al, 2002).

Ao se abordar a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil, é forçoso referenciar o papel da Central de Medicamentos (CEME), subordinada à Presidência da República, quando de sua criação no início da década de 70, cujo objetivo era de “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano a quantos não puderem por suas condições econômicas, adquiri-los a preços comuns no mercado”, além de

“... funcionar como reguladora da produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos subordinados ou vinculados aos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, da Saúde, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde” (Cosendey et. Al, 2002).

A CEME foi também responsável pela criação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), em 1975, como forma de racionalizar a política de medicamentos, contemplando os princípios da Organização Mundial da Saúde (MS, 2002). A padronização de medicamentos pela CEME levou a criação do programa Farmácia Básica em 1987, por meio do qual, medicamentos essenciais e de uso contínuo eram distribuídos na rede pública, abrangendo 73% dos municípios quando de sua implantação “registrando-se, em 1989, cerca de 50 milhões de pessoas beneficiadas” (MS, 2002).

A partir de 1989, a CEME passou a apresentar uma série de deficiências relacionadas a planejamento e distribuição, apresentando paralelamente redução no fornecimento de medicamentos aos municípios. Em 1997, um ano após a publicação da NOB 01/96, a CEME foi extinta (MS, 2002).

Após 1998, a implantação da NOB 01/96, com a política de descentralização abrangeu a política de assistência farmacêutica, priorizando a atenção básica, gerenciada pelos municípios. Os gestores passaram a adquirir medicamentos com base no incentivo de “Assistência Farmacêutica Básica da parte variável do Piso de Atenção Básica – PAB” de R\$ 1,00 habitante/ano, repassado pelo Fundo Nacional de Saúde em 12 parcelas de R\$ 0,083 ao mês (MS, 2002).

Isso posto, torna-se relevante comparar a parte variável do PAB, destinada à compra de medicamentos, com as necessidades dos municípios em atender à sua demanda.

Análise baseada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 98, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), encontrou para as cinco regiões do Brasil, destinação média de 10% da renda das famílias para despesas com saúde, em todos os decis de renda, que à época, variou de R\$168,00 a R\$2.134,00, com média de R\$331,00 (Andrade, 2004).

Nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, esse comportamento é decrescente em relação à renda, indicando que as famílias alocadas nos primeiros decis de renda direcionariam maior parte da renda em comparação às mais ricas. O fator relevante do estudo aponta para as menores faixas de renda, nas quais o maior componente dos gastos são os medicamentos, variando entre 50 e 75% do gasto total com saúde. A parte destinada às despesas com saúde diminuiria com o aumento da renda, tendo apenas o componente plano de saúde como diferencial, quando comparadas às famílias de menor renda, que praticamente não destinam recursos para esse componente de gasto (Andrade, 2004).

O componente do gasto familiar com saúde, em especial com medicamento também está associado à presença de um ou mais indivíduos com 60 anos ou mais (idoso) na família (Andrade, 2004).

A despesa de medicamentos por idosos foi tema de inquérito realizado no estado de Minas Gerais no ano de 2003. Os entrevistados selecionados receberam benefícios do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) no valor médio de R\$403,71 e consumiram de um a nove medicamentos por dia, nos quinze dias que antecederam a pesquisa (média de quatro por dia), dos quais 25% foram obtidos no SUS. Análise mais detalhada mostrou que os 25% dos medicamentos fornecidos pelo SUS apresentaram custo médio de R\$13,49 ao mês por paciente, a valores de junho de 2003, quando o salário mínimo era de R\$240,00 (Lima et al., 2007).

Estima-se que o valor relativo ao gasto com medicamentos seja elevado no Brasil. Dados de 2005 indicam o país na 5ª. colocação entre os consumidores mundiais, com um mercado de aproximadamente US\$ 10,3 bilhões (Noronha e Borges apud Wilken e Bermudez, 2005). Não foram encontrados dados para 2005 referentes à participação da parte governamental nesse *ranking*. No entanto, para o ano de 1991 estimava-se em 35% a participação governamental nesse mercado (Bermudez, 1994).

Dados de 1996, referentes a hospitais da rede pública do Rio de Janeiro, apontavam em 8,8% o gasto relativo a medicamentos em relação ao total. Esse valor é próximo ao verificado dez anos mais tarde nos EUA e na Europa, quando foram registrados gastos entre 7 a 15% e 5 a 10%, respectivamente. (Noronha e Borges apud Wilken e Bermudez, 2005).

O elevado gasto com medicamentos é considerado como problema de primeira ordem, face à capacidade orçamentária restrita nos processos decisórios de saúde, fato que se apresenta como uma constante. Nesse sentido, Kanamura (2005) e Malik (2005) convergem para a racionalização dos recursos disponíveis. O primeiro condiciona a gestão orçamentária a uma “forte política de uso racional de recursos” para que não se concentre gastos “na assistência às doenças e afecções emergenciais que mais ameaçam a vida, em detrimento das ações para a manutenção da saúde”. Malik, ao abordar questões referentes a fatores responsáveis pela qualidade na saúde, acredita na necessidade de se aprimorar os processos de comunicação entre os

setores de saúde e orçamentários, também referendados por Malik e Pena (2003), Malik e Schiesari (2003).

1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O processo de envelhecimento populacional demanda readequações da atenção à saúde por parte dos municípios. Considerando o fato de os municípios serem responsáveis pela atenção básica, porta de entrada do SUS, é preciso se adequar às peculiaridades inerentes a esse grupo etário, uma vez que apresenta maior prevalência de doenças crônicas, cujos tratamentos são de longa duração. Este fato, por si só, aumenta a rotatividade de pacientes nas unidades de saúde.

Como resultado, os municípios são levados a rever não somente os serviços disponíveis em suas redes, como também os custos decorrentes dessa adequação, inclusive a assistência farmacêutica. A PNAD-98 encontrou a indicação de ao menos uma doença crônica não transmissível (DCNT), para 69% dos indivíduos com 60 anos ou mais idade. Ainda segundo Lima et al. (2007) os idosos utilizavam quatro medicamentos por dia em média, fato que caracteriza este grupo etário como intensivo em consumo de medicamentos.

O conceito “transição demográfica” é utilizado para definir o processo de mudança na estrutura etária da população, geralmente caracterizado pelo envelhecimento, apresentando no Brasil traços diferentes dos padrões experimentados por países desenvolvidos, com suas peculiaridades. (Chaimowicz, 1997)

Países europeus experimentaram um processo de envelhecimento paulatino, acompanhado da queda na taxa de fecundidade, a partir de 1870. Na Inglaterra, por exemplo, sobre a qual existe vasta bibliografia sobre o assunto, no ano de 1870

apresentava 7,4% de sua população com 60 anos ou mais de idade. No Brasil, 100 anos mais tarde, esse grupo representava 5,1% da população. Para o ano de 2000, os indivíduos ingleses com 60 anos e mais representaram 20,4% da população, enquanto no Brasil, esse grupo somou 8,6% do total (Carvalho e Garcia, 2003). Tal comparação pode indicar que a população idosa no Brasil ainda terá espaço para aumentar seu peso na estrutura etária, tese que se reforça quando analisadas as variações nas taxas de mortalidade e fecundidade no Brasil.

Para melhor compreensão da transição demográfica no Brasil é necessário explicitar os conceitos de longevidade e envelhecimento populacional. Segundo Carvalho e Garcia (2003), longevidade diz respeito ao número de anos vividos por um indivíduo ou, ao número de anos que em média as pessoas de uma mesma geração viverão. Consideram geração o conjunto de recém-nascidos em um mesmo intervalo de tempo. Envelhecimento populacional refere-se às mudanças na estrutura de uma população, a partir das quais se verificam maior peso relativo de pessoas mais velhas e menor de crianças.

As estatísticas referentes à população no Brasil são recentes quando comparadas a países europeus. O 1º. Censo populacional data de década de 1920. Na década de 1960, quando foi realizado o 4º. Censo, a população brasileira era considerada predominantemente jovem, composta por 52% de indivíduos com idade inferior a 20 anos e 3% acima dos 65 anos. No intervalo de 40 anos que antecederam o 1º e o 4º Censo, verificou-se acentuado declínio da mortalidade, com esperança de vida variando de 41 anos de idade, em 1930, para 55,7 na década de 1960, bem como leve redução da fecundidade, variando de 6,1 para 5,8 filhos por mulher, no mesmo período. (Oliveira e Simões, 2005).

A queda na mortalidade verificada entre os anos 20 e 60, do século passado, contribuiu para o rejuvenescimento da população, uma vez que ocorreu de maneira mais acentuada entre a população jovem. Ao contrário do verificado em países desenvolvidos, o Brasil apresentou declínio da mortalidade e fecundidade, enquanto naqueles, o declínio da mortalidade foi acompanhado por elevado nível de

fecundidade. Foi a partir do final da década de 60 que se verificou no Brasil o início do estreitamento da base da pirâmide etária, e o conseqüente envelhecimento da população, tendo como principal fator a intensa redução da taxa de fecundidade total - TFT. (Carvalho e Garcia, 2003).

Berquó e Cavenagui (2006), com base nos dados da PNAD 2004, apontam para a tendência de declínio da taxa de fecundidade, verificando o nível mais baixo, 2,1 filhos por mulher. Tal indicador configura-se como importante referencial para os formuladores de políticas públicas, dadas suas implicações não só na atenção à saúde, como também no financiamento do setor previdenciário, e à soberania nacional ao se abordar a existência de extensas áreas fronteiriças ermas.

Converge para a constatação do baixo nível da TFT, Wong (2000), que com base nos dados da PNAD-98, e no Censo do IBGE, estimou que a partir de 2020 a taxa será de dois filhos por mulher, ou seja, abaixo da taxa de reposição populacional.

Considera-se, portanto, que o envelhecimento populacional é determinante, não somente para a elevação do custo da atenção pública à saúde, como também para seu financiamento, em um contexto de crescente aporte de recursos próprios por parte dos municípios.

1.2 MUDANÇAS NO PERFIL DE MORBI-MORTALIDADE

Segundo Onram (1996), a base da teoria epidemiológica consiste na análise da evolução das mudanças nos padrões de saúde, doença, mortalidade, fecundidade, estrutura etária, que ocorrem em paralelo a seus determinantes sócio-econômicos, ecológicos, bem como ao estilo de vida e à qualidade dos serviços de atenção à saúde, em diferentes sociedades.

Com base nessa análise verificam-se situações de elevada mortalidade e fecundidade e baixa expectativa de vida, em uma jovem estrutura etária, com a presença predominante de doenças transmissíveis, para outro contexto marcado por baixa mortalidade e natalidade, elevação da expectativa de vida e envelhecimento da população, marcado por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente em indivíduos de meia idade e idade avançada (Onram, 1996).

No Brasil, em função das disparidades sócio-econômicas, características de sua formação, o processo de transição epidemiológica apresenta forma peculiar, assim como a transição demográfica, não experimentando a tendência explícita de substituição de doenças transmissíveis por não transmissíveis, verificada na maioria dos países desenvolvidos. Ao contrário, “velhos e novos males” coexistem, ainda que se verifiquem alterações no perfil epidemiológico brasileiro no decorrer do Séc. XX, levando à necessidade de cumprimento de vasta agenda de saúde (Schramm et al., 2004; Monteiro, 2000).

Estudo evolutivo da mortalidade por doenças infecciosas desenvolvido por Buchala, et al. (2003) para a cidade de São Paulo, valendo-se de dados para os anos de 1901, 1960 e 2000, apresenta como fator marcante para a mudança no perfil epidemiológico, melhorias da qualidade de vida da população. Desde o final do Séc. XIX, contatou-se a presença de doenças infecciosas, bem como a fome, como os principais elementos responsáveis pela elevada taxa de mortalidade infantil e pela baixa expectativa de vida.

No decorrer do séc. XX, com o acelerado processo de urbanização verificado na cidade de São Paulo e em grandes capitais como o Rio de Janeiro, notou-se queda na mortalidade por doenças infecciosas na infância, devido ao aumento da área coberta por saneamento básico, à melhoria da condição de alimentação e nutrição, ao aumento do nível de escolaridade, especialmente das mães, dentre outros fatores (Buchala et al., 2003). No entanto, tais fatores não foram suficientes para sustentação de menor índice de morbi-mortalidade.

Nos grandes centros urbanos do Brasil no decorrer do séc. XX, a redução dos óbitos por doenças infecciosas foi acompanhada pelo aumento da prevalência de DCNT, típica de uma transição epidemiológica (Buchala et al. 2003).

No sentido de ilustrar essa tendência, verificou-se por meio de dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-Ministério da Saúde (DATASUS), para o período de 1996 a 2004, que de fato, as doenças do aparelho circulatório constituíram-se como primeira causa de óbito, e as infecciosas e parasitárias como sexta. Tal constatação reforça a tese de particularidade da transição epidemiológica brasileira, com a presença marcante de DCNT paralelamente às doenças infecciosas, que por sua vez se refletem na vasta agenda de saúde a ser cumprida (ANEXO II).

Sobre o aspecto da transição epidemiológica, em que se verifica o declínio da mortalidade com elevação da morbidade, entendida como função não somente da mudança dos tipos de doenças existentes (de infecciosas para DCNT), mas também de suas características, envolvendo letalidade e duração (tornaram-se menos letais e demandantes de tratamentos mais longos), conforme apontado por Laurenti (1990), a literatura já aponta para conceitos cristalizados.

É importante ressaltar que a melhoria de condição de vida da população brasileira, verificada desde o início dos anos 1930, paralelamente à maior oferta e acesso a serviços de saúde, acarretou na mudança da estrutura etária da população. Como consequência, determinadas doenças não constatadas de forma intensa no início do Séc. XX, tornaram-se mais frequentes em função do envelhecimento da população em época mais recente. Com efeito, a expectativa de vida ao nascer, no Brasil dobrou no século passado, passando de 33,7 anos em 1900 (Ramos, 1987) para 70,5 anos em 2000 (IBGE, 2004).

A essa mudança na estrutura etária da população, relaciona-se a maior prevalência de DCNT em relação às infecciosas, como um fenômeno que caminha no sentido centro-periferia. Em outras palavras, de países industrializados em direção

aos menos desenvolvidos. Essa alteração passa a demandar do SUS “no lugar de cuidarem predominantemente de situações agudas, passem a se organizar para a atenção continuada de doenças crônicas” (OPAS/OMS, 2004).

As DCNT foram responsáveis por 60% das mortes e incapacidades em todo o mundo, podendo atingir 73% de todos os óbitos em 2020. No Brasil, em 2001, essas doenças foram responsáveis por 62% do total de mortes e 39% de todas as hospitalizações registradas no Sistema Único de Saúde (OPAS/OMS, 2004).

Destacam-se, dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, cânceres e doenças respiratórias. A obesidade, definida pela existência de excesso de gordura corporal, é considerada doença e fator de risco para desenvolvimento das DCNT, juntamente com elevado nível de colesterol sanguíneo, hipertensão arterial, tabagismo e consumo elevado de álcool (OPAS/OMS, 2004).

Ainda, segundo as organizações Panamericana e Mundial de Saúde, as DCNT são decorrentes do estilo de vida ocidental, com elevação da ingestão de gorduras derivadas de óleos vegetais e de dietas mais calóricas, redução de atividade física, entre demais características presentes nos grandes centros urbanizados. A assunção desse estilo de vida por populações em desenvolvimento determina a priori, uma modificação de seu perfil de morbidade, com elevação da prevalência de DCNT (Popkin, 1999, 2001).

Sendo consenso entre estudiosos a idéia de que o processo de envelhecimento populacional ocorre, principalmente, em função da redução da mortalidade e da fecundidade (Chaimowicz, 1997; Wong, 2000; Carvalho & Garcia, 2003; Berquó & Cavenagui, 2006), implicando no aumento da prevalência das DCNT (Onram, 1971; Laurenti, 1990; Monteiro, 2000; Schramm et al., 2004), dois aspectos se destacam: como reduzir a prevalência das DCNT e, na impossibilidade de se frear o aparecimento de novos casos, como reduzir os impactos decorrentes dessas doenças?

Convém lembrar que as informações sobre morbidade e mortalidade utilizadas no presente estudo foram obtidas pelo sistema DATA-SUS. Este sistema se configura como banco de dados desenvolvido para o cálculo de pagamento de procedimentos pelo SUS. Desse modo, deve-se salientar a relativa perda de acurácia de informações sobre o aspecto de interesse epidemiológico. Dessa forma, os dados referentes às internações por cânceres, no período 1996 - 2004 (Anexo III), por exemplo, não puderam ser hierarquizados adequadamente.

Com relação aos óbitos decorrentes de internações por doenças do aparelho circulatório, que compõem o capítulo IX da CID-10 (Anexo IV), nota-se relativa diferença quando comparados aos dados apresentados pelo SIM, para o mesmo período. Tal fato pode ser devido ao SIM apresentar dados baseados em atestados de óbitos não vinculados apenas aos hospitais e, ao contrário, o DATA-SUS apresentar somente dados relativos aos hospitais da rede pública. Dessa forma, sob o aspecto das internações decorrentes de doenças do capítulo IX da CID-10, as doenças isquêmicas do coração foram responsáveis por 13,81% do total de internações, por 30,41% do montante despendido, e por 14,56% das ocupações de leitos decorrentes do conjunto de todas as internações por doenças descritas no referido capítulo.

Com relação ao capítulo IV da CID-10, referente às doenças nutricionais e metabólicas, fica evidenciada a importância relativa do diabetes sobre o total das doenças, sendo esta a de maior relevância quanto ao número de internações e ao custo total decorrente, bem como à ocupação dos leitos em hospitais públicos, entre os anos de 1996 e 2004 (Anexo V).

Com relação aos óbitos hospitalares, o diabetes apresenta valores inferiores apenas àqueles decorrentes de desnutrição.

Também apontam para a singularidade do perfil epidemiológico brasileiro alguns “estudos de carga de doença”, valendo-se da metodologia do DALY (Disability-Adjusted Life Years) de forma similar à apresentada por Murray e Lopez (1996), por meio da qual se procura medir, simultaneamente, o impacto da

mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos.

Resultados de um estudo de carga de doença realizado para o Brasil (Schramm et al., 2004) indicam, assim como os dados de óbitos fornecidos pelo SIM e pelo DATA-SUS, a importância assumida pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no perfil epidemiológico brasileiro.

Pelo estudo de carga, as DCNT responderam por 63,3% da carga de doença no Brasil, seguidas pelas doenças infecciosas, 23,5%, e por causas externas, responsáveis por 10,2% do total. O que se depreende, ainda que de maneira subjetiva desses resultados, é a importância que o tratamento das morbidades passou a representar na gestão e no financiamento do SUS. Somam-se a isso, as projeções de que o Brasil já se encontra entre os 10 países com mais idosos no mundo, estimando-se 14% da população com mais de 60 anos para o ano de 2025, e que as Doenças Cardiovasculares - DCV nessa faixa etária demandam tratamento de duração mais longa e de recuperação mais lenta, exigindo também intervenções de alto custo (Schramm et al., 2004).

Cabe ainda destacar a parcela de contribuição das DCV que apresentam acréscimo à mortalidade e morbidades precoces “sendo responsáveis por 85 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, somados anos de vida perdidos devido à morte prematura, com os anos vividos de incapacidade” e, pelas projeções que indicam que até 2020 será verificado aumento na prevalência dessas doenças e, com maior intensidade, especialmente, entre países em desenvolvimento (Murray & Lopez, 1996).

No que diz respeito aos agravos decorrentes da inatividade física e dietas não saudáveis, a diabetes *mellitus* tipo II, figura como outro agravo de grande destaque. Sob o aspecto epidemiológico, a prevalência dessa doença tem aumentado de forma exponencial na maior parte dos países desenvolvidos do mundo ocidental, adquirindo contornos epidêmicos, particularmente nos países em desenvolvimento.

Estima-se que existam entre 7,5% e 8% de diabéticos no Brasil, e que parte desse grupo não tem conhecimento da doença, até que seja notado algum tipo de manifestação, tal como cegueira, insuficiência renal, ou quando da internação por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (Sartorelli e Franco, 2003).

Sob o aspecto de recursos decorrentes de procedimentos invasivos de alta complexidade, estima-se que entre 40 e 60% das amputações não traumáticas de membros inferiores no Brasil sejam realizadas em pacientes com diabetes, fato que toma maior relevância quando observado sob a ótica da perda de qualidade de vida em indivíduos amputados (Schramm et al.2004).

Considerando a inclusão de terapias mais sofisticadas aos serviços de saúde; o crescimento da demanda por esses serviços em função do envelhecimento populacional e maior acesso de indivíduos a serviços de saúde após implantação do SUS; o não cumprimento da EC-29 pelos Estados e pela União; mudanças no perfil de morbi-mortalidade com maior presença de DCNT; das evidências de que o SUS participa com um quarto do consumo privado de medicamentos para pacientes com 60 anos e mais idade; é provável que o gasto total com saúde por parte dos municípios esteja aumentando, em particular entre os menos populosos, e que o gasto com medicamento esteja sofrendo incremento em magnitude mais elevada quando comparado à variação do total gasto em saúde.

2 OBJETIVO

Analisar a despesa empenhada (gasto) com saúde pela administração direta das Secretarias de Saúde das capitais brasileiras, segundo região geográfica, com enfoque na aquisição de medicamentos.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compõem os objetivos específicos deste trabalho:

1. avaliar a distribuição percentual dos gastos dos elementos de despesa estudados sobre o total orçamentário, por região, entre 2001 e 2005;
2. avaliar as variações percentuais acumuladas dos gastos entre os elementos de despesa selecionados, entre 2001 e 2005;
3. verificar se há relação entre as variações percentuais acumuladas do crescimento populacional e as variações percentuais do gasto *per capita* com medicamentos.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Para a consecução do presente trabalho foram utilizados dados disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que abrangem o montante de recursos destinados a despesas com saúde, segundo as capitais brasileiras, individualmente, e agrupadas por regiões geográficas, para o período de 2001 a 2005.

Conforme citado anteriormente, o SIOPS foi desenvolvido como instrumento de verificação e controle das aplicações mínimas em saúde definidas pela EC-29.

Os dados disponibilizados são provenientes dos próprios órgãos públicos, por meio de *software* específico desenvolvido pelo DATASUS/MS. Seu preenchimento pelos órgãos públicos tem natureza declaratória, tomando-se como base o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) que é enviado com periodicidade trimestral aos respectivos Tribunais de Contas.

A equipe responsável pelo SIOPS “analisa os balanços estaduais no sentido de verificar a consistência de dados dos balanços gerais publicados” (MS, 2007). Tal procedimento vem sendo realizado desde 2000 devido à insuficiente aplicação de recursos em saúde observada pelos Estados.

O preenchimento de dados no Sistema obedece à normalização para consolidação das contas públicas nacionais, estabelecida pelo anexo III da Lei 4.320/63 (Brasil, 1963) e, posteriormente, atualizada pela Portaria Interministerial 163/01 da STN (MF, 2001).

Com base nesses dados identificaram-se, igualmente, para todos os municípios analisados, os elementos de despesa constantes de seus orçamentos,

referentes à folha de pessoal, a medicamentos (utilizados em procedimentos ambulatoriais, cirúrgicos, internações, bem como para distribuição gratuita), material hospitalar, pessoa jurídica e quanto ao total de gastos com saúde. Esse grupo de elementos foi considerado como variáveis deste estudo, uma vez que apresentou maior participação entre as despesas correntes para a maior parte das secretarias de saúde avaliadas.

Um elemento de despesa pode relacionar-se a diversas dotações constantes de um orçamento. Entende-se por dotação, o limite de crédito consignado na lei de orçamento ou crédito adicional para atender determinada despesa (MF, 2007). As dotações obedecem a uma categoria econômica, a um grupo de natureza de despesa e a uma modalidade de aplicação, para definição de sua função.

Despesas com folha de pessoal, medicamento, material hospitalar e pessoa jurídica (água, energia elétrica, telefonia, terceirizações, etc.) são consideradas correntes, ou no jargão jornalístico, de custeio, termo abandonado pela SNT. Entende-se por despesa de capital aquela concernente ao propósito de formar e/ou adquirir ativos reais (equipamentos e materiais permanentes e obras e instalações) que podem aumentar o patrimônio dos órgãos (MF, 2007). Essas duas categorias econômicas são identificadas, respectivamente pelos algarismos 3 e 4 (MF/01).

Quando da elaboração de um orçamento, define-se a categoria econômica para então classificar a despesa quanto à sua natureza que se subdivide em 6 grupos, identificados por algarismos: (1) Pessoal e Encargos Sociais; (2) Juros e Encargos da Dívida; (3) Outras Despesas Correntes; (4) Investimentos; (5) Inversões Financeiras; e (6) Amortização da Dívida, (MF, 01).

A terceira etapa para elaboração de um orçamento refere-se à classificação da modalidade de aplicação. É preciso indicar a origem do recurso a ser utilizado para a realização da despesa, subdividido em 9 itens, classificados por dezenas: (20) Transferências à União; (30) Transferências a Estados e ao Distrito Federal; (40) Transferências a Municípios; (50) Transferências a Instituições Privadas sem Fins

Lucrativos; (60) Transferências a Instituições Privadas com Fins Lucrativos; (70) Transferências a Instituições Multigovernamentais Nacionais; (80) Transferências ao Exterior; (90) Aplicações Diretas; (99) A Definir, (MF, 01).

A quarta etapa diz respeito ao estabelecimento dos elementos de despesa, identificados pelos códigos apresentados no Quadro 1, que de fato, indicam as despesas sob a forma como são conhecidas pela administração pública, serviços de terceiros, material de consumo, obras e instalações, equipamento e material permanente, entre outros.

Quadro 1 - Elementos de Despesa

Cód.	Elemento	Cód.	Elemento
1	Aposentadorias e Reformas	38	Arrendamento Mercantil
3	Pensões	39	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica
4	Contratação por Tempo Determinado	41	Contribuições
5	Outros Benefícios Previdenciários	42	Auxílios
6	Benefício Mensal ao Deficiente e ao Idoso	43	Subvenções Sociais
7	Contribuição a Entidades Fechadas de Previdência	45	Equalização de Preços e Taxas
8	Outros Benefícios Assistenciais	46	Auxílio-Alimentação
9	Salário-Família	47	Obrigações Tributárias e Contributivas
10	Outros Benefícios de Natureza Social	48	Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas
11	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	49	Auxílio-Transporte
12	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Militar	51	Obras e Instalações
13	Obrigações Patronais	52	Equipamentos e Material Permanente
14	Diárias - Civil	61	Aquisição de Imóveis
15	Diárias - Militar	62	Aquisição de Produtos para Revenda
16	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Civil	63	Aquisição de Títulos de Crédito
17	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Militar	64	Aquisição de Títulos Representativos de Capital já Integralizado
18	Auxílio Financeiro a Estudantes	65	Constituição ou Aumento de Capital de Empresas
19	Auxílio-Fardamento	66	Concessão de Empréstimos e Financiamentos
20	Auxílio Financeiro a Pesquisadores	67	Depósitos Compulsórios
21	Juros sobre a Dívida por Contrato	71	Principal da Dívida Contratual Resgatado
22	Outros Encargos sobre a Dívida por Contrato	72	Principal da Dívida Mobiliária Resgatado
23	Juros, Deságios e Descontos da Dívida Mobiliária	73	Correção Monetária ou Cambial da Dívida Contratual Resgatada
24	Outros Encargos sobre a Dívida Mobiliária	74	Correção Monetária ou Cambial da Dívida Mobiliária Resgatada
25	Encargos sobre Operações de Crédito por Anteci.da Receita	75	Correção Monet.da Dívida de Oper.de Crédito por Antecip da Receita
26	Obrigações decorrentes de Política Monetária	76	Principal Corrigido da Dívida Mobiliária Refinanciado
27	Encarg.pela Honra de Avais, Garantias, Seguros e Similares	77	Principal Corrigido da Dívida Contratual Refinanciado
28	Remuneração de Cotas de Fundos Autárquicos	81	Distribuição de Receitas
30	Material de Consumo	91	Sentenças Judiciais
32	Material de Distribuição Gratuita	92	Despesas de Exercícios Anteriores
33	Passagens e Despesas com Locomoção	93	Indenizações e Restituições
34	Outras Desp.de Pessoal decorrentes de Cont. de Terceirização	94	Indenizações e Restituições Trabalhistas
35	Serviços de Consultoria	95	Indenização pela Execução de Trabalhos de Campo
36	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	96	Ressarcimento de Despesas de Pessoal Requisitado
37	Locação de Mão-de-Obra	99	A Classificar

Fonte: Portaria Interministerial STN/SOF No 163, DE 04 DE MAIO DE 2001.

A quinta e última etapa informa os sub-elementos de despesa, ou seja, a especificidade de um elemento. Desse modo, 'material de consumo' por exemplo,

pode ser discriminado como medicamentos, material hospitalar, gêneros alimentícios, material de escritório, entre outros.

As dotações analisadas foram classificadas conforme se observa no Quadro 2, segundo escopo desta dissertação. A despesa com medicamento envolve sua utilização em procedimentos ambulatoriais, cirúrgicos e a dispensa desse item à população, aqui tratados, unicamente, de medicamento. O somatório de todas as despesas constantes nos orçamentos analisados será definido como “Despesa Total”, sem classificação contábil.

Quadro 2 - Dotações Orçamentárias

Dotação	Descrição
3.1.00.00.00.00	Folha de pagamento
3.3.90.30.00.01	Medicamento
3.3.90.30.00.02	Material hospitalar
3.3.90.31.00.01	Medicamento de distribuição gratuita
3.3.90.39.00.00	Pessoa jurídica

Fonte: SIOPS/ Dados Informados

O SIOPS disponibiliza os dados referentes às despesas conforme o momento de sua execução durante o exercício fiscal. Assim, a despesa orçada é o total de crédito destinado à determinada ação, no início do exercício orçamentário; despesa atualizada refere-se ao total de crédito destinado ao final do exercício; despesa empenhada é a obrigação de pagamento por parte do órgão ordenador; despesa liquidada é o passo anterior ao pagamento do serviço realizado, após avaliar-se sua correta prestação; e despesa paga, é aquela em que o órgão público verificou cumprimento dos trâmites para execução previstos em lei, configurando-se como efetivo desembolso em pecúnia (Brasil, 1963).

No presente estudo decidiu-se pela análise de despesa empenhada (a obrigação de pagamento), uma vez que essa reflete as reais necessidades dos municípios com relação à saúde.

Para a atualização dos valores gastos utilizou-se método aplicado por Kanamura (2005). Desse modo, os valores gastos foram ajustados (deflacionados),

tomando-se como base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), com a finalidade de corrigir a perda do valor de compra da moeda e não a variação dos preços e serviços de saúde. O deflacionamento foi realizado com base na série histórica disponibilizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Adotou-se 2005 como ano base, sendo os valores encontrados para os períodos anteriores, ajustados a valores em Reais (R\$).

Considerando que o gasto de medicamentos está relacionado ao tamanho da população, dentre outros fatores, levantou-se o número de habitantes por capital, posteriormente agrupados por região geográfica. Esses dados foram obtidos com base nas estimativas populacionais elaboradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para cada capital brasileira, e ano da série estudada em 1º de julho de cada ano.

3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O fator que levou à opção pelo estudo dos gastos em saúde pelas capitais brasileiras foi a expectativa de que nessas cidades, a qualidade dos dados se apresentasse mais próxima do real do que em outras cidades dos respectivos estados. Tal afirmação assenta-se sobre três pressupostos: o fato de as capitais, em sua maioria, serem as cidades mais antigas e, por conseguinte, terem o quadro de técnicos na área de saúde com maior experiência na elaboração da peça orçamentária, e em decorrência, no preenchimento do SIOPS; de se caracterizarem pela heterogeneidade social e de possuírem quadro epidemiológico de amplo espectro e complexo; e pela possibilidade de congregarem as maiores redes de atenção à saúde, em número de unidades e tecnologia, proporcionalmente a outras cidades do Estado.

Foram selecionadas as regiões, nas quais ao menos 50% das capitais apresentaram informações sobre gasto com pessoal, pessoa jurídica e aquisição de medicamentos, para todos os anos da série.

Apesar de o gasto com material hospitalar ter sido objeto de análise deste estudo, sua inclusão como fator condicional não foi considerada, devido à inexistência de dados para um grande número de capitais estudadas.

3.2 ANÁLISE DOS DADOS

Adotou-se para o cálculo das variações dos gastos referentes aos elementos de despesa estudados, bem como para o crescimento populacional no período, a variação percentual acumulada. Esse instrumento foi considerado o mais adequado ao escopo do trabalho, uma vez que não são desprezadas, nem superestimadas, variações pontuais da série temporal. Para o cálculo, assumiu-se 2001 como ano base igual a 1 (100%), somado à razão do ano subsequente sobre este (2002 sobre 2001), descontado o ano base. Dessa forma, foram considerados para o cômputo final, todos os anos da série, não se desprezando ao final de cada ano, as variações dos anos anteriores, segundo os biênios (2002/2001, 2003/2002, 2004/2003 e 2005/2004), para cada capital, e posteriormente agrupados por região geográfica.

A análise dos dados constitui-se de quatro partes. A primeira compara as variações populacionais de cada região de duas formas: abordando-se todas as capitais e, aplicando-se o critério de inclusão. Dessa forma pode se observar se houve ou não perda percentual de grande magnitude para o estudo, em função do cumprimento do critério de inclusão.

A segunda parte apresenta os gastos referentes aos elementos de despesa estudados, sobre o gasto total, ano a ano, com o propósito de trazer a luz mudanças na composição orçamentária no período estudado, para cada região.

A terceira envolve as variações acumuladas dos gastos de cada elemento de despesa, e do orçamento total, a fim de se avaliar quais teriam acompanhado o comportamento da variação do orçamento total.

A quarta compara as variações populacionais, para cada região, com as médias dos gastos *per capita* com medicamentos, e com as variações acumuladas desses gastos.

O projeto desta dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Anexo 1).

4 RESULTADOS

Foram incluídas no estudo e analisadas, as regiões Norte, Nordeste e Sudeste, considerando que as três atenderam ao critério de inclusão (ao menos 50% das capitais apresentaram informações sobre gasto com pessoal, pessoa jurídica e aquisição de medicamentos, para todos os anos da série), conforme Quadro 3. Não atenderam aos critérios as regiões Centro-Oeste e Sul.

As Tabelas 1, 2, e 3 apresentam a diferença entre a variação acumulada do crescimento populacional para todas as capitais, e apenas para as capitais selecionadas para o estudo, segundo região.

Quadro 3 - Capitais incluídas e não incluídas, Brasil, 2005.

Região	Incluídas	Não Incluídas
Centro-Oeste	Campo Grande - MS	Cuiabá - MT
		Goiânia - GO
Sul	Porto Alegre - RS	Florianópolis - SC
		Curitiba - PR
Sudeste	Rio de Janeiro - RJ	São Paulo - SP
	Belo Horizonte - BH	
	Vitória - ES	
Norte	Rio Branco - AC	Manaus - AM
	Macapá - AP	Porto Velho - RO
	Belém - PA	
	Boa Vista - RR	
	Palmas - TO	
Nordeste	Maceió - AL	Teresina - PI
	Salvador - BA	
	Fortaleza - CE	Recife - PE
	São Luis - MA	
	João Pessoa - PB	Natal - RN
	Aracaju - SE	

Conforme se observa na Tabela 1, não houve perda percentual de grande magnitude entre os valores acumulados para todas as capitais e apenas as selecionadas para o estudo, na região Norte. Verifica-se aumento de 2,63% entre os indicadores acumulados ao final do período (12,73% sobre 12,39%). Essa diferença indica que a exclusão de Manaus e Porto Velho pouco influenciaram no resultado

final, indicando para a ocorrência de crescimento populacional semelhante ao das demais capitais da região.

Tabela 1 - População total e variação acumulada (%), segundo todas as capitais e somente capitais incluídas no estudo, região Norte, 2001 a 2005.				
Período	Todas as Capitais		Capitais Incluídas*	
	Total	Var. (%) Acumulada	Total	Var. (%) Acumulada
2.001	4.015.262	...	2.221.040	...
2.002	4.109.333	2,34%	2.272.684	2,33%
2.003	4.209.996	4,79%	2.328.721	4,79%
2.004	4.396.427	9,22%	2.422.988	8,84%
2.005	4.535.961	12,39%	2.517.354	12,73%

Fonte: Estimativas Populacionais para 1º de julho, IBGE, 2007.
Incluídas: Rio Branco, Macapá, Belém, Boa Vista e Palmas.
Não incluídas: Manaus, Porto Velho.

Em relação às capitais da região Nordeste, a diferença entre os acumulados ao final do quinquênio foi positiva de 8,06%, (8.32% sobre 7,70%), conforme se observa pela Tabela 2. A diferença verificada deve-se, majoritariamente, à exclusão de Recife, que constitui a terceira capital mais populosa da região com 13% da população (cerca de 1,5 milhões de habitantes em 2005), cujo crescimento em relação à média foi a menor, 4,44% ante 8,06%.

Tabela 2 - População total e variação acumulada (%), segundo todas as capitais e somente capitais incluídas no estudo, região Nordeste, 2001 a 2005.				
Período	Todas as Capitais		Capitais Incluídas*	
	Total	Var. (%) Acumulada	Total	Var. (%) Acumulada
2.001	10.339.840	...	7.451.625	...
2.002	10.496.865	1,52%	7.573.209	1,63%
2.003	10.652.105	3,00%	7.694.527	3,23%
2.004	10.977.667	6,05%	7.949.240	6,54%
2.005	11.158.029	7,70%	8.090.208	8,32%

Fonte: Estimativas Populacionais para 1º de julho, IBGE, 2007.
Incluídas: Maceió, Salvador, Fortaleza, São Luiz, João Pessoa, Aracaju.
Não incluídas: Natal, Teresina e Recife.

Considerando que a população da capital São Paulo é maior do que a soma das três capitais incluídas para o estudo, esperava-se encontrar acentuada discrepância entre os totais das variações acumuladas. No entanto, em função da variação acumulada da população de São Paulo (4,08%) ter sido a que mais se aproximou da média das capitais (4,53%), a variação da região Sudeste foi negativa

em 2,40% (3,85% ante 3,95%), conforme se verifica na Tabela 3.

Tabela 3 - População total e variação (%) acumulada, segundo todas as capitais e somente capitais incluídas no estudo, região Sudeste, 2001 a 2005.

Período	Todas as Capitais		Capitais Incluídas*	
	Total	Var. (%) Acumulada	Total	Var. (%) Acumulada
2.001	18.951.487		8.454.355	
2.002	19.121.138	0,90%	8.523.080	0,81%
2.003	19.259.545	1,62%	8.584.529	1,53%
2.004	19.550.051	3,13%	8.713.474	3,04%
2.005	19.710.809	3,95%	8.784.829	3,85%

Fonte: Estimativas Populacionais para 1º de julho, IBGE, 2007.
Incluídas: Vitória, Rio de Janeiro e Belo Horizonte.
Não incluídas: São Paulo.

Dentre as três regiões, verificou-se maior diferença percentual para a região Nordeste (8,06%, Tabela 2), seguida pela região Norte (2,63%, Tabela 1) e pela região Sudeste (2,40%, Tabela 3).

As Tabelas 4, 5 e 6 apresentam as participações percentuais dos tipos de gastos selecionados (Pessoal, Material Hospitalar, Medicamentos e Pessoa Jurídica), sobre o gasto total das Secretarias de Saúde das capitais, no período de 2001 a 2005.

Tabela 4 - Participação (%) por tipo de gasto sobre o orçamento total, capitais* da região Norte, 2001 a 2005.

Período	Pessoal	Mat. Hosp.**	Total Med.	Pessoa Jurídica	Total dos Gastos
2001	22,91%	1,77%	4,16%	36,14%	64,98%
2002	52,03%	1,62%	2,18%	34,36%	90,18%
2003	54,13%	1,95%	3,69%	28,99%	88,75%
2004	54,73%	2,84%	2,13%	27,25%	86,95%
2005	60,10%	3,93%	3,56%	24,13%	91,72%
Média	48,78%	2,42%	3,14%	30,17%	84,51%

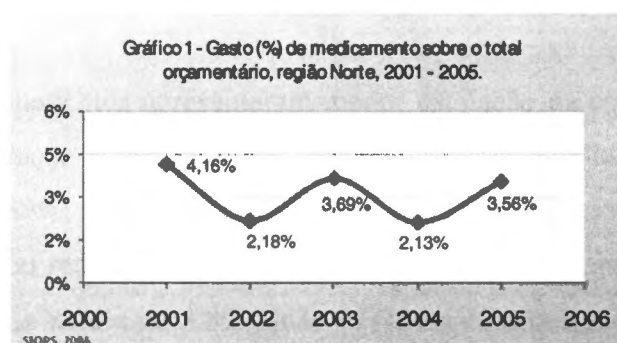
Fonte: SIOPS, 2006.
*Capitais incluídas: Rio Branco, Macapá, Belém, Boa Vista e Palmas.
** Não apresentaram valores: Palmas, para os anos de 2002, 2003, 2004 e 2005, e Rio Branco para 2002.

Como pode se observar na Tabela 4, houve expressiva elevação do gasto com pessoal no quinquênio, variando de 22,91% a 60,10%, cerca de 3 vezes. Esse foi o gasto que mais acompanhou a variação das despesas correntes apresentadas, que passaram de 64,98% do total orçamentário em 2001 para 91,72% em 2005. As maiores variações foram verificadas para Boa Vista (mínima de 37% e máxima de 83%, com média de 62,8%) e Macapá (25 e 52%, com média de 34,1%), conforme

dados do SIOPS. O valor absoluto do gasto com pessoal foi de R\$ 1,26 bilhão no quinquênio, com média de R\$ 253,6 milhões, variando entre R\$ 103,3 e R\$ 357,8 milhões.

O gasto com material hospitalar praticamente dobrou no período para as capitais da região Norte, passando de 1,77 para 3,93%. Os valores oscilaram irregularmente para praticamente todas as capitais, destacando-se a redução verificada para Macapá (de 8,3% para 5,8%, com média de 7,6%), conforme Tabela 4. Em valores absolutos esse gasto somou R\$ 63,7 milhões, com média de R\$ 12,7 milhões, variando entre R\$ 8,0 e R\$ 23,4 milhões.

No tocante ao gasto com medicamento, também se verificou oscilação irregular no período para todas as capitais selecionadas (Gráfico 1), com variação negativa de 57,7% na comparação 2004/2003, (2,13% ante 3,69%), posteriormente retomada em 2005. A maior disparidade foi verificada para Rio Branco, oscilando entre 4,5 e 17,5%, com média de 10,6% (Tabela 4). No período, o gasto com aquisição desse item totalizou R\$ 79,7 milhões com média de R\$ 15,9 milhões oscilando entre R\$ 11,1 e R\$ 21,2 milhões.



Com relação à redução verificada na participação do gasto com pessoa jurídica, 33,2% (24,13 sobre 36,14%), destaca-se Macapá, com variação de 25% a 5,7%, e média de 10% (Tabela 4). O montante total com essa despesa foi de R\$ 761,2 milhões, com média de R\$ 152,2 milhões, variando entre R\$ 138,9 e R\$ 173,1 milhões.

Os gastos com pessoal, verificado nas capitais selecionadas da região Nordeste, apresentaram redução em cerca de 70% no quinquênio (36,48% ante 49,73%) conforme Tabela 5. Esse foi o gasto que mais acompanhou o total das despesas correntes, que passaram de 95,98% do total orçamentário em 2001 para 85,15% em 2005. O montante de despesas com pessoal foi de R\$ 2,1 bilhões, com média de R\$ 426,9 milhões, oscilando entre R\$ 356,5 e R\$ 506,7 milhões.

Tabela 5 - Participação (%) por tipo de gasto sobre o orçamento total, capitais* da região Nordeste, 2001 a 2005.

Período	Pessoal	Mat. Hosp.**	Total Med.	Pessoa Jurídica	Total dos Gastos
2001	49,73%	1,92%	2,81%	41,53%	95,98%
2002	33,83%	1,95%	2,42%	42,18%	80,37%
2003	34,01%	2,10%	3,30%	45,79%	85,20%
2004	34,17%	2,27%	3,39%	45,83%	85,66%
2005	36,48%	2,29%	2,75%	43,63%	85,15%
Média	37,64%	2,11%	2,93%	43,79%	86,47%

Fonte: SIOPS, 2006.

*Capitais incluídas: Maceió, Salvador, Fortaleza, São Luiz, João Pessoa, Aracaju.

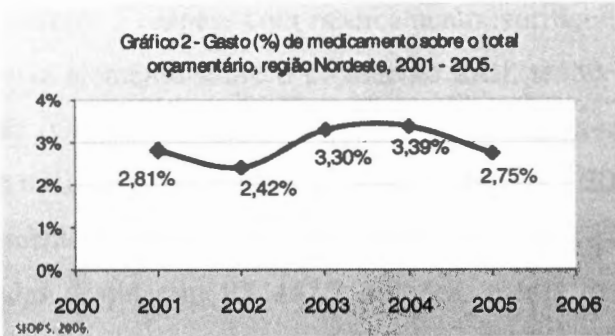
** Não apresentaram valores: Maceió para o ano de 2002; e João Pessoa para 2001 e 2003.

O gasto com material hospitalar apresentou aumento de 19,35% no período (2,29 ante 1,92%), comportamento verificado por, praticamente, todas as capitais selecionadas (Tabela 5). O volume total com aquisição desse item foi de R\$ 122,3 milhões, com média de R\$ 24,5 milhões, variando entre R\$ 17,6 e R\$ 31,8 milhões.

Os medicamentos apresentaram menor oscilação na composição dos gastos totais em comparação à região Norte (Gráfico 2), com média de 2,93%, variando entre 2,42% e 3,39%, tendo ligeira elevação verificada no ano de 2004 (Tabela 5). Aracaju apresentou redução na despesa relativa deste item sobre o orçamento total, de 8,1 para 2,4% e média de 3,8%. João Pessoa apresentou elevação de 1,0% para 9,9%, com média de 3,3%. O montante com medicamentos para o período foi de R\$ 169,4 milhões, com média de R\$ 33,9, oscilando entre R\$ 25,5 e R\$ 43,0 milhões.

O gasto com pessoa jurídica na região Nordeste apresentou média de 2,93%, oscilando entre 2,42% e 3,39%. Salvador foi a capital na qual maior variação média foi notada (42%) oscilando entre 15,7% e 62,6% do orçamento total (Tabela 5). Em

valores absolutos, esse gasto somou R\$ 2,5 bilhões no período, com média de R\$ 505,2 milhões, variando entre R\$ 382 e R\$ 606 milhões.



Para a região Sudeste, os gastos com pessoal apresentaram aumento médio de 37,56%, variando entre 29,41% e 43,76%, sobre os totais orçamentários no quinquênio (Tabela 6).

O Rio de Janeiro apresentou maior aumento da participação dos gastos com pessoal sobre o total, variando de 33% a 53%, com média de 42,1%, tendo sido o que mais acompanhou a variação do total das despesas correntes, cuja participação passou de 72,09% em 2001 para 82,66% em 2005. O montante destinado pelas capitais selecionadas para fazer frente a essa despesa foi de R\$ 4,3 bilhões, com média de R\$ 866 milhões, variando entre R\$ 658,6 milhões e R\$ 1 bilhão.

Tab.6 - Participação (%) de elementos de despesa no orçamento total, capitais* da região Sudeste, 2001 a 2005.

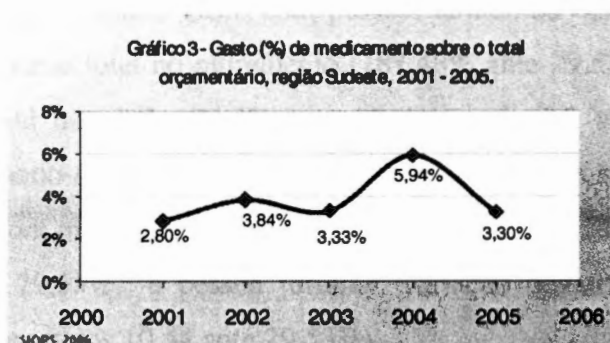
Período	Pessoal	Mat. Hosp. **	Total Med.	Pessoa Jurídica	Total dos Gastos
2001	29,41%	2,83%	2,80%	37,05%	72,09%
2002	32,36%	1,81%	3,84%	31,72%	69,74%
2003	40,13%	4,13%	3,33%	30,49%	78,09%
2004	42,12%	0,47%	5,94%	31,26%	79,78%
2005	43,76%	3,70%	3,30%	31,90%	82,66%
Média	37,56%	2,59%	3,84%	32,48%	76,47%

Fonte: SIOPS, 2006.
*Incluídas: Vitória, Rio de Janeiro e Belo Horizonte.
**Rio de Janeiro não apresentou valores para 2004.

A despesa com material hospitalar apresentou comportamento irregular no período para região Sudeste, com média de 2,59% e, variando entre 0,47 e 4,13%

(Tabela 6). A soma dessa despesa atingiu R\$ 294 milhões (média de R\$ 58,8), variando entre R\$ 11,2 e R\$ 77,6.

No que concerne à despesa com medicamento, verificou-se aumento gradual da participação desse elemento sobre o orçamento total, tendo no ano de 2004 sua maior participação (Gráfico 3). A essa verificação, destaca-se o comportamento desse insumo para o Rio de Janeiro, para o biênio 2004 ante a 2003 cujos percentuais foram, respectivamente, de 8,2% ante a 4,1%. Para a aquisição desse insumo, as capitais selecionadas destinaram R\$ 447,7 milhões (média de R\$ 89,6), variando entre R\$ 62,8 e R\$ 143,0 milhões.



A participação do gasto com pessoa jurídica sobre o total apresentou redução de 14% no período, variando entre 37,05 e 31,90%, tendo seu ápice de participação em 2001, com comportamento mais homogêneo dentre os tipos de gasto selecionados (Tabela 6). A esse item foram destinados R\$ 3,7 bilhões, (média de R\$ 749,6), variando entre R\$ 669,8 e R\$ 829,5 milhões.

Na comparação entre as regiões (Tabela 7), verifica-se que a região Norte foi a que maior montante destinou para o gasto com pessoal, com elevada diferença para as demais. Para gastos com material hospitalar e medicamentos a região Sudeste se destaca principalmente em relação a medicamentos. E em relação às despesas com pessoa jurídica o destaque é para a região Nordeste com forte discrepância entre as demais.

Tab.7 - Média da participação (%) de elementos de despesa no orçamento total, capitais incluídas, regiões do Brasil, 2001 a 2005.

Região	Pessoal	Mat. Hosp.	Total Med.	Pessoa Jurídica	Total dos Gastos
Norte	48,78%	2,42%	3,14%	30,17%	84,51%
Nordeste	37,64%	2,11%	2,93%	43,79%	86,47%
Sudeste	37,56%	2,59%	3,84%	32,48%	76,47%

Fonte: SIOPS, 2006.

As Tabelas 8, 9 e 10 apresentam as variações acumuladas dos gastos referentes aos elementos de despesa selecionados.

Quando da análise dos valores percentuais acumulados para a região Norte (Tabela 8), verificou-se que o gasto com pessoal aumentou 6,3 vezes em relação à variação do orçamento total no quinquênio (187,48% ante 29,53%). Em relação ao gasto com material hospitalar verificou-se variação de 4,5 vezes (132,67% ante 29,53%), ressaltando-se para esse elemento a sub-notificação de Palmas e Rio Branco. O gasto com medicamento apresentou variação 2,5 vezes superior à variação total (73,05 ante 29,53%), e pessoa jurídica, variação negativa de 3,8 vezes em relação ao total (negativos 10,44 ante 29,53%).

Tabela 8 - Variação acumulada (%) de elementos de despesa selecionados, segundo capitais* da região Norte, 2001 a 2005.

Período	Pessoal	Mat. Hosp.**	Total Med.	Pessoa Jurídica	Orçamento Total
2002/01	153,15	1,71	-41,72	5,96	11,45
2003/02	152,08	16,31	19,35	-13,81	6,54
2004/03	162,09	74,65	-17,71	-11,55	15,34
2005/04	187,48	132,67	73,05	-10,44	29,53

Fonte: SIOPS, 2006

*Incluídas: Rio Branco, Macapá, Belém, Boa Vista e Palmas

** Não apresentaram valores: Palmas, para os anos de 2002, 2003, 2004 e 2005; e Rio Branco para 2002.

No cômputo das variações acumuladas para a região Nordeste (Tabela 9) verificou-se realidade diferente da região Norte. O gasto total com pessoal apresentou variação acumulada positiva de 15,48%, no entanto, 64,49% inferior, quando comparada à variação total do orçamento para o quinquênio (43,60%). Em relação ao total do orçamento no período, o gasto com material hospitalar (ressalvadas as sub-notificações de Maceió e João Pessoa) foi 46,31% superior

(63,79 ante 43,60%). Em relação a medicamento, a variação em relação ao total foi de 12,20% (48,92% ante 43,60%), e em relação à pessoa jurídica de 13,13% (49,32 ante 43,60%).

Tabela 9 - Variação acumulada (%) de elementos de despesa selecionados, segundo capitais* da região Nordeste, 2001 a 2005.

Período	Pessoal	Mat. Hosp.	Total Med.	Pessoa Jurídica	Orçamento Total
2002/2001	-22,07	16,64	-1,34	16,37	14,57
2003/2002	-15,42	30,81	43,35	31,54	20,65
2004/2003	-1,41	53,49	59,85	45,09	34,10
2005/2004	15,48	63,79	48,92	49,32	43,60

Fonte: SIOPS, 2006.

*Incluídas: Macaé, Salvador, Fortaleza, São Luiz, João Pessoa, Aracaju.

** Não apresentaram valores: Macaé para o ano de 2002; e João Pessoa para 2001 e 2003.

Verificou-se para a região Sudeste (Tabela 10) comportamento distinto das demais regiões. Houve variação negativa no cômputo dos totais orçamentários (5%), assim como para pessoa jurídica (20,08%). Para o gasto com pessoal a variação foi positiva (37,53%), assim como para material hospitalar (593,12%), ressalvada a sub-notificação do Rio de Janeiro. Para medicamento a variação foi positiva em 63,96%.

Na comparação entre a variação total orçamentária, o gasto com pessoal foi 8,5 vezes superior (37,53% ante negativos 5%). Em relação a material hospitalar, verificou-se variação 119,6 vezes superior ao total (593,12% ante negativos 5%), e para medicamento, 13,8 vezes superior (63,96 % ante negativos 5%).

Já em relação ao gasto com pessoa jurídica a variação foi negativa em 4 vezes (negativos 20,08% ante negativos 5,00%), em outras palavras, o gasto desse elemento sofreu maior redução que o total orçamentário.

Tabela 10 - Variação acumulada (%) de elementos de despesa selecionados, segundo capitais* da região Sudeste, 2001 a 2005.

Período	Pessoal	Mat. Hosp.	Total Med.	Pessoa Jurídica	Orçamento Total
2002/2001	20,35	-29,86	49,70	-6,33	9,38
2003/2002	39,63	89,20	33,21	-13,88	5,57
2004/2003	46,98	0,72	115,52	-9,01	7,85
2005/2004	37,53	593,12	63,96	-20,08	-5,00

Fonte: SIOPS, 2006.

*Incluídas: Vitória, Rio de Janeiro e Belo Horizonte.

**Rio de Janeiro não apresentou valores para 2004.

Quando efetuada a comparação das variações totais por elemento de despesa entre as regiões (Tabela 11) verificou-se que a região Norte apresentou maior variação de despesa com pessoal (187,48%) quando comparada às demais. Na comparação intra-região, ou seja, na linha, as maiores variações da despesa com pessoal sobre a variação total ocorreram para a região Sudeste, 8,5 vezes (37,53% ante negativos 5 %), e para a região Norte 6,4 vezes, (187,48% ante 29,53%).

Tabela 11 - Variação acumulada (%) de elementos de despesa selecionados, segundo região ao final do período, 2001 a 2005.

Região	Pessoal	Mat. Hosp.	Total Med.	Pessoa Jurídica	Orçamento Total
Norte	187,48	132,67	73,05	-10,44	29,53
Nordeste	15,48	63,79	48,92	49,32	43,60
Sudeste	37,53	593,12	63,96	-20,08	-5,00
Média	80,16	263,19	61,97	6,27	22,71

Fonte: SIOFS 2006.

Com relação ao material hospitalar, ressalvadas as subnotificações mencionadas anteriormente (Rio de Janeiro, na região Sudeste, Maceió e João Pessoa na Nordeste, Palmas e Rio Branco na Norte), verificou-se para a região Sudeste a maior variação na comparação entre regiões, 593,12% (Tabela 11). Pela relação intra-região, as maiores variações desse elemento em relação à variação total foram verificadas para a região Sudeste, 119,6 vezes, (593,12% ante negativos 5%); e para a região Norte, 5,5 vezes (187,48% ante 29,53%).

No que se refere aos acumulados verificados para medicamento, a região Norte apresentou maior incremento (73,05%), a Sudeste (63,96%) e a Nordeste (48,92%), conforme Tabela 11. Na comparação intra-região, as maiores variações desse elemento sobre o orçamento total foram verificadas para a região Sudeste, 13,8 vezes (63,96% ante negativos 5%) e para a região Norte, 2,5 vezes (73,05% ante 29,53%).

Na comparação das despesas com pessoa jurídica, a região Nordeste apresentou a maior variação, positiva em 49,32%. As demais regiões apresentaram variações negativas, decréscimos. Na comparação intra-região a variação da despesa

com pessoa jurídica sobre o total foi mais elevada para a região Nordeste, 1,1 vezes, com negativos 10,44% ante positivos 29,53% (Tabela 11). Para a região Sudeste verificou-se redução de 4 vezes em relação à variação total (negativos 20,08% ante negativos 5%).

A abordagem das variações dos totais orçamentários mostra que as regiões Nordeste e Norte foram as que proporcionalmente mais investiram em saúde no período. Os incrementos dos totais orçamentários foram de 43,60% e 29,53%, respectivamente.

A Tabela 12 apresenta valores absolutos e variações acumuladas percentuais referentes ao tamanho das populações, e aos gastos per capita com medicamento. Verifica-se por meio dessa, relação inversa entre a variação acumulada percentual do gasto per capita com medicamento (D) e a média populacional das regiões (A), para as regiões Norte e Nordeste. Dessa forma, a região Norte, com a menor população (3,12 milhões de habitantes) foi aquela que apresentou maior variação nos gastos com medicamentos (80,49%). A região Nordeste com pouco mais que o dobro da população da região Norte (7,75 milhões) apresentou pouco menos da metade da variação dos gastos *per capita* com medicamento (39,77%).

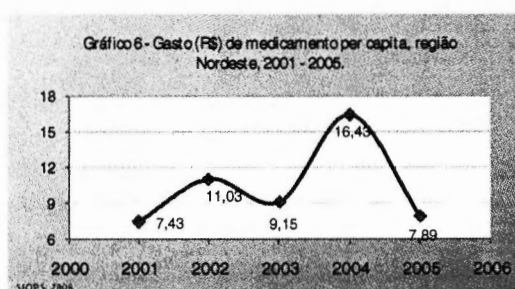
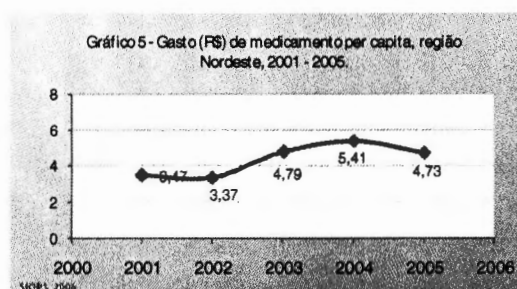
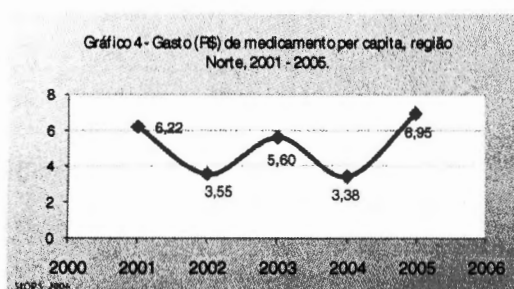
Tabela 12 - Crescimento populacional* e variação acumulada (%), média do gasto per capita com medicamento e variação acumulada (%), regiões brasileiras, acumulado final, 2001 a 2005.				
Região política	(A) Média populacional	(B) Variação acumulada (%) do crescimento populacional	(C) Média per capita do gasto (R\$) com medicamento	(D) Variação acumulada (%) do medicamento per capita
Norte	3.120.197	1,27%	R\$ 5,14	80,49%
Nordeste	7.751.762	8,32%	R\$ 4,35	39,77%
Sudeste	8.610.050	3,86%	R\$ 10,38	59,06%
Média	3.896.402	2,69%	R\$ 6,62	35,86%

Fonte: IBGE, 2007 e SIOPS, 2008.
* População estimada para 1º de julho.

A região Sudeste, a maior em número de habitantes (A), mostrou maior gasto *per capita* com medicamento (C), sendo de R\$ 10,38 por habitante, seguida pela região Norte, com R\$ 5,14 e pela Nordeste, com R\$ 4,35. A variação do

crescimento populacional (B) e a variação do gasto per capita com medicamento (D), apresentou relação inversa para todas as regiões (Tabela 12).

Por meio dos Gráficos 4, 5 e 6, verifica-se o comportamento do gasto per capita em Reais (R\$) com o componente medicamento, segundo região. Quando comparados aos gráficos 1, 2 e 3, por meio dos quais são apresentados os percentuais do componente medicamento sobre o total orçamentário, verifica-se tendência semelhante. Para a região Norte o comportamento desse item orçamentário varia positivamente, reduzindo-se ao final do período; em relação à região Nordeste o comportamento é fortemente irregular; e para a região Sudeste apresenta comportamento ascendente com forte decréscimo ao final do período.



Na comparação entre a Tabela 11 e 12, verifica-se relação diretamente proporcional entre variações acumuladas percentuais dos gastos com folha de pessoal e dos gastos per capita com medicamento. A região Norte, cuja variação com folha (187,48%) foi a mais elevada, também apresentou a maior variação dos acumulados do gasto per capita de medicamento, seguida pela região Sudeste (37,53% e 56,06%) e pela Nordeste (15,48% e 39,77%).

Ainda pela comparação entre as Tabelas 11 e 12, verificou-se relação direta entre as variações acumuladas percentuais do gasto com medicamento e do gasto per capita com medicamento. A região Norte apresentou a maior variação acumulada do gasto com medicamento (73,05%) e o maior acumulado per capita (80,49%). A região Sudeste apresentou a segunda maior variação (63,96% e 59,06%), seguida pela região Nordeste (48,92% e 39,77%).

5 DISCUSSÃO

O comportamento dos gastos, referentes às despesas analisadas neste trabalho, apresentaram distintas tendências entre as regiões envolvidas.

Ao serem analisados os gastos com pessoal e pessoa jurídica, encontraram-se realidades opostas. Considerando a tendência de terceirização de serviços na área da saúde, cuja relevância mereceu citações no relatório final da 12ª. Conferência Nacional de Saúde (MS, 2004), esperava-se verificar relação inversa entre os gastos percentuais com pessoal em comparação aos de pessoa jurídica, sobre o total orçamentário, com maior participação do segundo componente.

A expectativa, entretanto, confirmou-se apenas para a região Nordeste. Em relação à região Sudeste, verificou-se a mesma tendência, porém em sentido oposto, uma vez que o percentual dos gastos destinado à pessoa jurídica foi reduzido, e para os de pessoal, aumentado. Nesse sentido, considerando que os gastos pessoa jurídica também refletem despesas inerentes ao funcionamento de uma rede de saúde (água, energia elétrica, gás encanado, telefonia, manutenções variadas, entre outras), e não somente processos de terceirizações, esses resultados parecem convergir para o início de um processo de racionalização das despesas na região sudeste.

A região Norte, de forma surpreendente, apresentou maior participação do gasto percentual com pessoal e com pessoa jurídica. Desse ângulo, analisa-se essa região de forma análoga à região Sudeste, sob a hipótese de racionalização do custeio. Entretanto, observou-se tendência inversa sob o aspecto da racionalização. Os resultados da região Norte, a menos populosa do Brasil, parecem indicar para a contratação de mão-de-obra decorrente de uma ampliação da rede de saúde. Nesse caso, o aumento do gasto com pessoa jurídica se daria no mesmo sentido, em função da ampliação da rede de atendimento. Os resultados encontrados para pessoa jurídica

e pessoal, apontam para essa hipótese, vide a expressiva variação positiva em 121,5% nos gastos com material hospitalar entre 2001 e 2005, cujo percentual sobre o orçamento total passou de 1,77% do orçamento em 2001 para 3,93% em 2005 (Tabela 4), mesmo sendo consideradas as sub-notificações para Palmas e Rio Branco.

Em relação ao gasto percentual com medicamento, verificaram-se para as regiões Nordeste e Sudeste, participações crescentes no período, conforme se observa pelos Gráficos 2 e 3. A série histórica permitiu verificar maior participação percentual do gasto com medicamento para o ano de 2004, acompanhada de queda no ano subsequente.

Em relação à região Norte, o maior gasto percentual com medicamento se deu no ano de 2001 (Gráfico 1).

Tais constatações merecem menção, pelo fato de as eleições municipais no Brasil, de periodicidade quadrienal, terem se realizado nos anos de 2001 e 2004, o que poderia suscitar a assunção de ações de saúde diferenciadas em anos eleitorais.

A hipótese de que ações de saúde sejam orientadas por critérios não somente técnicos em anos eleitorais, teria fundamento no apelo que os medicamentos têm sobre a população, tema vastamente abordado por diversos autores (Barros, 2002, 2004; Lefèvre, 91; Giovanni, 1980; Ilich, 1975), cujas teses se alicerçam sobre o super dimensionamento do poder curativo dos medicamentos, paralelamente à especialização médica e à crescente incorporação tecnológica na área de saúde.

Pesa, ainda, sobre esse apelo, o resultado de estudo baseado na POF e PNAD (Silveira et al., 2002). Para esse estudo foi realizada a comparação entre os dados da POF-1995/1996 para Goiânia com os da PNAD-98, de abrangência nacional, cujos resultados apontam para características semelhantes em relação aos gastos com saúde, tendo o gasto com medicamento (37%), sido o que mais pesou na composição dos gastos das famílias, com saúde.

Outra análise do comportamento de gastos privados em saúde, realizada por Lima et al. (2007) com base em inquérito aplicado em Belo Horizonte, reforça a tendência do crescente gasto com medicamentos. Por meio desse, analisou-se amostra de 667 indivíduos com 60 anos e mais idade, recebedores de benefícios do INSS, com média R\$ 403,71 por mês. Desse total, 88% haviam feito uso de medicamentos nos 15 dias que antecederam a pesquisa, com média de 4,2 por dia. Desse total, 25% foi fornecido pelo SUS, apresentando dispêndio médio R\$ 13,97 por indivíduo.

Ao se observar que as capitais brasileiras se diferenciam dos demais municípios de seus respectivos Estados pela heterogeneidade sócio-econômica, e por possuírem quadro epidemiológico de amplo espectro, congregando as contradições características da sociedade brasileira (Monteiro, 2002), acredita-se que os resultados dos estudos de gasto privado com medicamentos para Goiânia (Silveira et al., 2002) e Belo Horizonte (Lima et al., 2007) poderiam ser encontrados igualmente em outras capitais e outros municípios brasileiros.

Quando analisada a variação acumulada percentual do gasto com medicamento, verificou-se, para as capitais selecionadas das regiões Norte (Tabela 8), Nordeste (Tabela 9) e Sudeste (Tabela 10), incrementos superiores às variações dos gastos totais em saúde. Os incrementos dos totais orçamentários tiveram média de 22,71%, variando entre negativos 5% e positivos 43,60%, enquanto os gastos com medicamento apresentaram incremento médio de 61,97%, variando entre 48,92% e 73,05% (Tabela 11).

Considerando que os valores sobre os quais foi calculada essa média estavam deflacionados, pode-se afirmar que o aumento médio foi real, acima da inflação calculada com base no INPC do IBGE.

Tal dado, por si só é relevante para a análise do gasto com medicamentos pela rede SUS, utilizado em internações, procedimentos ambulatoriais e de

emergência, bem como para a dispensa à população. Apesar de as análises sobre transição demográfica e epidemiológicas apresentarem mudanças efetivas ocorridas no decorrer do Séc. XX, na população brasileira (Buchala et al., 2003), não se verificou na bibliografia relacionada, elevação na prevalência de DCNT, bem como de internações decorrentes dessas, em proporção semelhante à variação das despesas per capita com medicamentos para as regiões estudadas. Tal resultado coloca-se como um elemento à parte dos elementos abordados neste estudo, referentes aos possíveis determinantes da elevação do gasto com medicamento.

Quando verificada a variação média acumulada dos gastos per capita com medicamento sobre a mesma variação do crescimento populacional, constatou-se não ser perceptível uma relação entre ambas, acarretando na impossibilidade de se verificar alguma tendência para as três regiões envolvidas neste estudo (Tabela 12).

A não relação entre o incremento populacional e o incremento do gasto per capita com medicamento, evidencia-se por meio da comparação entre o grupo formado pelos gráficos 1, 2 e 3 o grupo dos gráficos 4, 5 e 6. O primeiro grupo retrata a tendência da participação do gasto com medicamento sobre o total orçamentário, enquanto o segundo, apresenta a tendência do gasto per capita com medicamento. Quando comparados, verifica-se, para as três regiões, forte similaridade no comportamento de ambos os grupos, para os anos de 2001 a 2005.

Pesa ainda sobre a irrelevância do incremento populacional para o estudo, a constatação de relação inversa entre essa variação acumulada e o respectivo acumulado com medicamento per capita (Tabela 12), configurando-se como outra surpresa, não tendo sido encontradas evidências que subsidiassem o resultado. Considerava-se a possibilidade de verificação de relação direta, uma vez que o aumento populacional deveria impactar no aumento da demanda por serviços de saúde.

O contingente populacional, e não variação de seu crescimento, apresenta-se como importante variável na comparação entre os municípios, acerca das características sobre seu financiamento.

Estudo do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES, 2002), baseado no SIOPS entre outras bases, para o ano de 2000, apresentou os seguintes resultados:

1. relação direta do gasto per capita com saúde e o tamanho da população, ou seja, quanto maior a população maior o gasto por habitante;
2. relação direta entre as transferências federais e o tamanho da população, ou seja, quanto maior a população maior a transferência de recursos federais para o município;
3. relação inversa entre a participação de recursos próprios (impostos e transferências constitucionais) e o tamanho da população, ou seja, quanto menor a população maior é a aplicação de recursos próprios em saúde;
4. relação inversa entre o montante de recursos do Fundo de Participação dos Municípios e o tamanho da população, ou seja, quanto menor a população maiores as transferências do Fundo ao município.

Mesmo apresentando dados para o ano de 2000, a avaliação do BNDES pode ser considerada atual, considerando o montante de R\$ 1,4 bilhão não aplicados em ações de saúde pela a União e pelo somatório dos Estados em 2005, conforme nota técnica do SIOPS (MS, 2007). Depreende-se da análise desses resultados que municípios pequenos são os que maior dificuldade teriam em implantar ações de saúde, e que mais comprometeriam recursos destinados a outras importantes áreas de suas administrações, para fazer frente à demanda em saúde, afastando-os da realidade da autonomia administrativa constante do Art.18 da Constituição Federal.

A sobrecarga das despesas de saúde sobre os municípios, evidencia-se pela comparação entre a parte variável do PAB destinada à assistência farmacêutica e o gasto com medicamento per capita. Em 2001, o Ministério da Saúde (2002)

destinava cerca de R\$ 1,00/ano por habitante, ou R\$ 0,083/mês (MS, 2002), enquanto a média do gasto per capita com medicamento verificada foi de R\$ 5,71 (R\$ 6,22 para região Norte; R\$ 3,46 para Nordeste; e R\$ 7,42 para Sudeste). Com base na comparação, tem-se idéia do esforço das capitais para fazer frente à demanda por medicamento em sua rede, tendo aportado mais de cinco vezes os valores destinados pelo SUS à assistência farmacêutica básica.

O próprio direcionamento dos recursos para ações específicas em saúde, configura-se, segundo posicionamento do autor, como ingerência do governo federal nos municípios. Esses últimos, por direito, assumiram as gestões de suas redes de saúde e são os que de fato, conhecem suas carências.

Ademais, considerando, ainda em 2005, o não cumprimento da EC-29 (Brasil, 2000) pela União e pela somatória dos Estados, tal inadequação reafirma a carga do financiamento da saúde sobre os municípios brasileiros.

Face ao exposto, os municípios de pequeno porte, altamente dependentes de transferências de fundos da União, devem se preocupar com a possibilidade de, no futuro próximo, depararem-se com a necessidade de realizar escolhas perversas, como a quem deixará de se oferecer algum tipo de tratamento. Tal expectativa, entretanto, não se aplica apenas aos pequenos municípios. Em municípios maiores, tal como as capitais, agregam redes de atenção à saúde mais amplas, e em cujas há oferta de serviços de maior complexidade, fato que as tornam mais onerosas para a administração pública, a possibilidade da ocorrência desse tipo de escolha apresenta-se com mesma gravidade. O problema aqui apontado não se aplica apenas sobre a questão do financiamento, mas também à integração do sistema de saúde, ponto a ser discutido em outra oportunidade.

Sob o aspecto demográfico e seu impacto no incremento dos gastos per capita com medicamento, não se encontraram evidências que apontassem para a velocidade do envelhecimento populacional no período estudado, e que justificassem tais resultados. Esse aumento poderia estar relacionado ao maior acesso da população

a medicamentos, incentivado por programas governamentais, tais como HIPERDIA, e pela assunção da terapia medicamentosa como linha mestra na atenção à saúde nessas regiões.

Não se pretende aqui, afirmar que a opção pela terapia medicamentosa deva ser abandonada, mas sim, tentar compreender os fatores desencadeadores de variações discrepantes no gasto público com medicamento, considerando o fato de que os países em desenvolvimento estão envelhecendo tardiamente em comparação aos países industrializados, e que a mudança no perfil epidemiológico decorrente do envelhecimento elevará esses países ao patamar dos que mais contribuirão para a prevalência de DCNT no mundo, nos próximos vinte anos (Murray & Lopez, 1996). A relevância, no caso brasileiro, reside justamente no tamanho de sua população em comparação a seus pares, e no fato de não existirem limites quanto à extensão dos tratamentos pelo SUS. Torna-se difícil, por exemplo, estimar qual será o peso dos medicamentos para o SUS, quando a população idosa no Brasil passar de 8,6%, verificado em 2000 (Carvalho e Garcia, 2003), para 20% do total, momento esse em que teremos uma população idosa próxima à população total argentina, com cerca de 36,2 milhões de habitantes em 2001 (Argentina, 2001).

Outro fator identificado como possível determinante da elevação do gasto com medicamentos, é a ocorrência reiterada dos mandados de segurança com pedido de tutela antecipada impetrados contra prefeituras. Esses instrumentos jurídicos possibilitam identificar uma nova clientela do SUS, geralmente demandante de medicamentos não padronizados. Destacam-se aqueles de alto custo, cuja aquisição impacta negativamente no orçamento dos entes federativos no curto prazo, uma vez que não há como projetar adequadamente quantas medidas judiciais dessa natureza serão propostas às administrações públicas. Esta é uma faceta da amplitude à qual os governos municipais, estaduais e a União estão sujeitos, e sobre a qual não há limites legais. A Justiça, nesse sentido, tem corroborado para alocações orçamentárias não previstas em ações de saúde, em especial de municípios pequenos e, no limite, comprometido ações inter-setoriais de impacto positivo na qualidade de saúde da

população. A título de ilustração Kanamura aponta um dos problemas do governo do estado de São Paulo:

“... o Gaucher, é uma afecção genética que impede a produção de uma enzima, levando o indivíduo a perder aos poucos a capacidade de viver. A enzima sintética, a um custo de US\$ 740 a ampola, injetada regularmente, torna a vida quase normal para esses acometidos. Como cada doente necessita em média de 13 ampolas por mês, são US\$ 9.620, ou cerca de R\$ 360.000 por ano de vida. Antes a expectativa de vida desses doentes era de 20 anos e hoje, talvez, a mesma da população geral. No Estado de São Paulo estão cadastrados cerca de cem portadores que consomem US\$ 10 milhões ao ano” (Kanamura in Folha de São Paulo-2003).

Exemplo emblemático da compra de remédio via justiça encontra-se no município de Osasco na grande São Paulo. Por meio de tutela antecipada, a Justiça determinou que o município financie o tratamento de um paciente com câncer . As drogas envolvidas são de procedência estrangeira, não comercializadas no Brasil, indicam um tratamento que totaliza R\$ 24.900 por mês. Suposição matemática simples mostra que, caso surjam nove pacientes em situação similar, com ganhos judiciais contra o município, 32,8% dos R\$ 9,1 milhões destinados à compra de medicamentos em 2005 (SIOPS,2005) estariam comprometidos (PMO, 2006).

A tendência de aumento dos custos com saúde verificada para as capitais envolvidas neste estudo, 61,5 % do total, foi também notada para os 30 países da OECD (*Organization for Economic Co-operation and Development*). Os gastos per capita com saúde para esses países sofreram incremento médio de 16% entre os anos de 2000 e 2002 (OECD Health Data, 2006), média inferior à verificada para as capitais abarcadas neste trabalho, de 35,86% (Tabela 12).

Tais fatores apresentam-se para as Secretarias de Saúde por meio de demandas reais refletidas na composição de seus orçamentos, sobre alguns dos quais se pautou o presente estudo, com ênfase nos gastos com medicamentos. Esse elemento de despesa tenderia ao crescimento, como um dos resultados do processo

definido por Illich (1975) como medicalização da saúde, por meio do qual terapias medicamentosas seriam assumidas em detrimento de outras, em função, basicamente, do contínuo processo de especialização médica e da incorporação de novas tecnologias.

6 LIMITAÇÕES DO TRABALHO

A abordagem das capitais, por si só, não se configura como instrumento adequado para se avaliar as regiões políticas brasileiras, havendo possibilidade de se auferir melhores resultados, mapeando-se os municípios por tamanho populacional intra-região, e posteriormente comparando-os entre as regiões. A utilização de critérios como PIB municipal e do Índice de Desenvolvimento Humano podem contribuir para a melhor compreensão das despesas com medicamentos. Acredita-se que a utilização de elementos de despesa de capital com obras e instalações (4.4.90.00.51) e com equipamentos e material permanente (4.4.90.00.52) enriqueceria a análise dos orçamentos e das opções tomadas na área de saúde das capitais brasileiras, possibilitando, ainda, se haveriam flutuações sensíveis em anos eleitorais quanto às decisões de gastos em saúde, em especial com medicamentos.

A aplicação de análises estatísticas como correlação e mínimos quadrados poderia contribuir sobremaneira para a comparação de tendências entre as variáveis abordadas neste trabalho, fato a ser utilizado futuramente.

6.1 DA QUALIDADE DOS DADOS DO SIOPS

Como premissa não explícita deste trabalho, optou-se por somente utilizar bases de dados oficiais. No que tange aos dados com informações financeiras em saúde disponibilizadas pelo SIOPS, algumas considerações se fazem necessárias.

O SIOPS é um sistema em cuja origem reside a preocupação com a transparência e controle dos gastos de saúde. Seu objetivo principal é verificar a aplicação mínima em saúde definida pela EC-29 (Brasil, 2000). O Sistema não foi concebido, no entanto, como instrumental de análise dos gastos. É possível, portanto, realizar inferências.

A possibilidade de utilização de séries temporais mais longas está comprometida. Os dados referentes aos anos de 1999 e de 2000, início do SIOPS não apresentam qualidade necessária, mas apresentaram surpreendente melhora a partir de 2001. A partir de 2002, verifica-se apresentação dos dados segundo descrição e classificação contábil, levando a uma maior confiabilidade das informações.

Ocorre que as informações podem apresentar vieses, cabendo neste momento, tecer algumas considerações a esse respeito.

As *software* do SIOPS apresenta um grau de detalhamento que possibilita especificar desde os gastos com material de escritório, até os gastos com a dispensa de agulhas para diabéticos. No entanto, caso o orçamento seja elaborado sem que sejam respeitados minimamente os critérios estabelecidos pelas Portarias 163/01 e 42/99 da STN, esse deixará de espelhar a realidade das secretarias de saúde. A Portaria 163/01 define todos os critérios para se classificar uma despesa e a Portaria 42/99, as funções e sub-funções do orçamento. A primeira informa com o que serão realizadas as despesas (definem-se os elementos), e a seguinte a qual área de saúde ela está relacionada.

Com efeito, definida a necessidade de se contemplar no orçamento a aquisição de medicamentos, a classificação desse item pode ser subdividida segundo as sub-funções atribuídas à função saúde, definidas pela Portaria 42/99 da STN, segundo nível de atenção. Dentre esses níveis, há a possibilidade de se especificar se os medicamentos serão utilizados para a dispensa (nesse caso o medicamento se configura como material de distribuição gratuita, e não mais material de consumo) e

aqueles que serão utilizados em procedimentos ambulatoriais, em emergências e internações, diferenciação verificada para poucas capitais estudadas.

Pesam, no entanto, quatro fatores impeditivos para que tais cuidados sejam levados a cabo durante a elaboração da peça orçamentária. O primeiro é de ordem organizacional. Caso o orçamento tenha detalhamento extremo, o gestor terá de se valer de grande número de remanejamentos, que se realizam por meio de decretos lei, necessariamente aprovados pelo controle financeiro e pelo prefeito, só efetivados quando publicados oficialmente. O orçamento se torna, portanto, “engessado”, em outras palavras, de difícil execução, considerando as premências das ações de saúde e o limite para remanejamentos orçamentários. Dessa forma, os gestores tendem a constituí-los de forma genérica.

O segundo diz respeito ao efetivo acompanhamento dos Conselhos Municipais de Saúde. Caso o orçamento esteja detalhado, o controle de sua execução tende a se tornar mais eficiente.

O terceiro aspecto refere-se à qualidade técnica dos responsáveis pela elaboração orçamentária e sua execução. A elevada rotatividade de funcionários comissionados no setor público tende a ser um empecilho para elaboração de orçamentos detalhados. Haveria nesse caso um tempo hábil, definido pelo jargão econômico como custo de aprendizagem, para bem se compreender a realidade de uma secretaria de saúde e, apenas após esse tempo, seria possível transpô-la à peça orçamentária adequadamente.

O quarto fator diz respeito ao responsável pelo preenchimento e envio das informações ao SIOPS. Caso essa pessoa não tenha conhecimentos razoáveis em contabilidade pública, poderá condensar as informações, não explicitando, por exemplo, o total destinado a material de consumo em material hospitalar, medicamento, etc. A ocorrência fática disso é que levou à exclusão de algumas capitais para este estudo. Soma-se a isso, a exígua estrutura organizacional do SIOPS, que não dispões de pessoal suficiente para verificar eventuais incoerências

nos dados da maior parte dos 5.560 municípios brasileiros. Nesse caso, há dificuldades de se apurar a acurácia das informações.

Em que pese às estruturas legais que possam agilizar as aquisições de insumos realizadas pelas secretarias de saúde, respeitando-se a Lei 8.666/93, acredita-se, em função da premência das ações de saúde, na possibilidade de que determinados itens sejam adquiridos sem que seja possível sua identificação por meio contábil. Exemplifica-se tal situação, pela possibilidade de aquisição de materiais hospitalares sob a discriminação de medicamentos (ambos considerados material de consumo), o que sub-notificaria os gastos com o primeiro e superestimaria a aquisição do segundo.

As secretarias de saúde poderiam ainda estar adquirindo insumos a valores acima dos preços de mercado, considerando a possibilidade de existência de grupos de distribuidores que negociariam preços, *ex ante* realização dos certames, fato que implicaria no super-dimensionamento de despesas, e tornaria inconsistente e imprecisos os resultados das análises.

Outro aspecto a ser ressaltado, refere-se à falta de detalhamento no SIOPS, para as despesas com medicamentos e insumos hospitalares via justiça. Tal distinção possibilitaria esmiuçar melhor os gastos com esse insumo, dimensionando os desvios orçamentários decorrentes, além de possibilitar a análise de sua tendência.

7 CONCLUSÃO

A crescente participação dos gastos com medicamentos nos orçamentos em saúde das capitais brasileiras, verificada para o quinquênio 2001/2005, apresentaram maiores percentuais nos anos de eleições municipais. Os resultados encontrados, no entanto, não possibilitaram apontar com clareza, para uma lógica que permitisse a compreensão desse comportamento.

No tocante aos acumulados dos gastos per capita com medicamentos, os resultados mostraram, nitidamente, que esse insumo sofreu incremento três vezes superior às variações dos totais orçamentários. Tal constatação sugere a existência de uma tendência nas capitais brasileiras, e que pode não estar circunscrita apenas a elas.

Evidenciam-se, portanto, dois aspectos sobre os quais uma análise aprofundada pode ser realizada, baseando-se em um maior número de municípios, a serem estratificados pelo contingente populacional.

Espera-se, a partir da metodologia utilizada, e dos resultados apresentados, contribuir para o enriquecimento da discussão para o aprimoramento do SUS no Brasil, colaborar para melhoria da qualidade dos dados disponibilizados pelo SIOPS, e incentivar a utilização de bancos de dados oficiais a fim de torná-los cada vez mais profícuos e confiáveis.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achutti AE, Azambuja MIR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre seguridade social. *Ciênc. e Saúde Coletiva*. 2004; 9: 833-840.

Almeida FN, Rouquayrol MZ. Introdução à epidemiologia. 5ª. Edição, Rio de Janeiro: Ed. MEDSI; 2002. p.65-78.

Andrade MV, Lisboa MB. Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil. Belo Horizonte, UFMG/Cedeplar. 2002.

Andrade MV. A saúde na PNAD. Belo Horizonte. UFMG/Cedeplar. 2002.

Argentina. Censos Nacionales de Población. Indec. 2001.

Baer, W. A economia brasileira. 2a. Edição. Ed. Nobel; 2003. p. 45-65.

Barreto ML & Carmo E. Mudanças em padrões de morbi-mortalidade: conceitos e métodos, pp. 17-30. In Monteiro C. (org.). Velhos e novos males da saúde no Brasil. 2ª. Edição, São Paulo: Ed. Hucitec, 2001.

Barros JAC. Pensando o modelo saúde e doença: a quem responde o modelo biomédico? *Rev Saúde e Sociedade*. 2002; I: 1-11.

Bermudez J. Medicamentos genéricos; uma alternativa para o mercado brasileiro. *Cad. Saúde Públ*. 1994; 10 (3): 368-378.

Berquó E, Cavenaghi S. Fecundidade em declínio. *Novos estud*. 2006; 74: p.11-15.

BNDES. Municípios: despesa com saúde e transferências federais. Informe-se. 2002; 38.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP, 1998.

Brasil. Lei n.4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília 23 de março de 1964.

Brasil. Lei Complementar n.101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 5 de maio de 2000.

Brasil. Emenda Constitucional n.29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 14 de setembro de 2000.

Brasil. Emenda Constitucional n.12, de 15 de agosto de 1996. Outorga competência à União, para instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira. Diário Oficial da União, Brasília 16 de agosto de 1996.

Buck C, Llopis A, Najera, E, Terris M. El desafio de la epidemiologia. Problemas y lecturas seleccionadas. OPAS, Publicación científica 505, Washington D.C. 1989. p . 03-17; 87-100; 155-171.

Buchala CM, Waldman EA, Laurenti R. A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no município de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.* 2003; 6:335-344.

Campelli MGR, Calvo MCM. O cumprimento da emenda constitucional n. 29 no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(7):1613-1623.

Carvalho, G. O governo do PT e a desvinculação dos recursos da saúde e educação. CONASEMS, 17 de julho de 2004. Consultado em 01 de março de 2007. Disponível em:

Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública.* 2003; 19 (3): 725-733.

Chaimowics F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública.* 1997; 31(2):184-200.

Cosendey MAE, Bermudez JAZ, Reis ALA, Silva HF, Oliveira, MA, Luiza VL. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cad. Saúde Pública.* 2000;16(1):171-182.

Dupuy JP, Karsenty S. A invasão farmacêutica. Rio de Janeiro:Graal, 1980.

Evans A. Causation and disease. A chronological journey. New York, Plenum Medical Book Company, 1993. Capítulo 2: Concepts and background of causation. p. 1-12. Capítulo 3: Causation and bacterial diseases. p. 13-40.

Fonseca PCD. Sobre a Intencionalidade da Política Industrializante do Brasil na Década de 1930. *Rev de Econ Política.* 2003; 23(1):133-148.

Foucault, M. Microfísica do Poder. 20ª. Edição. Rio de Janeiro. Ed. Graal 1998. p .79-98.

Giovanni, G. A questão dos remédios no Brasil – produção e consumo. São Paulo; Polis; 1980.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde – Notícias 2003. Disponível em:

IBGE, Tábuas completas de mortalidade 2003. 2004. Disponível em:

IBGE, Pesquisa de assistência médico-sanitária, 1976-2002.

Illich, I. Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina. 2005, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

Jorge MHP, Gotlieb SLD. As condições de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2000.

Kanamura, AH. A importância da gestão de custos na administração de hospitais. Médicos HC-FMUSP. 1999. II (6): 95-98

Kanamura, AH. Gastos elevados na assistência médico-hospitalar de um plano de saúde. São Paulo, 2005. [Tese de Mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo]. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-16022006-153401/>

Kanamura, AH. O dilema do gestor do sistema de saúde. Folha de São Paulo. 10 de julho de 2003; Opinião, fl. A3.

Laurenti R. Epidemiologia da hipertensão arterial. Chiaverini R. Doença Hipertensiva: diagnóstico, etiopatogenese, tratamento. 1ª. Edição. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu; 1980. p. 65-87.

Laurenti R. Causas múltiplas de morte. São Paulo, 1979 [Tese de livre docência – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Laurenti R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: Anais do 1º. Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 2 a 6 de setembro de 1990; Campinas; São Paulo; Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO. p. 143-164.

Lebrão ML, Duarte YAO. Saúde, bem-estar, e envelhecimento – o projeto sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

Lefèvre F. O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo: Editora Cortez; 1991.

Lima MG, Ribeiro AQ, Acurcio FA, Rozenfeld S, Klein AH. Composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(6):1423-1430.

Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Nunes JM. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo. Cad. Saúde Pública. 1999; 15(4):769-776.

Maas PJ. Applications of summary measures of population health. In: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD. Summary measures of population: health concepts, ethics, measurement. Geneva. WHO; 2002. p. 52-60.

MacMahon B, Pugh TF. Epidemiology principles and methods. Boston, Little, Brown and Company. First edition (fourth printing), 1970. Chapter 2: Concepts of cause. p. 17-27.

Malik, AM, Quem é o responsável pela qualidade na saúde? Rev de Adm Pública. 2005;39 (2):351-64.

Malik AM, Pena FP. Administração estratégica em hospitais. São Paulo: Eaesp/FGV; 2003.(Relatório 21).

Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Peirópolis; 1998.

Marmot, M. Social determinants of health inequalities. The Lancet. 2005; 365:1099-1104.

Marques RM. O financiamento do sistema público de saúde no Brasil.1999.

Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cad. Saúde Pública. 2002; 18(Suplemento):163-171.

Marx, K. O Capital.L.1, Vol.1, 16ª Edição, Rio de Janeiro. Ed. Civilização Brasileira, 1998.

Messeder AM, Osório-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(2):525-534.

Ministério da Fazenda. Portaria Conjunta MS/ Procuradoria Geral da República nº 1163, de 11 de outubro de 2000, Estabelece diretrizes para a implementação do SIOPS no âmbito do Ministério da Saúde, incluindo a criação da Câmara Técnica e dos Núcleos Estaduais de Apoio ao SIOPS Diário Oficial da União n.º 203, de 20 de Outubro de 2000, Seção I, pp. 27-28.

Ministério da Saúde. Relação nacional dos medicamentos essenciais. 3ª. Ed., Brasília, 2002.

Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 06 de novembro de 1996.

Ministério da Saúde. Nota técnica nº 02-A / 2007 – SIOPS/DES/SCTIE/MS.

Ministério da Saúde. Política federal de assistência farmacêutica: 1990 a 2002. Brasília, 2002.

Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica. Brasília, 2002.

Ministério da Saúde. 12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca. Brasília, 2004.

Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2006.

Ministério da Saúde. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos/ Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2006; 1.

Morin, E. Cultura de Massas no Século XX: neurose. 3ª. Edição, Brasília. 2002; p., p.13-47.

Mottin, LM. Elaboração do plano municipal de saúde: desafio para os municípios: um estudo no Rio Grande do Sul. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 159 p.

Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C. The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources. World Health Organization. 2001.

Noronha AGGM, Borges AF. Qualidade da gestão de medicamentos em hospitais públicos. Rev de Adm Pública. 2005;39(4):895-912.

Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas para o caso brasileiro. Belo Horizonte; UFMG/Cedeplar. 2002.

OCDE. Health Data 2006, Disponível em:
<http://stats.oecd.org/wbos/default.aspx?DatasetCode=HDFRD2006>

Oliveira LAP, Simões CCS. O IBGE e as pesquisas populacionais. R. Brás. Est. Pop. 2005;22:291-302.

Oliveira MCFA, Tavares RAW. Registros e memória: algumas observações sobre a demografia brasileira no contexto latino-americano. R. bras. Est. Pop. 2005; 22 (2): 247-255.

Onram AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Memorial Fund Quarterly 49 (Part1). 1971; 509-538.

Onram AR. The epidemiologic transition in the americas. Pan-American Health organization, World Health Organization. University of Maryland. 1996.

OPAS, A saúde no Brasil. Brasília, novembro de 1998. Disponível em:
<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/SAUDEBR.PDF>

OPAS, Doenças crônico degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003. Disponível em:
<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=66>

OPAS/OMS 2004. Disponível em:
http://portalweb.02.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=17098

Perini E. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. Cespmed, 2005; Disponível em:
 <URL:<http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text2.htm>> [2006 Jan 03].

Popkin BM. Urbanization, lifestyle changes and the nutrition transition. *World Development*. 1999; 27:1905-1916.

Popkin BM. The nutrition transition and obesity in the developing world. *Journal of Nutrition*. 2001;131:871-873.

Prefeitura do Município de Osasco. Processo administrativo n º 32.602/2006 e processo interno do Fundo Municipal de Saúde n º 2862/2006. Mimeo.

Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública*. 1987;21:211-24.

Ramos L, Soares S, Ávila M. Avaliação geral dos dados da PNAD de 2004. IPEA. 2005:21-28.

Sartorelli DA, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19:29-36. Disponível em :

Schramm JMA et. al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde coletiva*. 2004;9:897-908. Disponível em:

Silveira FG, Osório RG, Piola SF. Gastos das famílias com saúde. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):719-731.

Teixeira HV, Teixeira MG. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Cienc & Saude Coletiva*. 2003; 8(2): 379-391.

Viana, ALA. Mercantilização e governança na área de saúde (Nota Técnica). Em Modelos de regulação e análise do caso brasileiro. http://www.ans.gov.br/porta/site/forum_saude/abrangenciadaregulacao.asp

WHO. Drug Information. 2007; 21(1):1-52.

Wong L. R. A projeção da fecundidade: Um exercício aplicado ao Brasil para o período 1991- 2020. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Brasil, 500 anos: Mudanças e Continuidades. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. 2000. Disponível em:

http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/prot20_3.pdf

ANEXO I

**PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**



Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica - CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br

Of.COEP/82/06

14 de março de 2006

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou** o Protocolo de Pesquisa n.º 1509, intitulado: “A MEDICAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NAS CAPITAIS BRASILEIRAS”, apresentado pelo pesquisador Dante Dianezi Gambardella e por se tratar de pesquisa com banco de dados não há necessidade de parecer deste Comitê.

Atenciosamente,

Helena Akemi Wada Watanabe

Professora Doutora

Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

ANEXO II

TABELA 13 - ÓBITOS POR CAPÍTULO DA CID-10. BRASIL, 1996/2004.

Tabela 13 - Óbitos por capítulo da CID-10, Brasil, 1996/2004

Capítulo da CID-10	Totais no período	% sobre o total de óbitos	Média no período	Menor Variação		Maior Variação	
				Ano	Valor	Ano	Valor
VII. Doenças do olho e anexos	125	0,00	14	1996	7	2004	21
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1.088	0,01	121	1997	101	2000	133
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	14.831	0,17	1.648	1996	1.301	2003	1.977
XV. Gravidez parto e puerpério	15.233	0,18	1.693	1996	1.465	1998	1.997
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	22.581	0,26	2.509	1998	2.076	2004	3.002
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	42.167	0,49	4.685	1996	3.812	2003	5.354
V. Transtornos mentais e comportamentais	56.315	0,65	6.257	1997	4.984	2004	8.158
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	86.861	1,01	9.651	1996	9.127	2004	10.210
VI. Doenças do sistema nervoso	108.353	1,26	12.039	1996	10.337	2004	15.156
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	127.007	1,48	14.112	1997	12.635	2004	17.094
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	315.188	3,66	35.021	2004	31.011	1997	37.684
XI. Doenças do aparelho digestivo	390.313	4,54	43.368	1996	39.035	2004	48.661
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	406.273	4,72	45.141	1996	36.590	2004	53.134
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	423.057	4,92	47.006	2000	44.515	1996	52.511
X. Doenças do aparelho respiratório	826.822	9,61	91.869	1997	84.083	2004	102.168
II. Neoplasias (tumores)	1.088.157	12,65	120.906	1996	103.408	2004	140.801
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1.093.318	12,71	121.480	1999	116.894	2004	127.470
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1.218.593	14,17	135.399	2004	126.922	1999	141.653
IX. Doenças do aparelho circulatório	2.364.068	27,49	262.674	1996	249.613	2004	285.543
Total	8.600.350	100,00	955.594	-	-	-	-

Fonte: DATASUS-SIM, 2006

ANEXO III

**TABELA 14 – INDICADORES – 10 PRINCIPAIS MORBIDADES DO CAP. II
DA CID-10, NEOLPLASIAS (TUMORES), 1996/2004.**

Tabela 14 - Indicadores - 10 Principais Morbidades do Cap. II da CID-10, Neoplasia (Tumores) , 1996/2004.

Morbidade	Internações	% sobre o total
.. Leucemia	100.692	28,20
.. Outras neoplasias malignas da pele	101.874	28,53
.. Neoplasia maligna do lábio cavid oral e faringe	124.922	34,98
.. Outras neopl malignas órgãos genitais femininos	131.262	36,76
.. Neopl malign outr porções e porç não espec útero	164.641	46,11
.. Neoplasia maligna do colo do útero	179.402	50,24
.. Neoplasia maligna da mama	197.765	55,38
.. Neopl malign outr local mal def secun e não esp	256.532	71,84
.. Leiomioma do útero	279.855	78,37
.. Outr neopl in situ benigns e comport incert desc	466.082	130,52
Total Cap. II	3.162.265	885,58

Morbidade	Valor Total da Internação (R\$)	% sobre o total
.. Neopl malign outr porções e porç não espec útero	86.449.178	3,92
.. Neoplasia maligna do cólon	92.839.808	4,21
.. Neoplasia maligna do colo do útero	100.490.917	4,56
.. Neoplasia maligna do encéfalo	103.790.942	4,71
.. Neoplasia maligna do estômago	103.973.460	4,72
.. Neoplasia maligna da mama	108.084.982	4,90
.. Leiomioma do útero	115.017.001	5,22
.. Neopl malign outr local mal def secun e não esp	153.875.377	6,98
.. Leucemia	175.331.225	7,96
.. Outr neopl in situ benigns e comport incert desc	238.561.679	10,83
Total Cap. II	2.203.701.918	100,00

Morbidade	Dias de Permanência	% sobre o total
.. Neoplasia maligna de traquéia brônquios e pulm	746.361	3,72
.. Neoplasia maligna do encéfalo	771.921	3,85
.. Neoplasia maligna do lábio cavid oral e faringe	854.931	4,26
.. Neoplasia maligna do estômago	894.004	4,46
.. Neoplasia maligna do colo do útero	952.767	4,75
.. Neoplasia maligna da mama	965.076	4,81
.. Leiomioma do útero	1.104.632	5,51
.. Leucemia	1.143.923	5,70
.. Neopl malign outr local mal def secun e não esp	2.055.516	10,25
.. Outr neopl in situ benigns e comport incert desc	2.063.832	10,29
Total Cap. II	20.062.856	100,00

Morbidade	Óbitos	%
.. Neoplasia maligna do colo do útero	8.025	4,17
.. Neoplasia maligna do encéfalo	8.221	4,27
.. Outr neopl in situ benigns e comport incert desc	9.511	4,94
.. Leucemia	9.569	4,97
.. Neoplasia maligna do esôfago	9.575	4,97
.. Neoplasia maligna da mama	11.813	6,14
.. Neoplasia maligna do lábio cavid oral e faringe	11.859	6,16
.. Neoplasia maligna do estômago	13.708	7,12
.. Neoplasia maligna de traquéia brônquios e pulm	15.321	7,96
.. Neopl malign outr local mal def secun e não esp	28.879	15,00
Total Cap. II	192.489	100,00

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br>

ANEXO IV

**TABELA 15 - INDICADORES – 10 PRINCIPAIS MORBIDADES DO CAP. IX
DA CID-10, DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, 1996/2004.**

Tabela 15 - Indicadores - 10 Principais Morbidades do Cap. IX da CID-10, Doenças do Aparelho Circulatório, 1996/2004.

Morbidade	Internações	% sobre o total
.. Hemorragia intracraniana	215.422	2,67
.. Outras doenças cerebrovasculares	248.718	3,08
.. Transtornos de condução e arritmias cardíacas	302.666	3,75
.. Infarto agudo do miocárdio	306.653	3,80
.. Outras doenças hipertensivas	326.110	4,04
.. Veias varicosas das extremidades inferiores	512.511	6,36
.. Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isq	711.130	8,82
.. Outras doenças isquêmicas do coração	807.542	10,01
.. Hipertensão essencial (primária)	812.547	10,08
.. Insuficiência cardíaca	2.658.530	32,97
Total Cap. IX	8.064.237	100,00

Morbidade	Valor Total da Internação (R\$)	% sobre o total
.. Veias varicosas das extremidades inferiores	219.654.176	3,40
.. Hemorragia intracraniana	256.317.934	3,97
.. Doença reumática crônica do coração	262.969.036	4,07
.. Outras doenças cerebrovasculares	293.953.384	4,55
.. Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isq	316.491.755	4,90
.. Infarto agudo do miocárdio	357.907.220	5,54
.. Outras doenças do coração	442.249.285	6,85
.. Transtornos de condução e arritmias cardíacas	504.928.429	7,82
.. Insuficiência cardíaca	1.390.530.119	21,53
.. Outras doenças isquêmicas do coração	1.606.623.100	24,87
Total Cap. IX	6.459.535.111	100,00

Morbidade	Dias de Permanência	% sobre o total
.. Outras doenças hipertensivas	1.538.182	2,98
.. Outras doenças do coração	1.937.897	3,75
.. Outras doenças vasculares periféricas	1.962.680	3,80
.. Hemorragia intracraniana	1.976.371	3,82
.. Infarto agudo do miocárdio	2.353.227	4,55
.. Hipertensão essencial (primária)	3.333.669	6,45
.. Outras doenças cerebrovasculares	4.510.190	8,72
.. Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isq	5.169.963	10,00
.. Outras doenças isquêmicas do coração	5.176.581	10,01
.. Insuficiência cardíaca	15.701.283	30,37
Total Cap. IX	51.699.772	100,00

Morbidade	Óbitos	%
.. Hipertensão essencial (primária)	10.594	1,85
.. Infarto cerebral	11.446	2,00
.. Transtornos de condução e arritmias cardíacas	13.654	2,38
.. Outras doenças do coração	15.893	2,77
.. Outras doenças isquêmicas do coração	23.423	4,09
.. Outras doenças cerebrovasculares	36.432	6,36
.. Infarto agudo do miocárdio	48.078	8,39
.. Hemorragia intracraniana	54.078	9,43
.. Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isq	126.498	22,07
.. Insuficiência cardíaca	183.026	31,93
Total Cap. IX	573.246	100,00

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br>

ANEXO V

**TABELA 16 - INDICADORES – 10 PRINCIPAIS MORBIDADES DO CAP. IV
DA CID-10, DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS,
1996/2004.**

Tabela 16 - Indicadores - 10 Principais Morbidades do Cap. IV da CID-10, Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, 1996/2004.

Morbidade	Internações	% sobre o total
.. Outras deficiências vitamínicas	970	0,05
.. Sequelas de desnutrição e de outras defic nutr	1.738	0,08
.. Transtornos tireoidianos relac deficiência iodo	6.282	0,29
.. Obesidade	12.429	0,58
.. Tireotoxicose	12.910	0,61
.. Outros transtornos tireoidianos	54.505	2,56
.. Outros transt endócrinos nutricionais metabólic	185.436	8,71
.. Desnutrição	481.875	22,63
.. Depleção de volume	534.955	25,12
.. Diabetes mellitus	838.263	39,36
Total Cap. IV	2.129.599	100,00

Morbidade	Valor Total da Internação (R\$)	% sobre o total
.. Outras deficiências vitamínicas	268.673	0,07
.. Sequelas de desnutrição e de outras defic nutr	461.159	0,09
.. Transtornos tireoidianos relac deficiência iodo	2.090.261	0,28
.. Tireotoxicose	4.220.230	0,57
.. Outros transtornos tireoidianos	18.829.613	0,83
.. Obesidade	20.779.309	2,04
.. Outros transt endócrinos nutricionais metabólic	46.905.506	8,36
.. Depleção de volume	58.883.559	14,89
.. Desnutrição	138.037.860	29,96
.. Diabetes mellitus	269.192.104	42,90
Total Cap. IV	559.753.383	100,00

Morbidade	Dias de Permanência	% sobre o total
.. Outras deficiências vitamínicas	9.155	0,07
.. Sequelas de desnutrição e de outras defic nutr	11.979	0,09
.. Transtornos tireoidianos relac deficiência iodo	35.844	0,28
.. Obesidade	73.944	0,57
.. Tireotoxicose	107.689	0,83
.. Outros transtornos tireoidianos	264.284	2,04
.. Outros transt endócrinos nutricionais metabólic	1.083.972	8,36
.. Depleção de volume	1.931.778	14,89
.. Desnutrição	3.885.726	29,96
.. Diabetes mellitus	5.564.714	42,90
Total Cap. IV	12.971.072	100,00

Morbidade	Óbitos	%
.. Outras deficiências vitamínicas	22	0,02
.. Obesidade	67	0,05
.. Transtornos tireoidianos relac deficiência iodo	79	0,06
.. Sequelas de desnutrição e de outras defic nutr	133	0,11
.. Tireotoxicose	207	0,17
.. Outros transtornos tireoidianos	397	0,32
.. Outros transt endócrinos nutricionais metabólic	7.709	6,22
.. Depleção de volume	18.586	15,00
.. Diabetes mellitus	45.436	36,66
.. Desnutrição	51.276	41,37
Total Cap. IV	123.930	100,00

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br>