

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**Análise do perfil de gastos com medicamentos em um Hospital  
Universitário nos anos de 2010 e 2011**

Gabriele Bremm Machado  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Mariza Machado Klück

Porto Alegre  
2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Gabriele Bremm Machado

**Análise do perfil de gastos com medicamentos em um Hospital  
Universitário nos anos de 2010 e 2011**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como  
requisito para obtenção do Certificado de  
Especialização em Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Mariza Machado Klück

Porto Alegre

2012

## LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ABC – Activity-Base Costing

BI – “Business Intelligence”

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensações

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IG – Informações Gerenciais

MAC – Assistência Ambulatorial de Média e Alta Complexidade

MS – Ministério da Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

## LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 – Faturamento, número de internações, doses de medicamentos, gasto total e gasto médio por internação nos anos de 2010 e 2011.....	29
Tabela 2 – Pagador SUS e convênios/particulares nos anos de 2010 e 2011.....	30
Tabela 3 – Variação em porcentagem do aumento do gasto médio com medicamentos por internação nas clínicas nos anos 2010 e 2011.....	31
Tabela 4 – Porcentagem representativa dos gastos com medicamentos por clínicas nos anos de 2010 e 2011.....	31
Tabela 5 – Variação em porcentagem do custo por unidade de medicamentos dispensada por clínica do ano de 2010 para 2011.....	33
Tabela 6 – Ordem decrescente dos maiores gastos médios com medicações por internação nos anos 2010 e 2011.....	34
Tabela 7 – Ordem crescente dos menores gastos médios com medicações no período de 2010 e 2011.....	35
Tabela 8 – Gastos com internação e medicamentos na alta complexidade em 2010 e 2011.....	37
Tabela 9 - Gastos com internação e medicamentos na média complexidade em 2010 e 2011.....	38
Tabela 10 - Gastos com internação e medicamentos pagos através do FAEC/Estratégico em 2010 e 2011.....	38
Tabela 11 – Porcentagem representada por cada nível de complexidade no total das receitas obtidas com a internação nos anos de 2010 e 2011.....	39
Tabela 12 – Porcentagem de gastos médios com medicamentos representados por cada nível de complexidade nos anos de 2010 e 2011.....	40

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Classificação dos custos hospitalares totais.....	16
Figura 2 - Classificação dos custos hospitalares em fixos e variáveis.....	17

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
1.1 JUSTIFICATIVA.....	11
1.2 OBJETIVOS.....	12
<b>2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>14</b>
<b>3 REVISÃO TEÓRICA.....</b>	<b>15</b>
3.1 CUSTOS HOSPITALARES.....	15
<b>3.1.1 Metodologias para apuração de custos.....</b>	<b>17</b>
3.1.1.1 Custeio por absorção.....	18
3.1.1.2 Custeio direto ou variável.....	18
3.1.1.3 Custeio por atividades (ABC).....	18
3.2 CUSTOS COM MEDICAMENTOS.....	19
3.3 QUALIDADE ASSISTENCIAL.....	20
3.4 NÍVEIS DE COMPLEXIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE.....	24
<b>3.4.1 Financiadores do sistema de saúde brasileiro.....</b>	<b>25</b>
<b>3.4.2 Financiamento do Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>26</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>28</b>
4.1 RELAÇÃO ENTRE OS GASTOS MÉDIOS COM MEDICAÇÃO E O PAGADOR.....	28
4.2. DISTRIBUIÇÃO DOS GASTOS COM MEDICAÇÃO PELAS DIFERENTES SERVIÇOS.....	30
4.3 RELAÇÃO ENTRE GASTOS COM MEDICAMENTOS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA.....	36
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>46</b>

## RESUMO

Os custos com medicamentos representam um valor mais que substancial nas despesas das organizações de saúde. Conhecê-los, propicia desenvolver a qualidade assistencial e melhorar a eficiência dos serviços prestados com a redução de desperdícios. O presente estudo tem por objetivo analisar o perfil dos gastos com os medicamentos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos anos de 2010 e 2011. Para isso, foram empregados os sistemas de Aplicativos para Gestão Hospitalar (AGH) e de Informações Gerenciais (IG) utilizados no HCPA. Através da análise feita foi verificado que os gastos com medicamentos utilizam 11,5% da receita assistencial gerada pelo hospital. Ficou evidenciado, também, que os convênios médicos e particulares gastam, em média, mais com medicamentos do que o SUS (R\$ 390,42 e R\$ 290,39 respectivamente) por internação e que, quando comparado os níveis de complexidade, a média complexidade abrange a maior parcela dos custos com medicamentos (67%). Os resultados encontrados poderão ajudar o Hospital a aperfeiçoar a gestão da qualidade assistencial em futuras pesquisas.

Palavras-chave: Assistência hospitalar, Qualidade Assistencial, Custos hospitalares, Custos de medicamentos, Gestão em Saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

Os medicamentos têm sempre constituído um componente importante na vida do homem e das organizações sociais. Para o indivíduo, produzem curas, prolongam a vida e retardam o surgimento de complicações associadas às doenças, facilitando o convívio entre o sujeito e a sua enfermidade. Já nos serviços de saúde, são insumos que possuem um custo com implicações importantes nos orçamentos das organizações públicas e privadas.

Os gastos com medicamentos não param de aumentar em todo o mundo, com crescentes desigualdades entre os países. O mercado mundial, em 1996, já superava o valor de U\$ 250 milhões anuais, dos quais cerca de 7% correspondia a América Latina (VERNEGO, 1996 apud HERRERA, 2004).

O Brasil também não deixa a desejar; o mercado farmacêutico no país é um dos cinco maiores do mundo e, em 2001, as vendas atingiam 9,6 bilhões de dólares/ano (BRASIL, 2001a).

Esses gastos só tendem a aumentar, visto que a pirâmide populacional está em pleno processo de alargamento em seus segmentos superiores (SILVA, COSTA e TIBÉRIO, 2003). Esta tendência está resultando em um crescimento populacional da faixa com mais de 60 anos da população. Essa parcela de indivíduos que têm aumentado sua expectativa de vida é a principal clientela da assistência hospitalar, especialmente, a de alta complexidade. Ao viverem mais, as doenças crônicas e não

transmissíveis vão surgindo e são mais dependentes de cuidados assistenciais e de medicamentos por longos anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Quando se fala em despesas com medicamentos nos sistemas hospitalares esse panorama não é diferente. Esses gastos têm representado uma parcela mais que substancial dos custos das receitas geradas em todo o mundo.

Há uma tendência, a partir da década de 80, em se falar a respeito da qualidade da assistência nos serviços de saúde, tendo como foco principal as organizações hospitalares. Essa mobilização tem como objetivo desenvolver o modelo de gerenciamento e melhorar a eficiência dos serviços prestados com a redução de desperdícios (CAMACHO, 1998 apud GURGEL E VIEIRA, 2002). A partir disso, o parâmetro de qualidade vem se transformando e adquirindo novos conceitos.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) começa a se preocupar com esta questão em 1998. Mas somente em 2007, é lançada a Política Nacional de Qualidade Hospitalar, com o propósito de que as organizações possam avaliar seu desempenho e, posteriormente, aperfeiçoarem sua prestação de serviço. (BRASIL, 2007a).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) vem trabalhando com os conceitos de Qualidade Assistencial desde 1995. O conceito de Qualidade Assistencial adotado pelo hospital é “a melhor prática, com menor custo, para abranger o maior número de pacientes com a máxima equidade possível” (adaptado de Donabedian, 1985). Para ambos, o melhor termo a ser utilizado é o de custo-

benefício, quer dizer, o valor empregado deve ser o menor possível, desempenhando uma atividade de excelência com uma apropriada e justa distribuição do serviço à população.

O HCPA se caracteriza por ser um hospital público, geral e universitário e foi criado como Empresa Pública de Direito Privado pela Lei 5.604, de 2/9/1970, subordinada ao Ministério da Educação. Seu Estatuto foi aprovado e publicado em 1971 e, no ano seguinte, foi realizada a primeira consulta e a primeira internação. Em 1973, iniciaram-se as cirurgias e, no ano posterior, os transplantes. Ao longo de 40 anos de atividades, realizaram mais de 13 milhões de consultas, 750 mil cirurgias, 95 mil partos, 720 mil internações, 50 milhões de exames e 3,8 mil transplantes, além de inúmeras atividades de ensino e pesquisa. Por seu padrão de excelência, é nacionalmente reconhecido como referência em saúde e modelo de gestão bem sucedido. De acordo com dados de 2011, a capacidade operacional do HCPA é de 845 leitos; trabalham no Hospital 4.321 funcionários, 282 docentes da UFRGS, 338 médicos residentes e 1.645 estagiários. Atende praticamente todas as especialidades médicas em clínica geral, cirurgia, psiquiatria, ginecologia, obstetrícia e pediatria, sendo considerado um Hospital de excelência e de referência para diversas destas. Em 2011, o HCPA realizou 32.380 internações, 511.827 consultas ambulatoriais, 74.456 atendimentos de emergência, 2.779.951 exames, 40.232 procedimentos cirúrgicos e 3.778 partos. A taxa de ocupação foi de 89%, com uma média de permanência de 8,0 dias e um coeficiente de mortalidade de 5,1%. Sua clientela é formada, em sua grande maioria, por pacientes do SUS, a quem são

destinados: 97,6% dos partos, 94,9% das sessões terapêuticas, 91,8% das consultas, 89% dos exames, 88,4% das internações, 83,6% das cirurgias e 73,2% dos transplantes.

### 1.1 JUSTIFICATIVA

No HCPA, os gastos com medicamentos têm determinado despesas extremamente relevantes para o quadro da organização. Nos últimos cinco anos (2007-2011), o gasto médio com medicação dispensado por internação é de R\$ 309,71. Somente no ano de 2011 foram gastos R\$10.703.814,95 com medicamentos, o que representa 11,5% do faturamento com internações no período (Fonte: sistema IG do HCPA).

A Qualidade Assistencial tem um papel importante na análise do custo-benefício de uma Organização. É através da análise dos indicadores, criada a partir desse conceito, que se torna possível dimensionar os gastos com medicamentos dentro do HCPA.

Medir os gastos destinados às medicações se torna de vital importância, tendo em vista os altos valores aplicados em medicamentos pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre considerando que a Organização representa padrão de excelência em aproximadamente 60 serviços, promovendo a Qualidade Assistencial desde os procedimentos mais simples até os mais complexos.

Para Franco (2001, p.144), “em um hospital, o que dificulta determinação dos custos unitários dos procedimentos é a falta de informações processadas nas áreas em relação aos materiais e medicamentos”. No HCPA, os sistemas de Aplicativos para Gestão Hospitalar e de Indicadores para Gestão provêm um conjunto muito abrangente e confiável de dados, informações e indicadores, o que possibilita o insumo necessário para estas análises.

Por todos os fatores relatados, entende-se que conhecer os recursos destinados à medicação e a sua utilização em cada setor hospitalar é de suma importância para a tomada de decisão dos gestores. Levando em consideração que atualmente esses dados não são fontes de estudos na organização é que essa pesquisa se justifica. Esse trabalho traz como ponto de partida a seguinte questão: Como se caracterizam os gastos com medicamentos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre?

## 1.2OBJETIVOS

O presente estudo se propõe a analisar o perfil dos gastos com os medicamentos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos anos de 2010 e 2011, com os seguintes objetivos específicos:

- a) Verificar a relação entre os gastos médios com medicamentos em pacientes internados e o pagador (SUS, convênio ou particular);

- b) Analisar a distribuição de gastos com medicamentos nas diferentes serviços;
- c) Comparar o gasto com medicamentos nos diferentes níveis de complexidade das internações.

## 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo se caracteriza como sendo de caráter quantitativo, descritivo e sem intervenção.

A revisão da literatura foi complementada através de entrevistas informais com profissionais do HCPA responsáveis pela Comissão de Medicamentos, pela Farmácia e pela Análise de Custos.

Foram analisados os gastos com medicamentos de todas as 63.297 internações hospitalares ocorridas no HCPA no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011.

A coleta de dados foi realizada a partir de dados secundários retirados do sistema IG (Informações Gerenciais) e “BI” (Business Intelligence) do HCPA, através de planilhas Excell.

Foi elaborada uma análise descritiva dos dados e as possíveis relações com as variáveis de interesse dos objetivos específicos (pagador, serviço e complexidade).

As questões éticas referentes ao estudo serão minimizadas pela ausência nos dados adquiridos da identificação dos pacientes e da equipe de saúde envolvida.

O estudo dispõe de algumas limitações quanto aos dados obtidos, uma vez que são de origem secundária sem muita flexibilidade na coleta de dados.

### 3. REVISÃO TEÓRICA

#### 3.1 CUSTOS HOSPITALARES

A gestão dos custos hospitalares é a busca de metas por meio de práticas que favoreçam a melhor utilização dos recursos disponíveis (JACQUES, 2006). “É um instrumento de trabalho fundamental para a otimização das operações do hospital” (MARTINS, 2000, p.21).

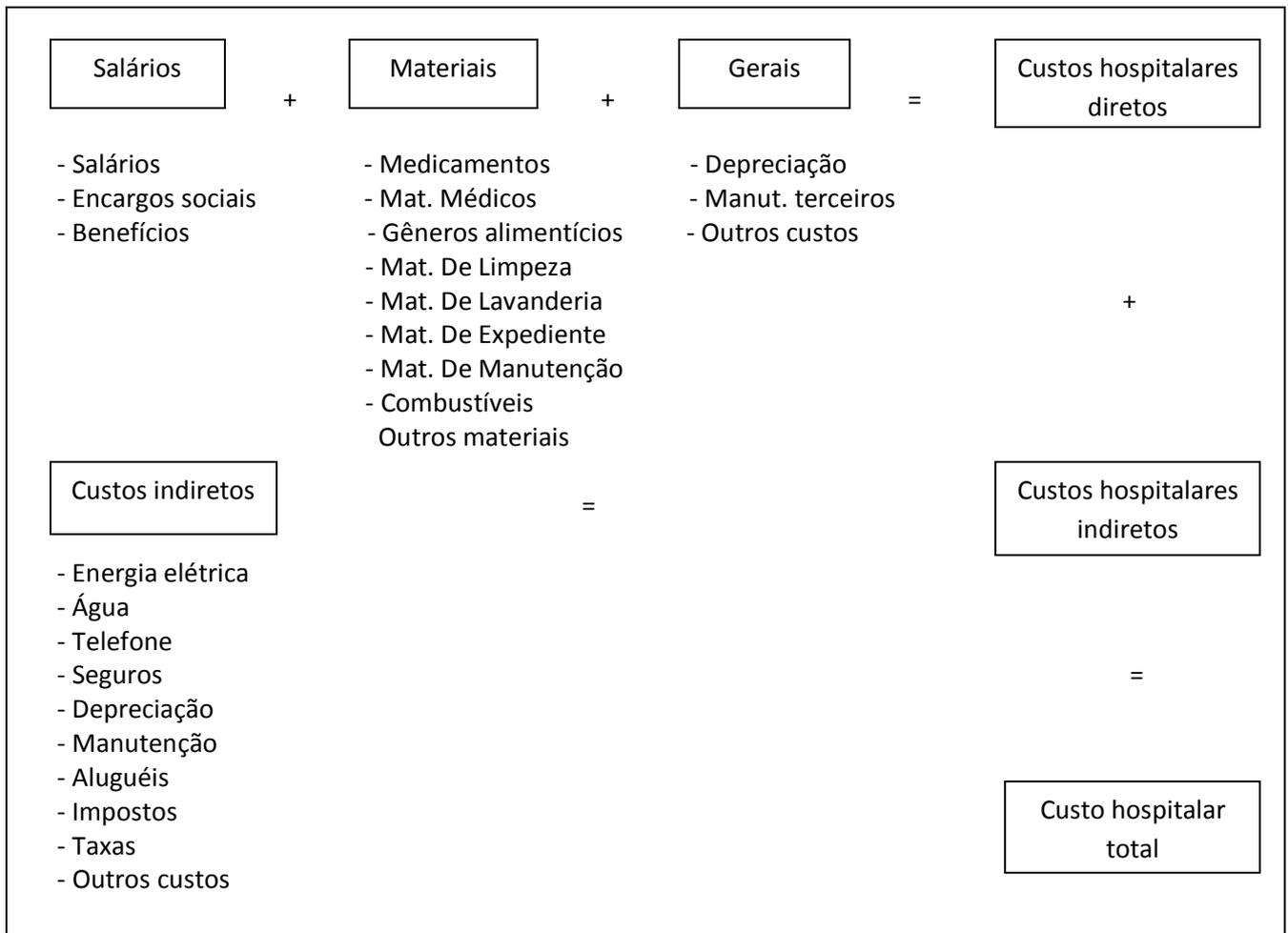
Por isso, a definição e análise dos custos hospitalares são de suma relevância para o processo administrativo da organização, além de servir como ferramenta gerencial na tomada de decisão das organizações hospitalares (FRANCO, 2001).

Martins (2000, p.23) define o conceito de custos hospitalares como “os gastos relativos a materiais e serviços utilizados na produção médica do hospital”. Já para Streb (2005) “é todo o gasto na organização que possibilita o seu funcionamento como prestador de serviço; todos os insumos de capitais bens ou serviços efetuados para a execução do processo de produção”.

Os custos, de modo geral, podem ser classificados em: custos diretos e custos indiretos quanto à forma de apropriação e custos fixos e custos variáveis quanto ao grau de variação do serviço oferecido (STREB, 2005).

Os custos hospitalares diretos correspondem à soma dos custos com salários, materiais e gerais (Figura 1); e, juntamente com os custos indiretos, representam os custos totais hospitalares.

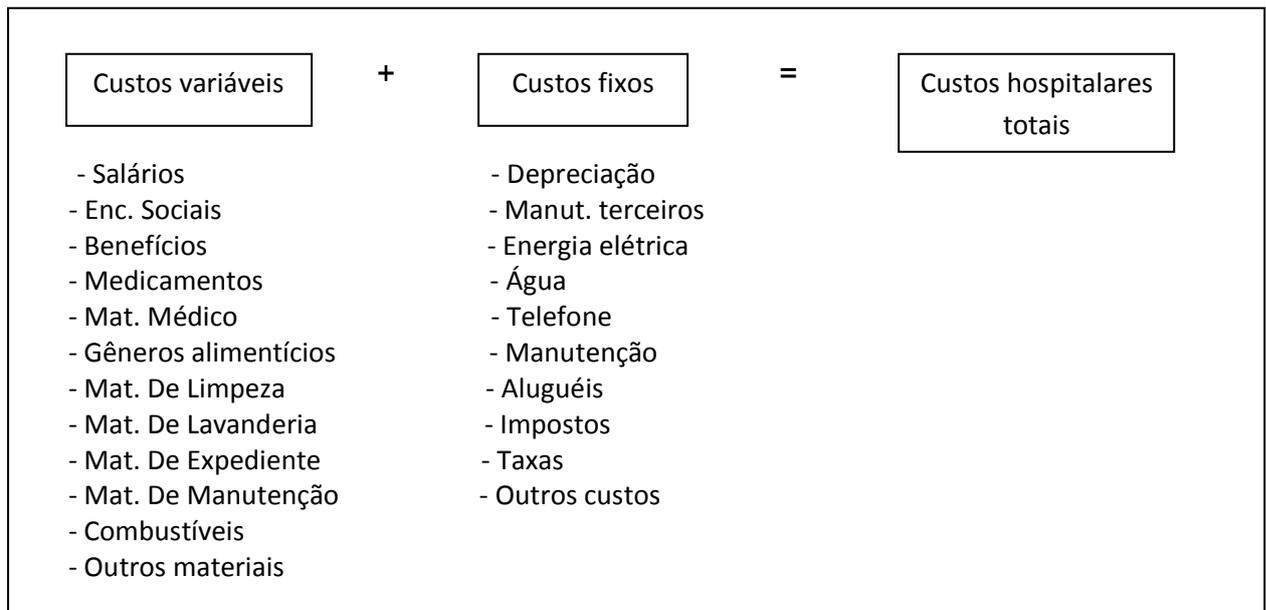
**Figura 1 - Classificação dos custos hospitalares totais**



Fonte: Martins (2000, p.24).

Já quanto a variação do serviço ofertado, os custos totais hospitalares representam a soma dos custos fixos e variáveis, conforme a figura 2.

**Figura 2 - Classificação dos custos hospitalares em fixos e variáveis**



Fonte: Martins (2000. p.26)

### 3.1.1 Metodologias para apuração de custos

A apuração dos custos é compreendida por três métodos descritos na literatura: custeio por absorção, custeio direto ou variável e custeio por atividades (ABC). Nem entre os autores mais renomados existe um consenso sobre a nomenclatura adotada para o nome dos métodos. Independente disso, essas são as metodologias mais utilizadas nas organizações de saúde, pois proporcionam indicadores e informações de extrema importância para a gestão dos seus custos. É bom ressaltar que esses métodos não são excludentes e podem ser utilizados ao mesmo tempo, cabendo às organizações definirem quais consideram e quais darão melhor resultado (BRASIL, 2006).

### 3.1.1.1 Custeio por absorção

O método de custeio por absorção integra todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos ou serviços finais, ou seja, todos os gastos utilizados para a prestação dos serviços são distribuídos para todos os serviços. Esse método apresenta algumas desvantagens na utilização gerencial ao longo do tempo, já que torna obscura a apropriação dos custos fixos e variáveis, sendo estes elementos importantes na apuração do custo final do serviço. No entanto, este é o único método aceito pela legislação brasileira e por isso, talvez seja o mais utilizado pelas organizações (BRASIL, 2006).

### 3.1.1.2 Custeio direto ou variável

O método de custeio direto ou variável tem como base a separação dos custos fixos e dos custos variáveis,

“sendo apropriado aos produtos e serviços somente os custos que variam com o seu volume de produção, uma vez que os custos fixos são considerados despesas do período, tendo seus valores alocados diretamente ao resultado” (BRASIL, 2006 apud MARTINS, 2001).

### 3.1.1.3 Custeio por atividades (ABC)

O método de custeio por atividade também conhecido como ABC (Activity-Base Costing) tem como princípio básico “tornar direto o maior número possível de

custos proporcionais e não proporcionais, por meio de direcionadores de custos” (BRASIL, 2006).

Esse sistema é apropriado para organizações complexas, nas quais os produtos consomem os recursos de forma bastante heterogênea. Algumas vantagens da sua utilização: melhora as decisões gerenciais, proporciona maior exatidão nos custos de produtos, determina os custos dos serviços, entre outros (BRASIL, 2006).

### 3.2 CUSTOS COM MEDICAMENTOS

A administração de medicamentos tem se destacado como um ponto crítico na gestão das unidades de saúde. Essa preocupação teve início na década de 90, principalmente nas unidades hospitalares que, desde então, têm desenvolvido técnicas de economia em saúde para avaliar as implicações dos custos com a farmacoterapia (PEREIRA, AREDA & GRECO, 2007). Os custos com medicamentos, nos hospitais, contemplam uma grande parcela das despesas que variam de 5% a 20% do total dos gastos das organizações (LIAROPOULOS; 1993; ROARK, 1993; RYAN, 1993 apud LUIZA, CASTRO, NUNES, 1999).

Admiti-se que “a oferta de produtos de qualidade, em quantidades adequadas, adquiridos por um preço razoável são aspectos-chave na viabilização das unidades de saúde” (LUIZA, CASTRO, NUNES, 1999).

Para Luiza, Castro e Nunes (1999), “essa variação pode estar relacionada ao tipo de serviço, nível de assistência e qualidade dos processos decisórios e do sistema de informações envolvendo medicamentos”.

Depois dos gastos com o quadro de recursos humanos, os maiores custos hospitalares se devem aos custos com medicamentos, materiais e equipamentos (GERSDOFF, 1980 apud LOURENÇO E CASTILHOS, 2006).

### 3.3 QUALIDADE ASSISTENCIAL

O termo qualidade possui muitas definições. Segundo o dicionário Aurélio (2011) corresponde a “superioridade; excelência em qualquer coisa”. Num sentido mais amplo temos ainda: “Propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas capaz de distingui-las das outras e de lhes determinar a natureza” (FERREIRA, 1986 apud BRASIL, 2007a).

No âmbito da saúde, Klück et al. (2002) estabelecem que o conceito de qualidade é complexo e depende de todas as suas dimensões, que devem ser especificada conforme o contexto, além do ponto de vista de quem a define.

No Brasil, o Ministério da Saúde começa a se preocupar com o termo “qualidade assistencial” em 1998, quando desenvolve o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) que se caracterizava por uma

pesquisa de satisfação do usuário de pronto socorro, ambulatório e internação. Esse programa foi aplicado nos anos de 2001 e 2002 e em 2004/2005 foi reformulado pelo MS com a finalidade de ampliá-lo para que pudesse ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde, passando a ser chamado de Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS (BRASIL, 2004).

Somente em 2007, é que o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Qualidade Hospitalar com o objetivo de:

“definir as dimensões que capturem a essência das unidades hospitalares para induzir movimentos de mudanças, melhorias, avanços e transformações, ou seja, **qualificar** com foco nas organizações que têm responsabilidade de atender o SUS” (BRASIL, 2007a).

Nessa Política, o MS utiliza os preceitos de Donabedian (1990b) para configurar o conceito de qualidade e aglutinar indicadores relacionados entre si capazes de avaliar essa determinação.

Avedis Donabedian (1919-2000), médico armênio nascido no Líbano, fez seu mestrado no curso de Administração de Serviços de Saúde e Epidemiologia em Harvard (1955), tendo exercido suas atividades nos Estados Unidos desde então. Em 1961 assumiu a liderança desta área na escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan, onde ficou até sua aposentadoria em 1989 (FRENK, 2000; MICHIGAN HISTORICAL COLLECTIONS, 2003).

Donabedian foi o principal expoente da área de Gestão em Saúde, tendo estabelecido os princípios fundamentais da Qualidade Assistencial. Publicou 8 livros, cerca de 50 artigos em periódicos e inúmeras palestras.

Em 1966, publicou um longo artigo intitulado “*Evaluating the quality of Medical care*”, introduzindo o conceito clássico dos componentes da avaliação da qualidade - Estrutura, Processo e Resultados – que permanece até hoje como paradigma da avaliação da qualidade assistencial (Donabedian, 1966).

Para Donabedian (1990b), o termo qualidade é alicerçado em sete atributos os quais ele denomina de pilares. São eles:

- **Eficácia:** capacidade da ciência médica de melhorar a qualidade de vida. É o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado as condições do indivíduo e mantidas constantes as demais circunstâncias.
- **Efetividade:** relação entre o benefício real oferecido e o benefício considerado ideal.
- **Eficiência:** medida obtida com a melhoria no estado de saúde com o menor custo empregado.
- **Otimização:** avaliação entre a maior melhoria no estado de saúde e o menor custo possível. Relação custo-benefício.
- **Aceitabilidade:** adaptação do cuidado às expectativas, desejos e valores dos pacientes e seus familiares. Ela depende da efetividade, eficiência, otimização, acessibilidade do cuidado, relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
- **Legitimidade:** confirmação da aceitabilidade do indivíduo quanto aos cuidados vistos pela sociedade.

- Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável do cuidado e dos seus benefícios entre os membros de uma população.

Conforme o mesmo autor, a avaliação da qualidade deve ser feita em três dimensões: estrutura, processo e resultado. Conceitualmente, temos as seguintes definições (BRASIL, 2007a):

- Estrutura: são as condições que proporcionam assistência à saúde. Como: recursos materiais, recursos humanos e características organizacionais.
- Processo: são as atividades que formam a assistência à saúde. São eles: diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção, educação ao paciente.
- Resultado: são as alterações atribuídas a assistência à saúde.

Donabedian teve o mérito de construir uma ponte entre o mundo acadêmico e a realidade social, isto é, entre a teoria e a prática. Um de seus pontos fortes foi o de introduzir, entre outras dimensões, a variável “custo”, entendendo que qualidade assistencial se alicerça nas melhores práticas, ao menor custo, ao maior número de pessoas, com equidade e respeitando os valores do paciente e da Sociedade. Entende o autor que o médico é o principal ordenador de despesas na área assistencial (prescrição, solicitação de exames, indicação de procedimentos, uso de equipamentos, órteses e próteses, entre outros) e tem, portanto, o dever de fazer uma utilização racional destes recursos, sem prejuízo para o tratamento do paciente (Donabedian, 1990a).

Para avaliar estas dimensões são definidos indicadores que “proporcionam as informações necessárias e mensuráveis para descrever tanto a realidade como as modificações devidas à presença do serviço ou assistência” (KLÜCK, 2002).

Na avaliação dos gastos com medicamentos são utilizados indicadores, tais como: custo médio por internação, participação dos gastos com medicamentos no custo total das internações, rateio do custo por Serviços médicas, percentual do faturamento comprometido com medicamentos, entre outros.

### 3.4 NÍVEIS DE COMPLEXIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

O modelo atual de organização na atenção à saúde está estruturado em três níveis hierárquicos: atenção básica, de média complexidade e de alta complexidade.

- Atenção básica: é considerado um elenco de procedimentos que “utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade” (BRASIL, 2009). Normalmente, esses procedimentos são prestados por Unidades de Saúde próximas as residências dos usuários e não requerem a internação do paciente. Exemplos de procedimentos: curativos, vacinas, consulta clínica ou ginecológica, hemoglicoteste, entre outros.
- Média complexidade: são compostos por “ações e serviços cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico” (BRASIL, 2009). São procedimentos realizados em clínicas médicas especializadas e/ou hospitais

e podem ou não necessitar da internação do paciente. Exemplos: cirurgias ambulatoriais especializadas, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, radiodiagnóstico, exames ultrassonográficos, próteses e órteses, anestesia, entre outros.

- Alta complexidade: corresponde ao conjunto “de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso e serviços qualificados” (BRASIL, 2009). São procedimentos realizados somente em hospitais que atendem esse segmento da atenção à saúde. São exemplos: diálise, cirurgias cardíacas, cirurgia bariátrica, tratamento de queimados, genética clínica, terapia nutricional, reprodução assistida, quimioterapia, radioterapia, hemoterapia, traumatologia-ortopedia, entre outros.

#### **3.4.1 Financiadores do sistema de saúde brasileiro**

O sistema de saúde brasileiro é financiado a partir de dois subsistemas: o público e o privado (BRASIL, 2011).

- O Sistema Único de Saúde (SUS): corresponde a um subsistema público no qual a prestação do serviço é gratuita para o indivíduo.
- Planos e seguros de saúde: corresponde a um subsistema privado no qual o serviço é prestado após um pré-pagamento. Podem ocorrer através de um vínculo empregatício ou pela pessoa física. Exemplos: Unimed, Bradesco, Golden Cross.

- Particulares: corresponde a um subsistema de modalidade privada na qual é feito um pagamento direto pelo serviço prestado sendo realizado por pessoas físicas.

### 3.4.2 Financiamento do Sistema Único de Saúde

O SUS custeia cinco blocos de financiamento. São eles: atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS.

Para fins de entendimento do trabalho, interessa apenas o primeiro e o segundo bloco de financiamento.

O financiamento da atenção básica é constituído por dois componentes:

- Piso de Atenção Básica (PAB Fixo): corresponde “ao custeio de ações de atenção básica à saúde” (PINTO, 2006).
- Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável): destina-se “ao custeio do conjunto de estratégias cujos recursos serão transferidos mediante adesão e implementação das ações a que se destinam” (PINTO, 2006).

No segundo bloco temos atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar que é formado por dois componentes:

- Limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC): é considerado o “financiamento dos procedimentos e incentivos

permanentes” (PINTO, 2006). São considerados todos os outros procedimentos que não são financiados pelo FAEC (BRASIL, 2007b).

- Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC): destina-se ao pagamento decorrente da execução de ações consideradas estratégicas. “De modo geral, esses procedimentos não possuem limites financeiros, sendo repassados os recursos da produção aprovada” (BRASIL, 2007b). Exemplos de ações estratégicas: ortodontia, patologia clínica especializada, radiodiagnóstico, hemodinâmica, terapia renal substitutiva, radioterapia, quimioterapia, ressonância magnética, medicina nuclear, radiologia intervencionista, tomografia computadorizada, cardiovascular, transplantes, deformações crânio faciais, gastroenterologia, cirurgia oncológica, entre outros (BRASIL, 2001b).

## 4. RESULTADOS

### 4.1 RELAÇÃO ENTRE OS GASTOS MÉDIOS COM MEDICAÇÃO E O PAGADOR

O HCPA, nos anos de 2010 e 2011, realizou 63.297 internações, tendo dispensado 6.745.537 doses de medicamentos, o que representou um gasto total de R\$19.602.482,32 em medicamentos nesse período com as internações com uma média de R\$309,70 por internação. E é com base nessas informações, utilizando os dados referentes aos gastos com medicamentos dentro da organização e as suas diferentes facetas, que este estudo está alicerçado.

No HCPA, coexistem três tipos de pagadores para os serviços ofertados: o Sistema Único de Saúde (SUS), os Convênios médicos e os Particulares. Nesse estudo foram analisados os gastos com medicamentos em que os pagadores serão divididos em dois grupos: SUS e Convênios médicos/particulares, que contemplam os objetivos propostos.

Os gastos médios com medicamentos durante as internações nos períodos analisados, 2010 e 2011, sofreram variações bastante significativas. No ano de 2010, o gasto médio com medicamentos por internação foi de R\$ 287,62 e no ano de 2011 foi de R\$ 330,83. Esse valor representa um aumento de 13,0% nos gastos, considerando todos os pagadores.

No entanto, têm-se dois dados bastante pertinentes. O primeiro refere-se à quantidade de doses de medicação dispensada que, nesse período, sofreu um aumento de 7,0% (de 3.258.781 para 3.486.756), e o segundo refere-se ao número de internações (de 30.943 para 32.354) que apresentou um acréscimo de 4,6%. Percebe-se que os aumentos entre a quantidade de medicação dispensada e o número de internações foram bem próximos, o que não representaria um aumento substancial nos valor médio gasto.

**Tabela 1 – Faturamento, número de internações, doses de medicamentos, gasto total e gasto médio por internação nos anos de 2010 e 2011.**

	2010	2011	Total
Faturamento com Internações (R\$)	81.423.617,17	87.663.058,57	169.086.675,74
Quantidade de Internações	30.943	32.354	63.297
Doses de Medicamentos	3.258.781	3.486.756	6.745.537
Gasto Total (R\$)	8.898.667,38	10.703.814,95	19.602.482,32
Gasto Médio/Internação (R\$)	288,43	330,98	309,71

Fonte: Sistema IG / HCPA

Quando o pagador é somente o SUS, a relação é bastante semelhante. No ano de 2010, o gasto médio com medicamentos foi de R\$ 280,45 e, em 2011, de R\$ 317,40. De um ano para o outro houve um aumento de 12,7% em relação ao gasto médio com medicamentos. No mês de novembro, tanto em 2010 quanto em 2011, houve o maior gasto médio de medicamentos por internação, sendo os valores de R\$ 367,26 e R\$ 380,35 respectivamente. O que se observa é que quando o pagador é convênios médicos/particulares esse fato não é comprovado.

Quando se analisam os gastos médios utilizando como pagador os convênios médicos/particulares percebe-se que houve um acréscimo de 27,6% no valor do gasto médio com medicamentos entre os anos de 2010 e 2011. No ano de 2010, a média do gasto correspondeu a R\$ 344,11, já no ano de 2011 esse valor chegou a R\$436,04. Ao contrário do que se demonstrou quando o pagador era o SUS, a porcentagem da média da quantidade de medicamentos dispensada nos anos de 2010 e 2011 foi inferior à porcentagem da média do número de internações, tendo como valores 3,50% e 5,22%, respectivamente.

**Tabela 2 – Pagador SUS e convênios/particulares nos anos de 2010 e 2011.**

	SUS	Convênios/Particulares
Faturamento com Internações (R\$)	119.864.242,77	49.170.998,61
Quantidade de Internações	56.141	7.150
Doses de Medicamentos	5.955.428	789.978
Gasto Total (R\$)	16.804.724,59	2.797.398,57
Gasto Médio/Internação (R\$)	299,39	390,42

Fonte: Sistema IG / HCPA

#### 4.2. DISTRIBUIÇÃO DOS GASTOS COM MEDICAÇÃO PELAS DIFERENTES SERVIÇOS

No âmbito hospitalar, as clínicas são divididas em: cirúrgica, médica, obstétrica, pediátrica e psiquiátrica. Em ambos os anos (2010 e 2011), o valor médio gasto por internação na clínica médica foi, sem dúvida, o maior entre as clínicas. Em segundo lugar, ficou a clínica pediátrica, depois a psiquiátrica, a

cirúrgica e, por fim, a obstétrica. Observa-se que em todas as clínicas houve um aumento no gasto médio por internação entre os anos de 2010 e 2011, como ilustra a tabela 3, abaixo:

**Tabela 3 – Variação em porcentagem do aumento do gasto médio com medicamentos por internação nas clínicas do ano de 2010 para 2011**

Clínica	Valor médio gasto/internação (R\$) 2010	Valor médio gasto/internação (R\$) 2011	Porcentagem (%)
Médica	458,94	542,27	18,2
Pediátrica	335,09	352,36	5,2
Psiquiátrica	248,01	256,65	3,5
Cirúrgica	141,70	148,11	4,5
Obstétrica	26,76	32,69	22,2
Total	288,43	330,98	

Fonte: Sistema IG / HCPA

**Tabela 4 – Porcentagem representativa dos gastos com medicamentos por clínicas nos anos de 2010 e 2011.**

Clínicas	Média dos gastos com Medicamentos 2010 e 2011	Porcentagem (%)
Médica	9.936.723,44	51
Pediátrica	2.100.916,93	11
Cirúrgica	1.844.630,58	9
Obstétrica	205.094,18	1
Psiquiátrica	163.209,72	1
Total	19.602.482,32	100

Fonte: Sistema IG / HCPA

A tabela acima mostra o quanto os gastos com medicamentos de cada clínica representam nos gastos totais com medicamentos. A clínica médica é a que possui valores com maior relevância, 51%, seguido da pediátrica com 11%, psiquiátrica com 9%, e, por fim, a cirúrgica e a obstétrica com apenas 1% cada uma.

Se utilizarmos a variação do aumento entre os anos de 2010 e 2011, temos outra ordem de classificação. A clínica obstétrica, que ficou no quarto lugar nos gastos médios com medicamentos entre as clínicas, foi a que teve o maior aumento do gasto médio de um ano para o outro 22,2%, depois vem a clínica médica com um acréscimo de 18,2%; a pediátrica com um crescimento de 5,2%, a cirúrgica com 4,5% e, por fim, a psiquiátrica com 3,5%.

O valor médio por unidade de medicação dispensada aumentou 11,1% de 2010 para 2011 (de R\$ 2,73 para R\$ 3,07). A clínica pediátrica foi a que apresentou maior valor unitário por medicação, R\$ 4,24 em 2010 e R\$ 4,84 em 2011. Já a clínica que mostrou menor valor unitário nos anos de 2010 e 2011 foi a obstétrica, R\$ 0,74 e R\$ 0,95, respectivamente. A clínica cirúrgica foi a única que sofreu redução no valor unitário da medicação, de R\$ 1,73 em 2010 para R\$ 1,67 em 2011. A tabela abaixo mostra em porcentagem a variação do valor médio por unidade de medicação dispensada por clínica no HCPA.

**Tabela 5 – Variação em porcentagem do custo por unidade de medicamentos dispensados por clínica do ano de 2010 para 2011.**

Clínicas	Valor por unidade de medicação dispensada <b>2010</b>	Valor por unidade de medicação dispensada <b>2011</b>	Porcentagem (%)
Pediátrica	4,24	4,84	12,5
Médica	3,13	3,73	13,2
Obstétrica	0,74	0,95	22,6
Psiquiátrica	0,86	0,95	9,0
Cirúrgica	1,73	1,67	-3,4
Média	2,73	3,07	11,1

Fonte: Sistema IG / HCPA

As cinco Clínicas são divididas em diferentes serviços, representadas no HCPA por 38 serviços. Destes, serão utilizados no estudo os 34 serviços que possuem dados com maior relevância. São elas: cardiologia, cirurgia vascular, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular periférica, coloproctologia, dermatologia, emergência, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia e obstetrícia, hematologia clínica, infectologia, mastologia, medicina intensiva, medicina interna, nefrologia, neonatologia, neurologia, oftalmologia, oncologia, oncologia pediátrica, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, psiquiatria, psiquiatria da infância e adolescência, reumatologia, tratamento da dor e urologia.

Os Serviços de Fisiatria e Reabilitação, Anestesia, Medicina Ocupacional e Nutrologia foram excluídos deste estudo por não serem considerados de magnitude,

já que cada um deles apresentou menos de 50 internações considerando a soma dos anos de 2010 e 2011.

Nos anos de 2010 e 2011, foram verificados os maiores gastos médios com medicamentos por internação, variando de serviço, conforme a tabela:

**Tabela 6 – Ordem decrescente dos maiores gastos médios com medicações por internação nos anos 2010 e 2011.**

Ordem	Serviços	Valor médio gasto/internação (R\$) 2010	Serviços	Valor médio gasto/internação (R\$) 2011
1º	Nefrologia	2.318,38	Nefrologia	3.248,83
2º	Hematologia Clínica	1.645,73	Hematologia Clínica	2.953,17
3º	Reumatologia	1.552,68	Gastroenterologia	1.126,28
4º	Gastroenterologia	1.130,46	Reumatologia	1.082,28
5º	Pneumologia	869,45	Oncologia Pediátrica	863,06

Fonte: Sistema IG / HCPA

Nesse mesmo período, os menores gastos médios com medicamentos variam por serviço e têm-se:

**Tabela 7 – Ordem crescente dos menores gastos médios com medicações no período de 2010 e 2011.**

Ordem	Serviços	Valor médio gasto/internação (R\$)	Serviços	Valor médio gasto/internação (R\$)
		2010		2011
1º	Mastologia	13,01	Mastologia	8,28
2º	Cirurgia Plástica	21,99	Cirurgia Pedriátrica	32,21
3º	Oftalmologia	25,16	Ginecologia e Obstetrícia	32,69
4º	Ginecologia e Obstetrícia	26,76	Otorrinolaringologia	33,91
5º	Cirurgia Pediátrica	29,53	Oftalmologia	55,47

Fonte: Sistema IG / HCPA

Quando relacionada à quantidade de medicação dispensada, no ano de 2010, temos em primeiro lugar a medicina interna com 597.509 medicações dispensadas, seguida da hematologia clínica com 229.665 e da nefrologia com 192.706. No ano de 2011, há um comportamento semelhante, em primeiro lugar continua a medicina interna com 622.941 medicações dispensadas, depois a nefrologia com 281.165 e a emergência com 241.489. A hematologia clínica que em 2010 ficou em segundo lugar na quantidade de medicações dispensadas; no ano de 2011, ficou apenas em quarto lugar.

No valor de medicamento dispensado por serviço, verifica-se que a ordem decrescente de gastos permanece inalterada de 2010 para 2011. O serviço de nefrologia fica em primeiro lugar com R\$ 1.140.643,12 no primeiro ano e R\$

2.131.232,03 no ano seguinte, seguida pela hematologia clínica com R\$ 1.064.788,36 e R\$ 1.606.525,07, respectivamente e, por fim, a medicina interna com R\$ 1.039.660,20 em 2010 e R\$ 1.107.718,28 em 2011.

Quando observados os serviços com maiores quantidades de internações, têm-se a mesma ordem de classificação: em primeiro lugar a emergência com 5.263 internações em 2010 e 6.354 internações em 2011, depois ginecologia e obstetrícia com 4.641 e 4.951, respectivamente; e medicina interna com 3.057 em 2010 e 2.555 em 2011.

#### 4.3 RELAÇÃO ENTRE GASTOS COM MEDICAMENTOS E NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA

Os níveis de complexidade da assistência hospitalar dispõem de custos distintos. Com relação ao gasto com medicamentos não poderia ser diferente.

Na alta complexidade, nos anos de 2010 e 2011, foram gastos R\$72.241.199,16 do total de 8.639 internações correspondendo a um valor médio de R\$8.356,25 por internação. Ainda, no mesmo nível de complexidade, no mesmo período, foram gastos R\$5.095.828,96 com medicamentos, o que representou um valor médio de R\$590,11 por internação. Nesse período, o gasto com medicamentos significou respectivamente 7,2% e 6,9% do valor total recebido com as internações nesse nível de complexidade.

Tabela 8 – Gastos com internação e medicamentos na alta complexidade em 2010 e 2011.

<b>Alta Complexidade</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Total</b>
Valor total da conta (R\$)	33.696.557,25	38.544.641,91	72.241.199,16
Quantidade de internações	4.082	4.557	8.639
Valor médio da conta (R\$)	8.254,91	8.458,34	8.356,25
Valor gasto com medicamentos (R\$)	2.426.815,38	2.669.013,58	5.095.828,96
Valor médio do gasto com medicamento (R\$)	594,52	585,70	590,11

Fonte: Sistema IG / HCPA

Quando se trata da média complexidade têm-se valores maiores ainda. Nesse mesmo período, foram alocados R\$82.263.105,92 em 46.716 internações. O valor médio de cada internação foi de R\$1.760,79. Em relação aos gastos com medicamentos, o custo foi de R\$19.077.558,10 e o gasto médio com cada medicação de R\$408,40. No ano de 2010, foram gastos 22,9% com medicamentos considerando o total da receita obtida com as internações. Já no ano de 2011, essa porcentagem teve um aumento, passando a 23,5% dos gastos com medicamentos.

Tabela 9 - Gastos com internação e medicamentos na média complexidade em 2010 e 2011.

<b>Média Complexidade</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Total</b>
Valor total da conta (R\$)	41.847.570,67	40.415.535,25	82.263.105,92
Quantidade de internações	23.621	23.095	46.716
Valor médio da conta (R\$)	1.771,63	1.749,97	1.760,79
Valor gasto com medicamentos (R\$)	9.575.478,61	9.502.079,49	19.077.558,10
Valor médio do gasto por medicamento (R\$)	405,38	411,43	408,40

Fonte: Sistema IG / HCPA

Quando o custo é por FAEC/Estratégico, verifica-se o montante de R\$ 70.794.622,41 em apenas 2.794 internações. Isso representou um valor médio por internação de R\$ 25.338,09 Já os gastos com medicamentos foram de R\$ 4.165.059,93 correspondendo a um valor médio de R\$2.962,91 por medicamento utilizado nesse período. Nos anos de 2010 e 2011, o dispêndio com medicamentos significou 9,8% e 13,5%, respectivamente, do valor arrecadado com as internações.

Tabela 10 - Gastos com internação e medicamentos pagos através do FAEC/Estratégico em 2010 e 2011

<b>FAEC/Estratégico</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Total</b>
Valor total da conta (R\$)	34.436.021,51	36.358.600,90	70.794.622,41
Quantidade de internações	1.334	1.460	2.794
Valor médio da conta (R\$)	25.814,11	24.903,15	25.338,09
Valor gasto com medicamentos (R\$)	3.404.654,68	4.925.465,18	4.165.059,93
Valor médio do gasto por medicamento (R\$)	2.552,21	3.373,61	2.962,91

Fonte: Sistema IG / HCPA

No caso da baixa complexidade (PAB), temos apenas o valor recebido pelo serviço prestado, uma vez que, nesse caso, não existe a internação do paciente e o valor gasto com medicação não é calculado separadamente. No ano de 2010, arrecadou-se R\$ 215.139,34 e no ano de 2011, R\$ 215.620,53 com procedimentos de baixa complexidade.

**Tabela 11 – Porcentagem representada por cada nível de complexidade no total das receitas obtidas com a internação nos anos de 2010 e 2011.**

Níveis de Complexidade	Média das receitas obtidas com internação (R\$) 2010 e 2011	Porcentagem (%)
Alta Complexidade	36.120.599,58	32
Média Complexidade	41.131.552,96	37
FAEC/Estratégico	35.397.311,21	31
Baixa Complexidade (PAB)	215.379,94	0
Total	112.864.843,69	100

Fonte: Sistema IG / HCPA

A tabela acima mostra a porcentagem das receitas obtidas com internação por níveis de complexidade hospitalares. Observa-se que a média complexidade é a que representa a maior receita obtida, com 37% nas internações hospitalares. Depois, vem a alta complexidade com 32%, seguida do FAEC/Estratégico com 31%. E, por fim, a baixa complexidade que não possui representatividade na obtenção das receitas com internação no hospital.

**Tabela 12 - Porcentagem de gastos médios com medicamentos representados por cada nível de complexidade nos anos de 2010 e 2011.**

Níveis de Complexidade	Média dos gastos com medicamentos (R\$) 2010 e 2011	Porcentagem (%)
Alta Complexidade	2.547.914,48	18
Média Complexidade	9.538.779,05	67
FAEC/Estratégico	2.082.529,97	15
Baixa Complexidade (PAB)	0	0
Total	14.169.223,50	100

Fonte: Sistema IG / HCPA

A tabela acima apresenta o percentual de gastos com medicamentos por níveis de complexidade hospitalares. A média complexidade é a que evidencia gastar mais com medicamentos, com um valor de 67%. Já a alta complexidade e o FAEC/Estratégico vêm bem atrás com valores de 18% e 15%, respectivamente. Os valores gastos com medicações na baixa complexidade não são computados pelo hospital, por esse motivo estão indicados na tabela com o valor zero.

## 5. DISCUSSÃO

### A- Relação com pagador

Corroborando os autores consultados (VERNEGO, 1996 apud HERRERA, 2004; BRASIL, 2001a; SILVA, COSTA e TIBÉRIO, 2003), o gasto com medicamentos representa uma parcela relevante dos custos do HCPA, consumindo em 2010 e 2011, respectivamente, 10,9% e 12,2% do faturamento assistencial. Liaropoulos (1993); Roark (1993); Ryan (1993) apud Luiza, Castro, Nunes (1999), ainda confirmam que esses custos “variam de 5% a 20% do total dos gastos”.

O gasto médio com medicamentos por internação, em 2010, foi de R\$ 288,43, já em 2011 esse valor se elevou para R\$ 330,98. De um ano para o outro o acréscimo em reais foi de R\$ 43,21, o que representa 13% nos gastos. Esse aumento dos gastos pode estar relacionado, provavelmente, ao reajuste anual no preço dos medicamentos e não propriamente ao aumento da quantidade dispensada. Um ponto que ainda deve ser considerado é a incorporação de novos medicamentos de maior custo, o que deve ser analisado com muita cautela por parte dos hospitais, já que esse aumento sempre deve ser considerado mesmo que as outras variáveis como a quantidade de medicação dispensada e o número de internações não tenham tido alterações significativas com o passar dos anos.

Nas internações dos SUS, percebe-se que a média dos gastos com medicamentos, nos anos de 2010 a 2011, foi de R\$ 299,39, já a média dos gastos com medicamentos com as internações de convênios ou particulares, nesse mesmo período, foi de 390,42. Esses valores permitem presumir que as internações de convênios ou particulares gastam proporcionalmente mais com medicação do que aquelas pagas pelo SUS, possivelmente devido à maior disponibilidade de recursos. Embora as regras do HCPA para prescrição e dispensação de medicamentos, definidas pela Comissão de Medicamentos do HCPA, sejam as mesmas para todos os pacientes, quando se trata do procedimento de quimioterapia, a prescrição para pacientes do SUS é feita a partir de protocolos pré-definidos, não sendo ressarcidos os valores dispendidos com medicamentos de muito alto custo, não previstos nestes protocolos (como, por exemplo, o Rituximabe). Já para pacientes de convênios e particulares, a prescrição de quimioterápicos é livre, permitindo a utilização destas drogas. Talvez essa seja a razão do maior gasto médio com medicamentos dos convênios e particulares.

#### B- Relação com serviços

Os serviços da clínica médica gastam disparados mais com medicamentos, (51%), já os serviços das áreas de pediatria e cirúrgica gastam 11% e 9% respectivamente. Essa grande diferença entre a primeira clínica e as demais pode

ser atribuída por serem os medicamentos o principal arsenal terapêutico dessa clínica.

Os serviços que apresentam maiores gastos com medicamentos por internação são a nefrologia com R\$ 2.318,38 em 2010 e R\$ 3.248,83 em 2011, seguido da hematologia clínica com R\$ 1.645,73 em 2010 e R\$ 2.953,17 em 2011. Isso é explicado por serem os serviços que apresentam a maior complexidade diagnóstica e terapêutica.

Quando a relação é inversa, ou seja, os serviços que gastam menos com medicamentos por internação têm a mastologia com R\$13,01 em 2010 e 8,28 em 2011, seguido da cirurgia plástica em 2010 com R\$ 21,99 e em 2011 a cirurgia pediátrica com R\$ 32,21.

Os maiores números de internações ficam por conta do serviço de emergência que em 2010 teve 5.263 internações e em 2011 teve 6.354 internações. E depois o serviço de ginecologia e obstetrícia com 4.641 em 2010 e 4.951 em 2011. O que é possivelmente explicado, pois o serviço de emergência engloba casos mais graves e complexos e, ainda, porque na organização hospitalar esse serviço é utilizado como porta de entrada para a assistência. Já o elevado número de internações no serviço de ginecologia e obstetrícia é facilmente explicado pelo número de nascimentos ocorridos no hospital nesse período.

### C- Relação com complexidade

Quando dividimos a assistência hospitalar em níveis de complexidade, observa-se que a alta complexidade é responsável por 8.639 internações e a média complexidade por 46.716, nos anos de 2010 e 2011. Esses números mostram que a grande maioria das internações do hospital está na média complexidade, ou seja, muitas dessas internações talvez pudessem ser evitadas se as doenças relacionadas a elas tivessem sido tratadas antes de evoluírem.

O valor médio de cada internação também varia bastante entre os níveis da assistência. Na alta complexidade, nos anos de 2010 e 2011, o custo médio por internação foi de R\$ 8.356,25, na média complexidade esse valor foi de R\$ 1.760,79 e no FAEC foi de R\$ 25.338,09. Esse dado revela que os procedimentos e exames utilizados na internação na modalidade FAEC são de maiores custos, possivelmente, porque conforme Brasil (2007b) é nesse nível que estão englobados os serviços e procedimentos de maiores custos dentro do hospital, como por exemplo, o serviço de oncologia e o procedimento de diálise.

A média complexidade representa a maior a maior receita obtida das internações hospitalares, com 37%, seguido da alta complexidade com 32% e, por fim, do FAEC com 31%. Isso pode ser explicado, pois a média complexidade é a que possui um número muito maior de internações, se comparado com as outras complexidades. Fato que também que explica porque a média complexidade apresenta 67% dos gastos com medicamentos no HCPA.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo procuramos descrever o perfil de gastos com medicamentos no HCPA, relacionando esta variável com os diferentes pagadores, serviços e níveis de complexidade da atenção hospitalar atingindo por completo os objetivos propostos.

Esse trabalho teve uma grande limitação que impossibilitou maiores discussões a respeito dos dados coletados que foi a completa inexistência de bibliografia que abordasse esse tema. Isso revela que estudos como esse são desconhecidos ou, pelo menos, não divulgados pelas organizações hospitalares.

Entendemos que, apesar de dessa e outras limitações inerentes a este estudo como o tempo e a ausência de análises estatísticas os objetivos propostos foram atendidos e que este trabalho poderá contribuir para a gestão da qualidade assistencial no Hospital.

Novas e mais aprofundadas análises são necessárias, mas as informações aqui registradas permitem o HCPA conhecer melhor os seus gastos e podem ser úteis como um ponto de partida sólido para futuras pesquisas e análises de possíveis mudanças por parte da organização.

Cada vez mais, os assuntos relacionados à qualidade assistencial e os gastos hospitalares começarão a serem abordados, já que são temas bastante pertinentes e que possibilitam as organizações conhecerem melhor seus custos e, assim, poderem aperfeiçoar seus serviços.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AURÉLIO. Dicionário on line. Disponível via internet WWW. URL: <http://74.86.137.64-static.reverse.softlayer.com/>. Arquivo capturado em 15 de dezembro de 2011.

BEULKE, R.; BERTÓ, D. J. **Gestão de custos e resultados na saúde**: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres. São Paulo: Saraiva, 1997. 192p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. n. 25 39p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Portaria n.º 627/GM, de 26 de abril de 2001b. Dispõem sobre o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensações – FAEC. Disponível na internet via WWW. URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>. Arquivo capturado em 05 de junho de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 69 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos**: Manual técnico de custos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p.: il (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação de Atenção Hospitalar. **Termo de Referência da Qualidade Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 45p. (Documento aprovado pelo Grupo de Trabalho sobre Política de Qualidade dos Serviços Hospitalares no âmbito do SUS - Portaria No 2.468 / GM de 13 de outubro de 2006).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007b. v.9 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2011. n.12 148p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS).

CAMACHO, J.L.T. **Qualidade total para os serviços de saúde**. São Paulo: Nobel, 1998.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**. Milbank Memorial Fund Quartely, v.41, n.3, p.166-203, 1966.

DONABEDIAN, A. **The epidemiology of Quality**. *Inquiry*. v. 22, n. 3, p.282-292, 1985.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Arch Pathol Lab Med. Medline. v.114, n. 11, nov., p.1115-1118, 1990a.

DONABEDIAN, A. **Quality and cost: choices and responsibilities.** J Occup Med. v.32, n.12, p.1167-1172, 1990b.

FALK, J. A. **Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações.** São Paulo: Atlas, 2001. 163p.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FRANCO, J. C. Q. Diagnóstico e análise de custos e resultados. **Gestão financeira em saúde: remuneração e custos.** Porto Alegre: Dacasa, 2001. p. 113-145.

FRENK, J. **Avedis Donabedian: Obituary.** Bulletin of the World Health Organization. v.78, n.12, 2000.

GASTAL, F.L. **Controle estatístico de processo: um modelo para a avaliação da qualidade de serviços de internação psiquiátrica.** Tese de Doutorado: UNIFESP-EPM/SP, São Paulo, 1995.

GERSDOFF, R.C.J. **Contabilidade de custos hospitalares no Brasil: qual seria um sistema prático, simples e eficaz.** Vida Hosp. n. 3, p.116-23, 1980.

GURGEL JÚNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

HERRERA, M. M. C. **Farmacoeconomía. Eficiencia y uso racional de los medicamentos.** Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. Braz. J. Pharm. Sci.v. 40, n. 4, out./dez., p 445- 453, 2004.

JACQUES, J. E. **Gestão Hospitalar: os custos médicos assistenciais**. São Leopoldo: Editora UNISINOS, 2006. 155p.

KLÜCK, M. et al. **A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores**. Revista de Administração em Saúde. v. 4, n.16, Jul-Set., p. 27-32, 2002.

LIAROPOULOS, L. L. **Cost savings through technological change in the administration of antibiotics**. International Journal of Technology Assessment in Health Care, n. 9, p. 580-587, 1993.

LOURENÇO, K. G.; CASTILHO, V. **Classificação ABC dos materiais: uma ferramenta gerencial de custos em enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 59, n. 1, jan-fev., p. 52-55, 2006.

LUIZA, V. L.; CASTRO, C. G. S. O.; NUNES, J. M. **Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. v. 15, n. 4, out-dez., p. 769-776, 1999.

MARTINS, D. **Custos e orçamentos hospitalares**. São Paulo: Atlas, 2000. 165p.

MICHIGAN HISTORICAL COLLECTIONS. **Avedis Donabedian papers, Biography**. Bentley Histocal LibraryIn: University of Michigan, 2003. Disponível na internet via WWW. URL: <http://quod.lib.umich.edu/b/bhlead/umich-bhl-03136?rgn=main;view=text>. Arquivo capturado em 10 de agosto de 2012.

PEREIRA, L. R. L.; AREDA, C. A.; GRECO, K. V. **A Importância da Farmacoeconomia na Gestão da Saúde Hospitalar**. Revista Racine 101, nov-dez, 2007. Disponível na internet via WWW. URL: <http://www.racine.com.br/portal->

racine/setor-hospitalar/gestao-hospitalar/a-importancia-da-farmacoeconomia-na-gestao-da-saude-hospitalar Arquivo capturado em 10 de janeiro de 2012.

PINTO, E. A. Financiamento do SUS. 2006. Disponível na Internet via WWW. URL: [uhttp://www.conasems.org.br/cosems/mt/documentos/FinanciamentoSUSElizabeth.pdf](http://www.conasems.org.br/cosems/mt/documentos/FinanciamentoSUSElizabeth.pdf). Arquivo capturado em 01 de junho de 2012.

ROARK, M. **Slowing rate of cost increases in the pharmacy.** Hospitals. 67:56, 1993.

RYAN, B. A. **The rising cost of pharmaceuticals:** An industry observer's perspective. American Journal of Hospital Pharmacy, 50:S3-S4, 1993.

SARACENO B; LEVAV I. **La Evaluación de Servicios de salud Mental en la Comunidad:** In: temas de Salud mental en la Comunidad. Washington, D.C.: OPS/PALTEX n.19 p. 56-77, 1992.

SILVA, E. P. S.; COSTA, P. S.; TIBÉRIO, C.S.B. **Gestão Estratégica de Custos: Estudo de Caso Aplicado A Hospitais Universitários.** Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.intercostos.org/documentos/075.pdf> Arquivo capturado em 20 de dezembro de 2011.

STREB, F. G. **Estudo da Relação Custo/Receita do Pronto Atendimento Unimed na cidade de Canoas.** 2005. Monografia (Especialista em Gestão em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

VERNEGO, M.J. **Control oficial de medicamentos.** Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud. v. 2, p. 13-53, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde/** World Health Organizations; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.