

UNIVERSIDADE DO CONTESTADO - UnC

KÁTIA MARIA HAMMERSCHMIDT

ANÁLISE DO IMPACTO FINANCEIRO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS
MUNICÍPIOS DO PLANALTO NORTE CATARINENSE

MAFRA - SC

2016

KÁTIA MARIA HAMMERSCHMIDT

ANÁLISE DO IMPACTO FINANCEIRO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS
MUNICÍPIOS DO PLANALTO NORTE CATARINENSE

Trabalho de conclusão de curso, apresentando exigência para obtenção de título de Especialista em Gestão de Saúde Pública do curso de Pós – Graduação, ministrado pela Universidade do Contestado - UnC, Campus Mafra, sob Orientação do Professor Luis Paulo Gomes Mascarenhas. Pesquisa financiada pelo FUMDES.

MAFRA - SC

2016

KÁTIA MARIA HAMMERSCHMIDT

ANÁLISE DO IMPACTO FINANCEIRO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
NOS MUNICÍPIOS DO PLANALTO NORTE CATARINENSE

Esta Monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Especialista em Gestão de Saúde Pública

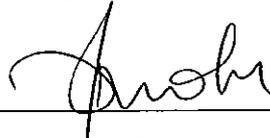
E aprovada na sua versão final em 07 de maio de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade do Contestado e Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Gestão de Saúde Pública.



Prof. Ms. Eivaldo Antunes

Coordenador do Curso de Pós-graduação em Gestão de Saúde
Pública

BANCA EXAMINADORA:



Prof.ª Dr.ª Renata Campos

(Avaliador)



Prof. Ms. Eivaldo Antunes

(Avaliador)



Prof. Luis Paulo Gomes Mascarenhas

(Orientador)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a oportunidade de aprendizado ao FUMDES, UnC e a orientação dos professores Luis Paulo Gomes Mascarenhas e Renata Campos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo geral.....	5
2.2 Objetivos específicos	5
2 REFERENCIAL TEÓRICO	6
3 MATERIAL E MÉTODOS	10
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	10
3.2 DELIMITAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA	10
3.3 AMOSTRA	11
3.4 VARIÁVEIS AVALIADAS	11
3.4.1 Método de cálculo de percentual e média.	11
3.5 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....	11
4. RESULTADOS	12
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	19
6. CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

Em 2013, a esperança de vida ao nascer para pessoas de ambos os sexos foi globalmente 71 anos, variando de 62 anos em países de baixa renda para 79 anos em países de alta renda. Desde 1990, aumentou globalmente por 6 anos. Em 2013, a população mundial com 60 anos pode esperar viver mais 20 anos, em média, 2 anos mais do que em 1990. E em países de alta renda (23 anos) é de 6 anos a mais do que no de baixa renda e os países de renda média-baixa (17 anos), (WHO, 2016). No Brasil, segundo o ministro da Saúde, Arthur Chioro, o aumento da expectativa de vida deve-se a razão das medidas de combate à desnutrição, redução da mortalidade materna e infantil, ampliação do acesso a vacinas e medicamentos gratuitos, melhoria do atendimento às mães e bebês, enfrentamento das doenças crônico-degenerativas e das chamadas mortes violentas, entre outras ações na área de atenção básica e urgência e emergência. (M.S. 2014).

Todavia, com o crescimento da população houve o aumento dos custos com equipamentos, materiais e medicamentos surgindo a impossibilidade do acesso universal aos recursos e tecnologia modernas disponíveis. Assim, como os medicamentos se apresentam como um dos fatores responsáveis pelos gastos com saúde, a questão de sua utilização de modo adequado nunca esteve tão presente no cotidiano da população. (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS; 2006).

Essa é uma das funções da assistência farmacêutica definida na resolução 338/2004, do Conselho Nacional de Saúde, como uma soma de ações dirigidas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como material essencial e apontando o acesso e ao seu uso racional. Inclui a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na esperança da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. Além do suporte às ações de saúde na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e promover o seu uso racional. (BRASIL, 2004).

Entretanto é importante destacar que seu financiamento parte da esfera governamental, estadual e municipal e que nesse caso falamos de uma parcela representativa nos gastos com a saúde nos municípios (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS; 2006).

Deste modo existe a grande necessidade de racionalização de recursos especialmente nos países mais pobres, e esse estudo apresenta-se como uma revisão bibliográfica sobre o tema.(O. MELO, E. RIBEIRO, S. STORPIRTIS 2006).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o conflito financeiro dos gastos com assistência farmacêutica nos municípios do Planalto Norte Catarinense.

2.2 Objetivos específicos

Comparar dados populacionais das cidades de São Bento do Sul, Canoinhas, Mafra, Rio Negrinho, Porto União, Bela Vista do Toldo, Itaiópolis, Três Barras, Papanduva, Campo Alegre, Irineópolis, Monte Castelo e Major Vieira com gastos em saúde e assistência farmacêutica.

Analisar os resultados obtidos através do cálculo dos gastos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Ministério da saúde alerta que o envelhecimento populacional gera novas demandas provocando uma constante adequação do sistema de saúde e, certamente, a transformação do modelo de atenção prestada, de modo a conferir prioridade ao caráter preventivo das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sob esse ponto de vista, a política de medicamentos é, indiscutivelmente, fundamental nessa transformação. Deve-se considerar, ainda, que modificações qualitativas e quantitativas no consumo de medicamentos são influenciadas pelos indicadores demográficos, os quais têm demonstrado clara tendência de aumento na expectativa de vida ao nascer.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A interferência do processo de envelhecimento populacional influencia sobretudo na demanda de medicamentos destinados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas, além de novos procedimentos terapêuticos com utilização de medicamentos de alto custo. Do mesmo modo, adquire especial relevância o aumento da demanda daqueles de uso contínuo, como é o caso dos utilizados no tratamento das doenças cardiovasculares, reumáticas e da diabetes. Salienta-se o fato de que é bastante comum, ainda, pacientes sofrerem de todas essas doenças simultaneamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Portanto a ação indutora do uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação, presentes na sociedade brasileira, são fatores que promovem um aumento na procura por medicamentos, demandando, necessariamente, a promoção do seu uso racional mediante a reorientação destas práticas e o desenvolvimento de um processo educativo, tanto para a equipe de saúde quanto para o usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001).

Segundo o site Pyxis consumo IBOPE, o comércio de medicamentos da classe B e C movimentou R\$ 70 bilhões em 2013 , 12% a mais do que em 2012. O gasto por brasileiro, projetado pela ferramenta Pyxis Consumo, é de R\$ 430,92.A classe C é responsável por quase metade do consumo no país, com potencial de consumo de R\$ 32 bilhões, 45% do total. Já a classe B gastou R\$ 24 bilhões neste ano, enquanto as classes D/E R\$ 8,6 bilhões e a classe A, R\$ 6,6 bilhões. Dados apresentados na tabela I.

Tabela I - Potencial anual de consumo para medicamentos por classe

Classe	Valor do potencial de consumo (R\$ milhões)	% do potencial de consumo	Valor do consumo real (R\$ milhões)	% do consumo real
A	1.398.055	2,72	6.642,43	9,39
B	12.916.180	25,11	23.747,49	33,57
C	27.040.220	52,56	31.720,01	44,84
D	10.087.588	19,61	8.631,49	12,20
Brasil	51.442.043	100	70.741,42	100

Fonte: (Pyxis, 2013)

No potencial de consumo por região o estudo mostra que o Sudeste tem o maior potencial de consumo, com 52%, seguido pelas regiões Sul (16%) e Nordeste (18%). Apesar do maior consumo no Sudeste, a região Sul apresenta o maior consumo por habitante, de R\$ 494,71, enquanto o Sudeste, R\$ 483,09 e o Centro-Oeste, R\$ 441,89. Dados apresentados na tabela II.

Tabela II - Potencial anual de consumo para medicamentos por região

Região	Valor do potencial de consumo (R\$ milhões)	% do potencial de consumo	Consumo real por habitante (R\$ mil/mo)
Nordeste	3.858,73	5,45	318,03
Nordeste	12.827,17	18,13	323,92
Sudeste	36.704,52	51,89	483,09
Sul	11.649,24	16,47	494,71
Centro-Oeste	5.701,77	8,06	441,89
Brasil	70.741,42	100	430,92

Fonte: (Pyxis, 2013)

Na análise por classe e região, a classe C do Sudeste lidera com R\$ 16 bilhões de potencial de consumo estimado para 2013. A classe B aparece em

seguida, com R\$ 14 bilhões. A região Norte apresenta o menor potencial de consumo em todas as classes. Dados apresentados na tabela III.

Tabela III - Potencial de consumo por classe e por região

Classe	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste
	R\$ milhões	R\$ milhões	R\$ milhões	R\$ milhões	R\$ milhões
I	1.076,83	3.780,93	856,23	292,34	636,11
II	4.158,76	13.504,63	2.918,52	1.152,40	2.013,19
III	5.422,15	15.883,87	6.124,42	1.831,44	2.458,13
IV	991,50	3.535,09	2.928,00	582,55	594,34
Total	11.649,24	36.704,52	12.827,17	3.858,73	5.701,77

Fonte: (Pyxis, 2013)

Segundo Chade (2015), o governo federal dispõe por ano à saúde de cada cidadão menos do que a média mundial. Os dados estão sendo publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e assinalam que mais da metade da conta da saúde de um brasileiro continua sendo arcada pelo bolso do paciente. Em média, os gastos públicos nos países ricos chega a ser mais de cinco vezes o que o Estado brasileiro oferece.

O mesmo autor cita mais uma verificação da OMS de que, no Brasil, quem paga ainda pela saúde é o paciente, por meio de planos de saúde ou gastos privados. No País, 47,5% da conta final da saúde é arcada pelo poder público, contra 52,5% da conta para o cidadão. Na média mundial, a proporção é exatamente a oposta: 57,6% dos gastos com saúde são arcados por governos, contra 42,3% pagos pelos cidadãos.

Embora aja desigualdade de gastos entre Brasil e a relação com o restante do mundo, a OMS aponta que o País tem feito certo progresso nos últimos anos. Em 2000, 4,1% do orçamento nacional do estado ia para a saúde. Em 2012, essa taxa chegou a 7,9%. (CHADE, 2015).

Além disso o Brasil é um dos raros países em que a obtenção gratuita a medicamentos básicos é direito dos cidadãos, o que se consolida por meio de

políticas e estratégias, como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume). Para auxiliar na redução dos gastos com medicamentos em 1999 foram adicionados genéricos no País facilitando o acesso de toda população a esses insumos. Em 2004, o governo federal lançou o Programa Farmácia Popular, que tende a diminuir o impacto dos preços dos medicamentos no orçamento familiar a partir do sistema de co-pagamento, em que o poder público paga cerca de 90% do valor do medicamento e o cidadão arca diretamente com o restante (BOING, BERTOLDI 2011).

Entretanto os mesmos autores citam que apesar dos avanços nas políticas públicas do setor, não alcança expressiva parte da população, principalmente quanto ao uso racional dos medicamentos, tanto no mercado privado quanto no setor público. Some-se a isto o baixo investimento público em saúde provocando maior consumo privado nesse setor, incluindo o gasto com medicamentos que representa a maior parte das despesas privadas em saúde entre os mais pobres e o peso dos medicamentos no total das contas em saúde se dá de maneira inversamente proporcional à renda. Dessa forma o comprometimento de renda com gasto em medicamentos, especialmente não programado, pode aumentar a ameaça a saúde das famílias, como a diminuição da compra de alimentos, e torná-las mais sensíveis a problemas de saúde, ou, pela ordem econômica, tornar as famílias mais pobres ou até mesmo indigentes.

Por sua vez o SUS assume a maior parte dos gastos integrais em medicamentos, principalmente entre os mais pobres, enquanto os mais ricos apresentam mais gastos privados. Apesar disso, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998 apresentaram maior comprometimento de renda com a compra de medicamentos entre os mais pobres, transpondo diferenças entre grupos e configurando-se como injustiça (BOING, BERTOLDI 2011).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

É uma pesquisa exploratória que tem como objetivo proporcionar maior intimidade com o problema, tornando-o mais compreensível ou a construir hipóteses. A maior parte dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2007). Essas pesquisas podem ser classificadas como: pesquisa bibliográfica e estudo de caso (GIL, 2007).

E também trata-se de uma pesquisa bibliográfica sendo feita a partir da verificação de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Possibilita ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem entretanto pesquisas científicas que se fundamentam somente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002). Para Gil (2007), os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são apurações sobre ideologias ou aquelas que sugerem à análise das diversas pareceres acerca de um problema. Foram realizadas pesquisas nos sites IBGE cidades, FNS (Fundo nacional de Saúde) dos anos 2012 à 2015.

3.2 DELIMITAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

Segundo Oliveira (2004) "Universo ou população: é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum". O Universo são municípios do estado de Santa Catarina. E o local onde será realizada a pesquisa será o município de Mafra, Santa Catarina.

3.3 AMOSTRA

Conforme cita Oliveira (2004) a amostra é uma porção ou parcela, adequadamente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo”. Portanto a amostra é uma parcela da clientela total. Sendo assim considera-se a amostra os medicamentos básicos mais dispensados na secretaria de saúde e a idade e sexo dos usuários que mais utilizam.

A Amostra são treze municípios que fazem parte do planalto norte catarinense.

3.4 VARIÁVEIS AVALIADAS

3.4.1 Método de cálculo de percentual e média.

De forma simplificada, a percentagem de aumento de gastos com saúde e assistência farmacêutica de cada município de um ano para outro equivale a utilizar a fórmula do exemplo: 2012 -2013 , 2013-2014, 2014-2015 Fórmula = $1 - (B4 / B5)$

O cálculo da média levando em conta o resultado da percentagem foi realizado com a fórmula do exemplo: = MÉDIA (C5; C7)

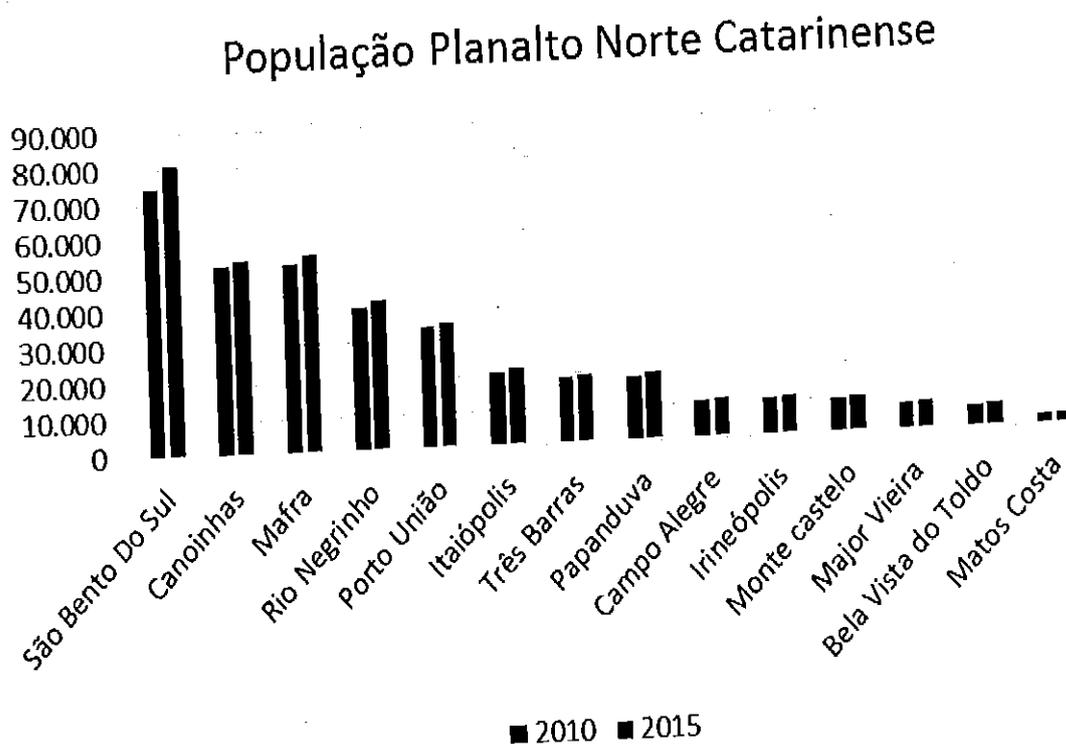
3.5 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

- Pesquisar o gasto total com a saúde dos municípios do planalto norte catarinense.
- Pesquisar o gasto com a assistência farmacêutica dos municípios do planalto norte catarinense.
- Desenvolver uma planilha com o total da população, gastos totais e com assistência farmacêutica dos municípios do planalto norte catarinense.
- Demonstrar através de gráfico os resultados.

4. RESULTADOS

Conforme o censo do IBGE, a cidade com a maior população do Planalto Norte Catarinense é São Bento do Sul com 74.801 habitantes em 2010 e 80.936 habitantes em 2015. Teve um aumento de 8% em relação a 2010. Em seguida a cidade de Mafra com a população de 52.912 em 2010 e 55.313 habitantes em 2015. Teve um aumento de 4%. Canoinhas está como terceira mais populosa tendo 52.765 habitantes em 2010 crescendo para 54.188 em 2015, tendo o aumento de 2% em 5 anos. O gráfico I mostra esses resultados.

Gráfico I – População das cidades do Planalto Norte Catarinense. Brasil, 2010-2015



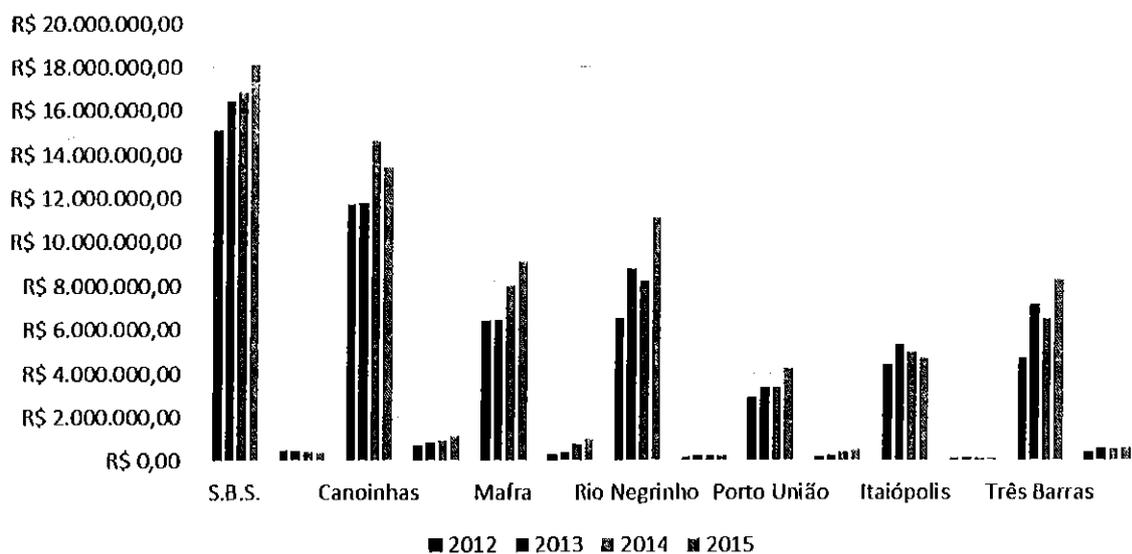
Fonte: IBGE

Quanto aos gastos com saúde pública São Bento do Sul é a cidade que lidera. Em 2012 R\$15.124.036,51 crescendo para R\$18.124.611,63 em 2015. Uma média de 7,56%. Em seguida o município de Canoinhas com gasto de R\$ 11.732.027,18 em 2012 com crescimento para R\$ 13.454.835,65 em 2015. Uma média de - 4,32% entre 20012 e 2015. E em terceiro a cidade de Rio Negrinho que

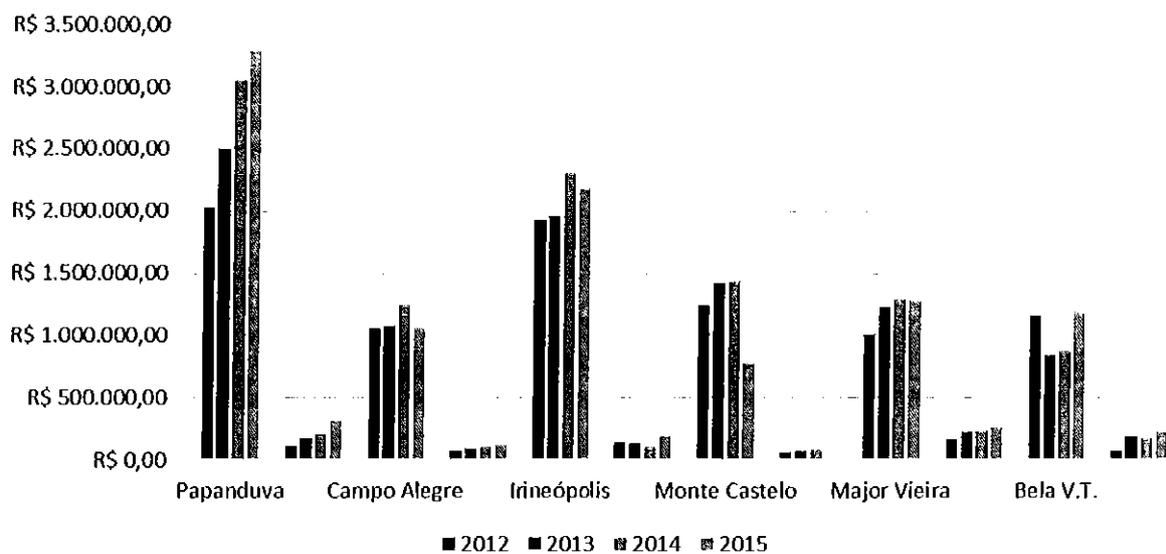
obteve gasto de R\$ 6.557.029,00 em 2012 com crescimento para R\$ 11.179.834,29 em 2015. Uma média de crescimento de 25,82%.

Em relação as despesas farmacêuticas Mafra lidera com gastos em 2012 de R\$ 319.051,77 com crescimento para R\$1.055.340,92 em 2015. Uma média de aumento de 21,57%. Em seguida a cidade de Canoinhas que obteve em 2012 o gasto de R\$ 753.724,89 com crescimento para R\$ 1.151.403,91 em 2015 média de aumento de 13,93%. O gráfico II III e a tabela IV mostram esses resultados.

Gráficos II e III – Gastos com saúde pública e assistência farmacêutica das cidades do Planalto Norte Catarinense. Brasil, 2012-2015



Fonte: SIOPS (2015).



Fonte: SIOPS (2015).

Tabela IV – Valores em números das despesas com Saúde Pública e Assistência Farmacêutica das cidades do Planalto Norte Catarinense.

Ano	S.B.S.		Canoinhas		Mafra	
	Total Gastos com Saúde	Despesa Farmacêutica	Total Gastos com Saúde	Despesa Farmacêutica	Total Gastos com Saúde	Despesa Farmacêutica
2012	R\$ 15.124.036,51	R\$ 479.658,50	R\$ 11.732.027,18	R\$ 753.724,89	R\$ 6.431.591,88	R\$ 319.051,77
2013	R\$ 16.479.768,02	R\$ 436.163,40	R\$ 11.781.960,50	R\$ 867.099,49	R\$ 6.449.440,54	R\$ 385.923,35
2014	R\$ 16.873.755,25	R\$ 463.209,30	R\$ 14.675.450,45	R\$ 981.280,73	R\$ 8.038.201,80	R\$ 783.020,76
2015	R\$ 18.124.611,63	R\$ 400.294,07	R\$ 13.454.835,65	R\$ 1.151.403,91	R\$ 9.103.270,85	R\$ 1.055.340,92

Fonte: SIOPS (2015).

Rio Negrinho		Porto União		Itaiópolis	
Total Gastos com Saúde	Despesa Farmacêutica	Total Gastos com Saúde	Despesa Farmacêutica	Total Gastos com Saúde	Despesa Farmacêutica
R\$ 6.557.029,00	R\$ 237.206,68	R\$ 2.945.194,45	R\$ 201.091,88	R\$ 4.382.155,50	R\$ 131.383,85
R\$ 8.774.826,13	R\$ 245.989,96	R\$ 3.373.068,98	R\$ 291.736,52	R\$ 5.323.552,18	R\$ 139.232,95
R\$ 8.232.749,18	R\$ 266.118,95	R\$ 3.356.662,80	R\$ 437.855,35	R\$ 4.975.459,20	R\$ 143.003,27
R\$ 11.179.834,29	R\$ 263.076,52	R\$ 4.210.437,49	R\$ 559.711,16	R\$ 4.716.214,57	R\$ 163.987,46

Fonte: SIOPS (2015).

Três Barras		Papanduva		Campo Alegre	
Total Gastos com Saúde	Despesa Farmacêutica	Total Gastos com Saúde	Despesa Farmacêutica	Total Gastos com Saúde	Despesa Farmacêutica
R\$ 4.722.642,01	R\$ 427.212,94	R\$ 2.025.764,27	R\$ 113.542,33	R\$ 1.058.145,96	R\$ 73.774,25
R\$ 7.120.568,92	R\$ 581.861,31	R\$ 2.499.729,73	R\$ 176.589,63	R\$ 1.074.981,82	R\$ 92.883,45
R\$ 6.507.496,48	R\$ 574.264,71	R\$ 3.050.301,22	R\$ 201.937,15	R\$ 1.236.310,27	R\$ 105.193,59
R\$ 8.289.918,22	R\$ 600.867,89	R\$ 3.287.087,24	R\$ 315.206,78	R\$ 1.059.078,55	R\$ 123.199,03

Fonte: SIOPS (2015).

Irineópolis		Monte Castelo		Major Vieira	
Total Gastos com Saúde	Despesa Farmacêutica	Total Gastos com Saúde	Despesa Farmacêutica	Total Gastos com Saúde	Despesa Farmacêutica
R\$ 1.924.297,79	R\$ 149.208,46	R\$ 1.239.459,18	R\$ 63.829,95	R\$ 1.003.524,73	R\$ 164.744,31
R\$ 1.958.605,83	R\$ 135.339,90	R\$ 1.422.776,47	R\$ 71.274,98	R\$ 1.230.492,88	R\$ 222.999,51
R\$ 2.303.312,29	R\$ 108.124,15	R\$ 1.434.221,95	R\$ 79.882,68	R\$ 1.295.363,06	R\$ 238.526,72
R\$ 2.178.546,14	R\$ 192.254,59	R\$ 783.693,41	R\$ 13.211,55	R\$ 1.277.756,28	R\$ 262.972,63

Fonte: SIOPS (2015).

Bela V.T.	
Total Gastos com Saúde	Despesa Farmacêutica
R\$ 1.164.859,85	R\$ 70.988,29
R\$ 835.888,04	R\$ 183.244,88
R\$ 873.855,48	R\$ 176.157,63
R\$ 1.184.176,01	R\$ 228.160,50

Fonte: SIOPS (2015).

Tabela V – Porcentagem de crescimento de gastos por cidade do Planalto Norte catarinense.

Ano	São Bento do Sul			
	Total Gastos com Saúde		Despesa Farmacêutica	
2012	R\$15.124.036,51		R\$479.658,50	
2013	R\$ 16.479.768,02	8%	R\$ 436.153,40	-10%
2014	R\$ 16.873.755,25	2%	R\$ 463.209,30	6%
2015	R\$ 18.124.611,63	7%	R\$ 400.294,07	-16%
	Média	7,56%	Média	-12,85%

Fonte: SIOPS (2015).

Canoinhas

Total Gastos com Saúde		Despesa Farmacêutica	
R\$ 11.732.027,18		R\$ 753.724,89	
R\$ 11.781.960,50	0,4%	R\$ 867.099,49	13%
R\$ 14.675.450,45	19,7%	R\$ 981.280,73	12%
R\$ 13.454.835,65	-9,1%	R\$ 1.151.403,91	15%
Média	-4,32%	Média	13,93%

Fonte: SIOPS (2015).

Mafra

Total Gastos com Saúde		Despesa Farmacêutica	
R\$ 6.431.591,88		R\$ 319.051,77	
R\$ 6.449.440,54	0,3%	R\$ 385.923,35	17,3%
R\$ 8.038.201,80	19,8%	R\$ 783.020,76	50,7%
R\$ 9.103.270,85	11,7%	R\$ 1.055.340,92	25,8%
Média	5,99%	Média	21,57%

Fonte: SIOPS (2015).

Rio Negrinho

Total Gastos com Saúde		Despesa Farmacêutica	
R\$ 6.557.029,00		R\$ 237.206,68	
R\$ 8.774.826,13	25,3%	R\$ 245.989,96	3,6%
R\$ 8.232.749,18	-6,6%	R\$ 266.118,95	7,6%
R\$ 11.179.834,29	26,4%	R\$ 263.076,52	-1,2%
Média	25,82%	Média	1,21%

Fonte: SIOPS (2015).

Porto União

Total Gastos com Saúde		Despesa Farmacêutica	
R\$ 2.945.194,45		R\$ 201.091,88	
R\$ 3.373.068,98	12,7%	R\$ 291.736,52	31,1%
R\$ 3.356.662,80	-0,5%	R\$ 437.855,35	33,4%
R\$ 4.210.437,49	20,3%	R\$ 559.711,16	21,8%
Média	16,48%	Média	26,42%

Fonte: SIOPS (2015).

Itaiópolis

Total Gastos com Saúde		Despesa Farmacêutica	
R\$ 4.382.155,50		R\$ 131.383,85	
R\$ 5.323.552,18	17,7%	R\$ 139.232,95	5,6%
R\$ 4.975.459,20	-7,0%	R\$ 143.003,27	2,6%
R\$ 4.716.214,57	-5,5%	R\$ 163.987,46	12,8%
Média	6,09%	Média	9,22%

Fonte: SIOPS (2015).

Três Barras

Total Gastos com Saúde		Despesa Farmacêutica	
R\$ 4.722.642,01		R\$ 427.212,94	
R\$ 7.120.568,92	33,7%	R\$ 581.861,31	26,6%
R\$ 6.507.496,48	-9,4%	R\$ 574.264,71	-1,3%
R\$ 8.289.918,22	21,5%	R\$ 600.867,69	4,4%
Média	27,59%	Média	15,50%

Fonte: SIOPS (2015).

Papanduva

Total Gastos com Saúde		Despesa Farmacêutica	
R\$ 2.025.764,27		R\$ 113.542,33	
R\$ 2.499.729,73	19,0%	R\$ 176.589,63	35,7%
R\$ 3.050.301,22	18,0%	R\$ 201.937,15	12,6%
R\$ 3.287.087,24	7,2%	R\$ 315.206,78	35,9%
Média	13,08%	Média	35,82%

Fonte: SIOPS (2015).

Campo Alegre

Total Gastos com Saúde		Despesa Farmacêutica	
R\$ 1.058.145,96		R\$ 73.774,25	
R\$ 1.074.981,82	1,6%	R\$ 92.883,45	20,6%
R\$ 1.236.310,27	13,0%	R\$ 105.193,59	11,7%
R\$ 1.059.078,55	-16,7%	R\$ 123.199,03	14,6%
Média	-7,58%	Média	17,59%

Fonte: SIOPS (2015).

Irineópolis

Total Gastos com Saúde		Despesa Farmacêutica	
R\$ 1.924.297,79		R\$ 149.208,46	
R\$ 1.958.505,83	1,7%	R\$ 135.339,90	-10,2%
R\$ 2.303.312,29	15,0%	R\$ 108.124,15	-25,2%

R\$ 2.178.546,14	-5,7%	R\$ 192.254,59	43,8%
Média	-1,99%	Média	16,76%

Fonte: SIOPS (2015).

		Monte Castelo	
Total Gastos com Saúde		Despesa Farmacêutica	
R\$ 1.239.459,18		R\$ 63.829,95	
R\$ 1.422.776,47	12,9%	R\$ 71.274,98	10,4%
R\$ 1.434.221,95	0,8%	R\$ 79.882,68	10,8%
R\$ 783.693,41	-83,0%	R\$ 13.211,55	-504,6%
Média	-35,06%	Média	-247,10%

Fonte: SIOPS (2015).

Major Vieira			
Total Gastos com Saúde		Despesa Farmacêutica	
R\$ 1.003.524,73		R\$ 164.744,31	
R\$ 1.230.492,88	18,4%	R\$ 222.999,51	26,1%
R\$ 1.295.363,06	5,0%	R\$ 238.526,72	6,5%
R\$ 1.277.756,28	-1,4%	R\$ 262.972,63	9,3%
Média	8,53%	Média	17,71%

Fonte: SIOPS (2015).

Bela V.T.			
Total Gastos com Saúde		Despesa Farmacêutica	
R\$ 1.154.859,85		R\$ 70.988,29	
R\$ 836.888,04	-38,2%	R\$ 183.244,88	61,3%
R\$ 873.855,48	4,3%	R\$ 176.157,63	-4,0%
R\$ 1.184.175,01	26,2%	R\$ 228.160,50	22,8%
Média	-5,98%	Média	42,03%

Fonte: SIOPS (2015).

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da pesquisa mostram na comparação do percentual de crescimento da população que o gasto com saúde e assistência farmacêutica aumentou na maioria das cidades, com exceção de Monte Castelo, como mostra a tabela VIII.

Verificou-se que os municípios tem um grande desafio pois a assistência farmacêutica que é o envolvimento da aquisição, distribuição, dispensação de medicamentos segundo Silva, (2006) , sabem que o gasto dos medicamentos no país segundo o Ministério da Saúde cresceram 53% entre 2011 e 2014 e já consomem quase 14% do orçamento federal voltado para ações e serviços públicos de saúde. (CAMBRICOLI, 2015). Esse impacto é grande para os municípios e tende a crescer com o aumento e envelhecimento da população conforme passem os anos.

Segundo o mesmo autor que cita o professor titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) Oswaldo Tanaka o desafio só poderá ser enfrentado com o repasse de mais recursos para a área da saúde. Desacredita que o caminho seja limitar o acesso da população pois afirma que a única política social realmente inclusiva no Brasil é a da saúde e a população tem direito a isso. E ainda fala no dever da criação de novas formas que tornem a gestão mais eficiente e diminuam a velocidade de crescimento do uso de medicamentos, como práticas de prevenção e promoção da saúde. (CAMBRICOLI, 2015).

Somando o gasto crescente com a aquisição de medicamentos que agregam a lista de cobertura do SUS, o governo fica apreensivo com o aumento no número de ações judiciais contra o Estado solicitando medicamentos que não fazem parte da relação de produtos oferecidos pela rede pública ou até mesmo remédios que nem mesmo têm autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para serem comercializados no País. Esses custos entre 2011 e 2014, do ministério com a compra de medicamentos por decisão da Justiça passou de R\$ 218,5 milhões para R\$ 722,9 milhões, alta de 230%. (CAMBRICOLI, 2015).

6. CONCLUSÃO

Nas últimas décadas, o gasto farmacêutico vem convertendo-se em uma ameaça as condições dos sistemas públicos de saúde de muitos países. Os valores crescentes, com rumo à fornecimento dos medicamentos não tem retribuído a melhorias significativas nos indicadores de saúde (OMS, 2002).

O aumento dos gastos farmacêuticos pode ser resultado de muitos fatores como a acréscimo de cobertura, despontar de novos fármacos, dinamismo epidemiológico, envelhecimento da população, expectativas dos pacientes e o uso inadequado de fármacos em diversas situações clínicas (OMS, 2002).

O uso irracional de medicamentos envolve diversos fatores de caráter cultural, social e governamental. A população necessita de educação primeiramente, além de condições socioeconômicas, gerenciadas por políticas de desenvolvimento capazes de promover a saúde. O mau uso do medicamento traz consequências das mais variadas disposições, quer seja ao usuário diretamente ou ao orçamento dos serviços públicos de saúde. A partir dos 60 anos de idade, a prescrição simultânea de muitos medicamentos diferentes contra a mesma doença e o uso de medicamentos inapropriados continuam sendo problemas comuns, que se agravam nas idades mais avançadas e quanto piores forem as condições de saúde maiores são as quantias usadas de medicamentos. (ROZENFELD, 1998).

De uma maneira geral, os recursos propostos para reverter ou minimizar este quadro devem passar pela educação e informação da população, maior controle na venda com e sem prescrição médica, adequado acesso aos serviços de saúde, adoção de critérios éticos para a promoção de medicamentos e incentivo à adoção de terapêuticas não medicamentosas. (AQUINO, 2008).

Os profissionais ligados à área da saúde devem atribuir a devida importância a essa fração e atuar na educação continuada, mesmo que seja a partir de ações, em micro ambientes doméstico ou profissional, para formar uma população diferenciada e consciente. A Organização Mundial de Saúde definiu como seu grande estímulo para a próxima década o avanço na racionalidade do uso de medicamentos, surgindo à necessidade de fomentar avaliação desse uso e vigiar seu consumo (LAGE, 2005).

A ampliação de atividades educacionais de caráter público estabelece um dos meios de alcançar o uso racional de medicamentos; o usuário de medicamento deve

ter acesso à informação correta, clara e acentuada a respeito dos medicamentos, para que se consiga maior adaptação em seu uso, além de se evitar uma automedicação indiscriminada (LAGE, 2005).

REFERÊNCIAS

AQUINO, Daniela Silva de. **Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 13(Sup):733-736, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s0/a23v13s0.pdf>

ARAÚJO, A.L.A.; UETA, J.M.; FREITAS, O. **Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde.** Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., v. 26, n.2, p. 87-92, 2005.

BLOG DA SAÚDE. **ONU registra aumento da expectativa de vida no Brasil.** 24 de Julho 2014. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br>.

BOING, Alexandra Crispim; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; PERES, Karen Glazer. **Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 897-905, out. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500011&lng=pt&nrm=iso. acessos em 23 abr. 2016.

BRASIL. **Política nacional de medicamentos.** Brasília : Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf Acesso em 16 ag 2015.

BRASIL. **Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Política nacional de assistência farmacêutica.** Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004.

CAMBRICOLI, Fabiana. **Gasto federal com remédios sobe 53%.** Jornal O Estado de São Paulo, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=2935>

CHADE, Jamil. **Gasto público do Brasil com saúde é inferior à média mundial.** Jornal O Estado de S. Paulo. 13 Maio 2015. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,gasto-publico-do-brasil-com-saude-e-inferior-a-media-mundial,1686846>.

Consumo estimado de medicamentos da classe b e c em 2013. Disponível em: <http://pyxisconsumo.com.br/index.php#!/noticias/67>. Acesso em 11 fev 2016.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007

LAGE, E. A.; FREITAS, M. I. F.; ACURCIO, F. A. **Informação sobre medicamentos na imprensa: uma contribuição para o uso racional?** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 10(supl.), p.133-139, 2005. Disponível em: <http://www.revistas.ung.br/index.php/saude/article/viewFile/66/101>

MELO, Daniela O.; RIBEIRO, Eliane; STORPIRTIS, Sílvia. **A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos**. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences vol. 42, n. 4, out./dez., 2006.

OLIVEIRA, Otávio J. et. al. **Gestão da Qualidade: tópicos avançados**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The Uppsala Monitoring Centre. **The Importance of Pharmacovigilance. Safety monitoring of medicinal products**. 2002, 48 p. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4893e/>

NASCIMENTO M.C. **Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde?** Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2003.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA -CASA CIVIL. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm .Acesso em 16 ag 2015.

ROZENFELD, S. **Farmacovigilância: elementos para discussão e perspectivas**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 14, n. 2, p. 237-263, 1998. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistencia_farmaceutica/rozenfeld-farmacovigilanciaelementosparaadiscussaoeperspectivas.pdf

SILVA, Luciene Alice da. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Instruções Técnicas Para Sua Organização**. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2ª edição Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF. 2006. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>.

VIEIRA, Fabiola Sulpino ; ZUCCHI, Paola. **Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde**. Revista Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.1, p.73-84, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Life expectancy, 2016**. Disponível em: www.who.int/gho