

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**ANÁLISE DA GESTÃO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
A PARTIR DO PENSAMENTO COMPLEXO**

Elisa Brust Rieck

Porto Alegre, 2008

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**ANÁLISE DA GESTÃO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
A PARTIR DO PENSAMENTO COMPLEXO**

Dissertação apresentada por Elisa Brust
Rieck para obtenção do GRAU DE
MESTRE em Ciências Farmacêuticas

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Mayorga Borges

II

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, em nível de Mestrado – Gestão da Assistência Farmacêutica – da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 17.09.2008, pela Banca Examinadora constituída por:

Prof. Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dr. Denise Bueno

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Edson Perini

Universidade Federal de Minas Gerais

R548a Rieck, Elisa Brust
Análise de gestão estadual da assistência farmacêutica a partir do pensamento complexo / Elisa Rieck Porto Alegre, UFRGS, 2008. - 144p.: il., graf., tab.

Dissertação (mestrado). UFRGS. Faculdade de Farmácia. Curso de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

1. Serviços de Assistência Farmacêutica. 2. Teoria de Sistemas. 3. Modelos Teóricos. 4. Sistema Único de Saúde. I. Mayorga Borges, Paulo Eduardo. II. Título.

CDU 615.1

Bibliotecária responsável

Geisa Costa Meirelles CRB 10/1110

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho,

Ao Kurt, companheiro de todas as horas, pelo amor, compreensão, diálogo e incentivo. Depois de quase trinta anos de convívio, continuo dizendo que é muito bom estar do teu lado. Hoje é bem melhor do que ontem e amanhã será ainda melhor.

À Mariana e ao Matheus, no desejo que a vivência participativa desta caminhada, possa ser um incentivo para o futuro de vocês dois.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Paulo Mayorga, pela capacidade de instigar, dialogar e dar liberdade de investigação.

Ao Ministério da Saúde, que proporcionou este mestrado profissional.

Ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), pelo convite de fazer parte do projeto SUSGESTÃO, em especial a pessoa do Secretário Executivo Jurandi Frutuoso, na época Presidente do CONASS, pela autorização a disponibilização e utilização dos dados levantados.

À Lore Lamb, ao José Miguel do Nascimento Júnior e à Maria José Sartório que comigo construíram o instrumento de coleta de dados, realizaram as visitas aos Estados estudados e a coleta de dados.

Às chefias da Divisão de Vigilância Sanitária (DVS) e direção do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/SES/RS) pela liberação à realização deste mestrado profissional e incentivo à qualificação do seu quadro técnico.

Aos colegas de trabalho do setor de medicamentos da DVS/CEVS, pela compreensão, e em especial à Vânia Biffignandi, sempre parceira de discussão.

Ao Kurt e a Mariana, pelas revisões do texto e por se disponibilizarem a acompanhar os caminhos do meu pensamento.

À Geisa, pela revisão bibliográfica cuidadosa deste trabalho.

E, por fim, a todos trabalhadores da assistência farmacêutica que dialogaram comigo ao longo destes anos e que acreditam numa ressignificação deste campo de atuação.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	VII
LISTA DE TABELAS	VIII
LISTA DE QUADROS.....	IX
LISTA DE FIGURAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	XI
RESUMO	XIII
ABSTRACT	XIV
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS.....	4
2.1 Objetivo geral.....	4
2.2 Objetivos específicos.....	4
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	6
3.1 Gestão Estadual da Assistência Farmacêutica.....	7
3.2 Conceitos de Assistência Farmacêutica	11
3.3 A Assistência Farmacêutica como sistema	14
3.4 O pensamento complexo	18
3.5 O conceito de <i>Habitus</i>.....	22
4 MATERIAIS E MÉTODOS	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 Análise dos conceitos de assistência farmacêutica.....	31
5.2 Caracterização da amostra	37
5.3 Indicadores de gestão da assistência farmacêutica na amostra.....	45
5.3.1 Gerenciamento.....	46
5.3.1.1 Estrutura Organizacional e Planejamento	46
5.3.1.2 Recursos Financeiros.....	48
5.3.1.3 Interface com os Setores da SES.....	49
5.3.1.4 Recursos Humanos.....	51
5.3.1.5 Avaliação da Assistência Farmacêutica	52
5.3.2 Seleção de Medicamentos	52
5.3.3 Logística	54

5.3.3.1	<i>Programação de Medicamentos</i>	54
5.3.3.2	<i>Aquisição de Medicamentos</i>	56
5.3.3.3	<i>Armazenamento de Medicamentos</i>	59
5.3.3.4	<i>Distribuição de Medicamentos</i>	62
5.3.3.5	<i>Controle de Estoque de Medicamentos</i>	63
5.3.3.6	<i>Dispensação de Medicamentos</i>	64
5.3.4	<i>Situação da gestão estadual de assistência farmacêutica na amostra</i>	65
5.4	O <i>Habitus</i> na amostra	66
5.5	A gestão estadual de assistência farmacêutica e o pensamento complexo	67
5.5.1	Princípio dialógico: a ordem e a desordem.....	68
5.5.2	<i>Princípio da recursão organizacional</i>	78
5.5.2.1	<i>Circuito</i> 78	
5.5.2.2	<i>Abertura</i>	90
5.5.3	<i>Princípio hologramático – o todo e as partes</i>	93
5.5.4	<i>Interação/Informação</i>	97
6	CONCLUSÕES	102
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
8	REFERÊNCIAS	109
9	ANEXO A - Instrumento de Coleta de Dados	115
10	ANEXO B – Ofício Conass nº 172 de 03 de abril de 2007	128

LISTA DE ABREVIATURAS

AF – Assistência Farmacêutica
BPA – Boas Práticas de Armazenamento
CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico
CEME – Central de Medicamentos
CEFT – Comissão Estadual de Farmácia e Terapêutica
CFF – Conselho Federal de Farmácia
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS - Banco de dados do Sistema Único de Saúde.
DCB – Denominação Comum Brasileira
DCI – Denominação Comum Internacional
FENAFAR – Federação Nacional dos Farmacêuticos
FIFO – “*First in, first out*”
FIP - Federação Internacional de Farmacêuticos
INAMPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PMN – Política Nacional de Medicamentos
PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PEAF - Plano Estadual de Assistência Farmacêutica
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SBRAFH – Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar
SES – Secretarias de Estado da Saúde
SMS – Secretarias Municipais de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SUSGESTÃO – Projeto de Aprimoramento da Gestão Estadual do SUS

LISTA DE TABELAS

Tabelas	Página
Tabela 5.1 - População dos Estados abrangidos pelo estudo.	39
Tabela 5.2 - Mortalidade proporcional por grupos de causas (%).	44

LISTA DE QUADROS

Quadro	Página
Quadro 3.1 - Relação entre os objetivos e os componentes de uma política nacional de medicamentos.	7
Quadro 4.1 - Modelo Lógico utilizado para o estudo da gestão de Assistência Farmacêutica nos Estados amostrados	30
Quadro 5.1 - Sistematização dos elementos/componentes contidos nos conceitos de assistência farmacêutica.	36
Quadro 5.2 - Sistematização das atividades de assistência farmacêutica, por meio de seus <i>inputs</i> e <i>outputs</i> .	37
Quadro 5.3 – Descrição dos indicadores de estrutura organizacional e planejamento.	48
Quadro 5.4 – Descrição dos indicadores de recursos financeiros	50
Quadro 5.5 – Descrição dos indicadores de Interface com os setores da SES.	51
Quadro 5.6 – Descrição dos indicadores de Recursos Humanos.	53
Quadro 5.7 – Descrição dos indicadores de avaliação da assistência farmacêutica.	54
Quadro 5.8 – Descrição dos indicadores de seleção de medicamentos.	54
Quadro 5.9 – Descrição dos indicadores de programação de medicamentos. Quadro 5.9 – Descrição dos indicadores de programação de medicamentos.	56
Quadro 5.10 – Descrição dos indicadores de aquisição de medicamentos.	58
Quadro 5.11 – Descrição dos indicadores de armazenamento de medicamentos	61
Quadro 5.12 – Descrição dos indicadores de distribuição de medicamentos.	64
Quadro 5.13 – Descrição dos indicadores de controle de estoque.	65
Quadro 5.14 – Descrição dos indicadores de dispensação de medicamentos.	66
Quadro 5.15. Modelos assistenciais do SUS.	82
Quadro 5.16 - Modelos de organização da assistência farmacêutica.	88
Quadro 5.17 - Representação do todo e das partes por meio dos modelos de organização da assistência farmacêutica.	95

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
Figura. 3.1. Modelo desenvolvido por Von Bertalanffy.	17
Figura 5.1 - Relação da ordem e desordem no princípio dialógico	70
Figura 5.2. Circuito tetralógico.	71
Figura 5.3. Representação esquemática do fluxo de ordem e desordem.	71
Figura 5.4. Ciclo de Assistência Farmacêutica.	90
Figura 5.5 - Ciclo de Assistência Farmacêutica alterado.	91

LISTA DE GRÁFICOS

Gráficos	Página
Gráfico 5.1 - Taxa de crescimento populacional entre os anos de 2001 a 2005.	40
Gráfico 5.2 - Grau de urbanização dos Estados amostrados em 2005.	41
Gráfico 5.3 – Expectativa de vida ao nascer nas UF amostradas em 2005.	41
Gráfico 5.4 - Taxa de analfabetismo nas UF amostradas em 2005.	42
Gráfico 5.5 - PIB per capita da amostra de Estados em 2004.	42
Gráfico 5.6 - Taxa de desemprego da amostra de Estados estudados em 2005.	43
Gráfico 5.7 - Razão de renda nos Estados estudados em 2005.	43
Gráfico 5.8 -Taxa de mortalidade infantil em 2004.	44
Gráfico 5.9 - Gasto público com saúde por habitante nos Estados estudados em 2004.	45
Gráfico 5.10 - Gasto público com saúde como proporção do produto interno bruto (PIB) nos Estados estudados em 2004.	45
Gráfico 5.11 - Despesa familiar com saúde como proporção da renda familiar nos Estados estudado em 2003. - Proporção do gasto total com assistência à saúde.	46
Gráfico 5.12 - Despesa familiar com saúde como proporção da renda familiar nos Estados estudado em 2003. - Proporção do gasto total com medicamentos.	46
Gráfico 5.13 – Resultados dos indicadores de Estrutura Organizacional e Planejamento.	48
Gráfico 5.14 – Indicador G3 - Subordinação da assistência farmacêutica no organograma da SES.	49
Gráfico 5.15 – Indicador G5 - Tempo em que os coordenadores de assistência farmacêutica estavam no exercício do cargo.	50
Gráfico 5.16 – Resultados dos Indicadores de Recursos Financeiros.	51
Gráfico 5.17 – Resultados dos Indicadores de Interface com os setores da SES.	52
Gráfico 5.18 – Indicador G13 - Atividades intersetoriais entre a assistência farmacêutica e os outros setores da SES.	52
Gráfico 5.19 – Resultados dos Indicadores de Recursos Humanos.	53

XII

Gráfico 5.20 – Resultado dos Indicadores de Avaliação.	54
Gráfico 5.21 – Resultados dos Indicadores de Seleção de medicamentos.	55
Gráfico 5.22– Resultados dos Indicadores S6 e S8.	56
Gráfico 5.23 –Indicador S7 - Critérios utilizados para a seleção de medicamentos.	56
Gráfico 5.24 –Indicador L1 - Formas para estimar as necessidades de medicamentos.	57
Gráfico 5.25 – Indicador L2 - Métodos de programação utilizados.	57
Gráfico 5.26 – Indicador L4 - Periodicidade das aquisições de medicamentos.	58
Gráfico 5.27 – Indicador L5 - Critérios de adequação da programação.	59
Gráfico 5.28 – Indicador L6 - Utilização das diferentes modalidades de aquisição de medicamentos.	59
Gráfico 5.29 – Indicador L8 - Fornecedores mais freqüentes de medicamentos.	60
Gráfico 5.30 – Indicadores L9 e L10 de Aquisição de medicamentos.	60
Gráfico 5.31 – Indicador L11 - Tempo médio de tramitação dos processos de aquisição de medicamentos.	61
Gráfico 5.32 – Resultados de L12 a L15 do componente de Logística.	61
Gráfico 5.33 – Resultados dos indicadores de Armazenamento.	62
Gráfico 5.34 – Indicador L 26 - Existência de sistemas/serviços que garantam a qualidade e a segurança dos medicamentos armazenados nas CAF.	63
Gráfico 5.35 – Indicador L27 - Formas de destinação de resíduos de produtos inservíveis para a saúde nas CAF.	64
Gráfico 5.36 – Resultados dos indicadores de distribuição.	64
Gráfico 5.37 – Indicador L35 - Formas de controle de estoque de medicamentos.	65
Gráfico 5.38 – Indicador L36 - Formas de realização de conferências de estoque nas CAF.	66
Gráfico 5.39 – Indicador L38 - Formas utilizadas para atribuir valor financeiro aos medicamentos em estoque.	66
Gráfico 5.40 – Indicador L39 - Local de dispensação de medicamentos.	67
Gráfico 5.41 – Indicador L40 - Perfil dos dispensadores de medicamentos.	67

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a gestão da assistência farmacêutica no âmbito estadual, como subsistema do SUS. O trabalho foi delineado na forma de estudo observacional transversal, de caráter descritivo, de pesquisa de campo, documental e bibliográfica. O estudo parte da pesquisa quantitativa e tem como essência a pesquisa qualitativa. Foram sistematizados três modelos de organização da assistência farmacêutica: medicamentocêntrico, serviços farmacêuticos reduzidos e integrais. A descrição dos modelos resultou da articulação dos conceitos de assistência farmacêutica existentes no país, o *habitus* dos sujeitos que fundamentaram a prática dos serviços farmacêuticos estaduais em dezenove Estados estudados e o pensamento complexo de Edgar Morin. Os indicadores apontaram para um *habitus* de visão reducionista, com priorização de atividades operacionais em detrimento de atividades de caráter gerencial e de articulação, que interagem focalizados em aspectos operacionais, que não investem na qualificação dos recursos e pouco se apropriam tecnicamente dos processos de trabalho. Essas opções dos sujeitos determinam os resultados a serem alcançados pelo sistema. A interação, a informação e o planejamento foram apresentados como estratégias para diminuição da complexidade do sistema de assistência farmacêutica. O pensamento complexo mostrou-se um bom método de análise da gestão da assistência farmacêutica, alcançando o objetivo geral do estudo, apontando para a necessidade premente de discussão do modelo de organização da assistência farmacêutica e à adequação dos serviços farmacêuticos, contribuindo assim para a consolidação dos serviços farmacêuticos no SUS.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Farmacêutica. Teoria de Sistemas.
Modelos Teóricos. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the management of pharmaceutical assistance at state level as a subsystem of the Brazilian public health system (SUS). This work was delineated as a transversal observational study, having a descriptive character and using field study, documental, and bibliographical sources. It starts from a quantitative research, but the qualitative analysis is the essence of the study. Three models of pharmaceutical assistance organization were systematized: “medicamentocêntrico”, reduced pharmaceutical services, and full pharmaceutical services. The description of the models resulted from an articulation of the concepts of pharmaceutical assistance that exist in Brazil, the *habitus* of the agents that are the benchmarks of pharmaceutical assistance in nineteen Brazilian states, and the complex thought of Edgar Morin. Data indicates a *habitus* of the reductionist vision, which takes as priorities operational activities rather than activities of management and articulation. Hence, there are few investments in resource qualification and few technical improvements of the working processes. The decisions taken by the agents determine the results reached by the system. Interaction, information, and planning are presented as strategies to diminish the complexity of the system of pharmaceutical assistance. The complex thought proved to be a good analytical methodology to assess the management of pharmaceutical assistance, reaching the general aim of this study. It has also pointed out the necessity of debating the models of pharmaceutical assistance's organization and the properness of the pharmaceutical services, therefore contributing to the consolidation of these services in the Brazilian public health system (SUS).

Keywords: Pharmaceutical Services. Systems Theory. Models, Theoretical. Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal preconiza que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, sendo campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1988; 1990). A assistência farmacêutica (AF), como uma ação de Saúde Pública, é determinante para a resolubilidade da atenção em saúde (MARIN *et al*, 2003).

Nos últimos anos, a assistência farmacêutica tem recebido essencial atenção por parte dos gestores de saúde do SUS, sendo considerada um indicador de qualidade da assistência à saúde (MARQUES; JEREMIAS, 2008) e representa cerca de 20% dos gastos totais em saúde (MACHLINE, 2008).

Desde 1988, com a implantação do SUS, os serviços farmacêuticos estão em processo de estruturação e organização, quer seja nos âmbitos federal, estadual ou municipal.

A assistência farmacêutica ainda não está consolidada como política pública. Muitos são os problemas, advindos da fragilidade das suas bases legais, do financiamento insuficiente e sem garantias de sustentabilidade, do relevante caráter político do medicamento, do uso irracional, da medicalização da sociedade brasileira, da complexidade do mercado farmacêutico, da introdução constante de novas tecnologias, da ineficiência dos processos dos sistemas de gestão e de suprimento de medicamentos, da apropriação insuficiente dos conceitos técnicos, da sua judicialização, do aparecimento de novas epidemias, do aumento de enfermidades crônicas, da manutenção de altos índices de intoxicação por medicamentos, dentre outros. A desordem e as incertezas anunciam sua complexidade e os conceitos influenciam diretamente na sua prática e gestão.

Apesar de termos neste momento alguma definição conceitual já bem estabelecida, pode-se afirmar que o constructo teórico da assistência farmacêutica ainda está em formação. Somente recentemente foi incluída nos currículos

acadêmicos (BRASIL, 2002a). Seus aspectos teóricos e metodológicos são pouco apropriados, o que explica a prática ainda empírica que predomina em boa parte dos serviços no país. Este é um caminho natural e necessário para a apropriação do conhecimento. Como proferiu o poeta Antonio Machado: *caminante no hay camino, se hace camino al andar*.

As pessoas se utilizam de diferentes raciocínios que explicam seu comportamento, sua prática. Para MORIN (2005a), o método ensina a aprender e defende a necessidade de buscar e construir o método durante a pesquisa. Muitos resistem à teorização, porém esta forma um esquema analítico utilizado como instrumento de interpretação e análise, revelando padrões de múltiplos significados e suas inter-relações. Segundo Morgan (2007, p. 367), *as teorias tornam-se blocos de construção, não respostas fixas*. O exercício de teorização tem significado quando este for um instrumento de questionamento, tornando possível a mudança, ou para se introduzir modificações, com o objetivo de alcançar melhorias, sob premissas que não sejam idealizadas, distorcidas, omitidas ou racionalizadas.

A presente pesquisa surgiu da inquietude desta pesquisadora, após doze anos de *práxis* como farmacêutica na assistência farmacêutica no SUS, atuando na gestão tanto municipal como estadual. No início das atividades, com a necessidade de implantar um serviço farmacêutico municipal, veio a primeira constatação de que não havia nenhuma bagagem pessoal de formação na área e existia muita dificuldade de acesso à informação específica. A trajetória para suprir esta lacuna foi autodidata, numa busca de conhecimento por meio de ferramentas na gestão de saúde e na saúde pública. Na caminhada, houve muitos erros e ensaios com relação ao desenvolvimento de uma política municipal e estadual de assistência farmacêutica, à organização e estruturação dos serviços, a projetos de capacitação e assessoria farmacêutica e à produção de conhecimento científico.

Meu *habitus* profissional foi de busca pela capacitação dos agentes sociais e a qualificação técnica dos serviços farmacêuticos. Neste caminho, a falta de publicações específicas incentivou a produção científica como profissional do SUS, direcionada para o gerenciamento da assistência farmacêutica, e ainda, no desenvolvimento e análise de metodologia de indicadores de assistência farmacêutica (MARIN, 2003, p. 53-113; RIECK, 2002a,b; OPAS, 2005; BRASIL, 2007a, p.13-36).

Este caminho trouxe aproximação ao tema, bem como expôs a insuficiência para resolver os problemas de maneira tecnocrática. Após a participação no projeto SUSGESTÃO, visitando oito Estados da União, ficou mais que evidente a distância entre a teoria e a prática.

Em 2006, uma mudança na minha trajetória profissional, passando a atuar na vigilância sanitária de medicamentos, trouxe o distanciamento necessário, contribuindo para olhar o objeto de estudo com lucidez, racionalidade e a disposição de desconstruir certezas até então inabaláveis.

A convicção pessoal era de que havia necessidade premente de avançar, não com soluções técnicas mágicas, deterministas e simplistas. Como MORIN (2005b, p. 508), *o meu esforço consistiu em querer repensar o pensado, pensar o meu próprio pensamento, ajudar o pensamento a pensar-se a si mesmo*. Morin, com seu pensamento complexo, me estimulou nos anseios, de não estabelecer verdades, mas de buscar um método, que com base na experiência pessoal e profissional, pudesse contribuir para avançar a capacidade de organizar os conhecimentos e contribuir para a consolidação da assistência no SUS, instigando todos que quiserem continuar pensando comigo.

Portanto, fortalecendo o conhecimento científico e subsidiado pelo pensamento complexo de Edgar Morin (2005a,b, 2006), fundamentado em conceito como a ordem/desordem/interação/organização, este estudo pretende fazer um convite à reflexão dos paradigmas da assistência farmacêutica no SUS, em relação aos marcos referenciais embutidos nos conceitos que influenciam a prática dos serviços farmacêuticos na gestão estadual e as conseqüências desses modos de pensar.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a gestão da assistência farmacêutica no âmbito estadual do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Descrever e analisar os conceitos de assistência farmacêutica a partir de sua implantação no país, com vistas a identificar a evolução de sua concepção e as suas características;

2.2.2 Caracterizar a amostra de estudo por meio do perfil da situação de saúde, utilizando indicadores demográficos, socioeconômicos, de mortalidade e de recurso;

2.2.3 Estabelecer um conjunto de indicadores para analisar a gestão estadual de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, que contemple critérios e parâmetros que abranjam as suas competências legais;

2.2.4 Identificar e analisar o *habitus* dos agentes sociais que fazem parte da gestão estadual de assistência farmacêutica, evidenciando as concepções e os pontos críticos dos serviços farmacêuticos estaduais, por meio do pensamento complexo de Edgar Morin e dos autores que o influenciaram;

2.2.5 Sistematizar os modelos de organização dos serviços de assistência farmacêutica no SUS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

No contexto internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem sugerido que cada país estabeleça uma política de medicamentos, como parte essencial de sua política de saúde. Define uma política de medicamentos como um compromisso formal que determina as metas e as estratégias para alcançar seus objetivos gerais: assegurar o acesso de medicamentos essenciais, garantir a qualidade, segurança e eficácia de todos os medicamentos e promover o seu uso racional. Indica que os componentes para políticas de medicamentos são: seleção de medicamentos essenciais, acessibilidade (oferta e preço de medicamentos), financiamento de medicamentos, sistema de suprimento de medicamentos, regulação e garantia da qualidade, uso racional de medicamentos, pesquisa, desenvolvimento de recursos humanos e monitoramento e avaliação. Recomenda que outros objetivos específicos e metas podem ainda ser estabelecidos, conforme a situação do país, do seu sistema de saúde e das políticas prioritárias de cada governo (WHO, 2001).

O quadro abaixo apresenta a relação existente entre as componentes chaves de uma política nacional de medicamentos e os objetivos a que se propõe alcançar.

Quadro 3.1 - Relação entre os objetivos e os componentes de uma política nacional de medicamentos.

Componentes	Objetivos		
	Acesso	Qualidade	Uso Racional
Seleção de medicamentos essenciais	X	(X)	X
Acessibilidade	X		
Financiamento de medicamentos	X		
Sistema de suprimento	X		(X)
Regulação e Garantia da Qualidade		X	X
Uso Racional de Medicamentos			X
Pesquisa	X	X	X
Desenvolvimento de Recursos Humanos	X	X	X
Monitoramento e Avaliação	X	X	X

X=influência direta; (X) =influência indireta.

Fonte: OMS, 2001

No Brasil, historicamente, o acesso a medicamentos era limitado àqueles que podiam adquiri-los. Posteriormente, foi ampliado àqueles trabalhadores beneficiários do antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Como política pública, a assistência farmacêutica foi introduzida no país pela Central de Medicamentos (CEME), criada em 1971, com o objetivo de *promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano àqueles que por suas condições econômicas não pudessem adquiri-los* (BRASIL, 1971).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde foi garantida como um direito social e dever do Estado, mediante políticas públicas (BRASIL, 1988). O acesso a medicamentos passou então a ser universal, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, que inclui como campo de atuação do SUS a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

3.1 Gestão Estadual da Assistência Farmacêutica

O SUS é caracterizado por uma gestão única das três esferas de governo (União, Estados e municípios), o que implica na co-responsabilidade da gestão, do financiamento e da prestação de serviços por parte do Ministério da Saúde, Secretarias de Estado da Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Conforme disciplinado na Lei nº. 8.080/90, cabe à direção estadual do SUS, em *caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde*, composta de funções de planejamento, execução, direção e controle na área de medicamentos (BRASIL, 1990). Essas competências têm níveis organizacionais distintos, que englobam atividades de gestão propriamente ditas, de cunho estratégico, orientadas para uma visão abrangente em longo prazo; de gerência, de cunho tático e intermediário, com visão mais detalhada e de médio prazo; e nível operacional, voltadas para atividades específicas e de curto prazo (BRASIL, 2007b). Isto lhe confere diferentes níveis de complexidade para a gestão.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) estabelece as competências dos gestores, tanto no âmbito federal, estadual e municipal. Constituem-se responsabilidades da esfera estadual (BRASIL, 1998):

- a) *Coordenar o processo de articulação intersetorial no seu âmbito, tendo em vista a implementação desta política;*
- b) *Promover a formulação da política estadual de medicamentos;*
- c) *Prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica;*
- d) *Coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu âmbito;...*
- e) *Apoiar a organização de consórcios intermunicipais de saúde destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;*
- f) *Promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;*
- g) *Assegurar a adequada dispensação dos medicamentos, promovendo o treinamento dos recursos humanos e a aplicação das normas pertinentes;*
- h) *Participar da promoção de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico, bem como do incentivo à revisão das tecnologias de formulação farmacêuticas;*
- i) *Investir no desenvolvimento de recursos humanos para a gestão da assistência farmacêutica;*
- j) *Coordenar e monitorar o componente estadual de sistemas nacionais básicos para a política de medicamentos, de que são exemplos o de vigilância sanitária, o de vigilância epidemiológica e o de rede de laboratórios de saúde pública;*
- k) *Implementar as ações de vigilância sanitária sob a sua responsabilidade;*
- l) *Definir a relação estadual de medicamentos, com base na RENAME, e em conformidade com o perfil epidemiológico do estado;*
- m) *Definir elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo estado, inclusive os de dispensação em caráter excepcional, tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no capítulo 3, "diretrizes", tópico 3.3. Deste documento e destinando orçamento adequado à sua aquisição;*
- n) *Utilizar, prioritariamente, a capacidade instalada dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do estado;*
- o) *Investir em infra-estrutura das centrais farmacêuticas, visando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição;*
- p) *Receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda;*
- q) *Orientar e assessorar os municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;*
- r) *Coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos municípios, visando assegurar o contido no item anterior e, prioritariamente, que seja utilizada a capacidade instalada dos laboratórios oficiais.*

Podem ser destacadas como competências do gestor estadual a formulação da política estadual de medicamentos e a prestação de cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das atividades e das ações relativas à assistência

farmacêutica; a promoção do uso racional de medicamentos junto à população, etc. (BRASIL, 1998).

As diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão (BRASIL, 2006 a,b) estabelecem a seguinte atribuição e responsabilidade sanitária da gestão estadual referente à assistência farmacêutica:

1.13 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas.

A saúde do idoso foi uma das prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida, do qual compete à gestão estadual, *qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica.*

O financiamento de medicamentos é compartilhado pelas três esferas de governo, sendo a gestão descentralizada com responsabilidades estabelecidas para cada gestor. Na pactuação realizada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT)¹ a responsabilidade pela disponibilização dos medicamentos está organizada por três componentes básicos(BRASIL, 2004b): Básico, medicamentos no âmbito da atenção básica, na sua maioria de competência municipal; Estratégico, medicamentos para o atendimento de programas estratégicos, adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde; Medicamentos de Dispensação Excepcional, de competência exclusiva dos Estados. Além desses, cada ente de gestão pode estabelecer programas e disponibilizar medicamentos para atendimento de agravos e programas de saúde específicos.

Desde 1990, com a Lei 8.080/90 que implantou a descentralização da saúde no Brasil, gradualmente os Estados foram assumindo a execução do então programa de medicamentos excepcionais, originário do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS (SILVA, 2000), medicamentos estes

¹ Instância colegiada integrada paritariamente pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), responsável pela pactuação da gestão, do financiamento e da resolução de outras questões pertinentes à gestão no âmbito nacional.

utilizados em doenças raras, geralmente de custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos (BRASIL, 1998b, p. 36).

O Programa de Medicamentos Excepcionais é co-financiado pela União e os Estados e é gerenciado pelas SES, que necessitam de uma estrutura e organização dos serviços, além de estrutura para possibilitar o ressarcimento pelo governo federal através da comprovação de entrega do medicamento ao paciente (BRASIL, 2004). Ao Ministério da Saúde compete estabelecer a lista e os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas dos medicamentos que fazem parte do programa e repassar aos Estados, mensalmente, os valores financeiros conforme prestação de contas. Às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) cabe o gerenciamento dos medicamentos excepcionais, sendo responsáveis pela execução direta dos restantes das atividades (deferimento das solicitações e cadastramento dos usuários, programação, aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição, dispensação, comprovação da despesa, etc.). Não é objetivo deste estudo discutir a problemática do programa em si, mas ela sempre é pano de fundo quando se analisa a gestão estadual.

O financiamento da assistência farmacêutica no SUS restringe-se a medicamentos, não tendo sido previstos recursos para o investimento na estruturação e organização de serviços farmacêuticos até o Pacto pela Saúde, e ainda não são efetivos.

No contexto da assistência farmacêutica, ainda temos a judicialização do acesso a medicamentos, baseado no direito constitucional de que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 1988), possibilitando a todo o indivíduo meios jurídicos para reivindicar a tutela do Estado, sob o argumento que prepondera o bem maior da vida. A judicialização tem trazido problemas para o gerenciamento da prestação de serviços por parte das SES, principalmente quanto ao fornecimento de medicamentos de uso crônico e de alto custo (BRASIL, 2005).

3.2 Conceitos de Assistência Farmacêutica

A CEME, em seu Plano Diretor de Medicamentos (BRASIL, 1973) estabelecia como política básica o aumento e diversificação da oferta oficial e produção de medicamentos.

O Primeiro Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Políticas de Medicamentos, promovido pela CEME em setembro de 1988, resultou em um documento intitulado Carta de Brasília, onde foi assumido um conceito formal de assistência farmacêutica, com base em um documento elaborado no período na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG (ACURCIO, 2003).

Trata-se de um conjunto de procedimentos necessários para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, no nível individual ou coletivo, centrado no medicamento, engloba atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição, dispensação, entendida esta como ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado e de farmacovigilância; [...] tal conceito considera que a assistência farmacêutica não é exclusiva de um único profissional; [...] o farmacêutico ocupa papel chave nessa assistência (BONFIM ; MERCUCCI, 1997).

Este conceito foi fruto da necessidade de fundamentar sua inserção como subsistema do novo SUS que estava sendo criado.

Em 1995, o Estado do Ceará buscou a construção de um consenso em uma oficina de trabalho promovida pela OPAS e OMS, definindo que a assistência farmacêutica tem como finalidade:

Contribuir a elevar el nivel de salud y la calidad de vida de los individuos y la comunidad, integrando sus acciones com las de la Atencion a Salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, com énfasis em los cuidados farmacéuticos directos al paciente e a la comunidad (SANTICH, 1995, p. 29).

Com a extinção da CEME em 1997 e já no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1998 foi publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), conceituando a assistência farmacêutica como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a

eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998b).

No ano de 2000, a Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), em seu 3º Congresso, reiterou que a implantação da assistência farmacêutica visa objetivar o acesso e o uso racional dos medicamentos, bem como nortear as políticas de medicamentos, de recursos humanos e de desenvolvimento científico e tecnológico para o setor, e conceituando a assistência farmacêutica como:

Um conjunto de ações, centradas no medicamento e executadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando a promover, proteger e recuperar a saúde da população, em seus aspectos individuais e coletivos. Estas ações, necessariamente baseadas no método epidemiológico, deverão envolver: informação, seleção, padronização, prescrição, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, produção, controle de qualidade, educação em saúde, vigilância farmacológica e sanitária, pesquisa e desenvolvimento de medicamentos, imunoterápicos e hemoderivados (FENAFAR, 2000).

Em 2001, foi realizada a Oficina de Trabalho Atenção Farmacêutica no Brasil: Trilhando Caminhos, promovida pela OPAS e OMS, com a participação do Conselho Federal de Farmácia (CFF), Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), Ministério da Saúde (MS), Rede UNIDA, Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA/CE) e Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH). Esta oficina chegou a um conceito de assistência farmacêutica como consenso:

Trata-se de um conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve 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 perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (OPAS, 2001).

Em 2003, o Sistema Integral de Assistência Farmacêutica – O modelo do Ceará - definiu-a como:

Conjunto de atividades inter-relacionadas, técnica e cientificamente fundamentadas em critérios de equidade, qualidade e custo-efetividade, tendo o medicamento como suporte das ações de prevenção, tratamento e reabilitação do paciente e da comunidade em prol da saúde e qualidade de vida (CEARÁ, 2003).

Posteriormente, com base no relatório da I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, realizada em 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2004) para o país, onde:

Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve 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 perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Mesmo que não presente nos conceitos, o termo serviços farmacêuticos está cada vez mais presente quando se fala em *práxis* farmacêutica. O Conselho Federal de Farmácia, órgão responsável pela regulamentação e fiscalização do exercício da profissão de farmacêutico, conceitua como aqueles *serviços de atenção à saúde prestados pelo farmacêutico* (BRASIL, 2001).

Na Declaração de Tóquio, a Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP) afirma que,

Un servicio farmacéutico amplio comprende un compromiso en las actividades para asegurar una buena salud y evitar enfermedades en la población. Cuando se hace necesario tratar una enfermedad, la calidad del proceso de uso del medicamento de cada persona, debería asegurar el logro del mayor provecho terapéutico y evitar efectos secundarios desfavorables. Esto presupone la aceptación por parte de los farmacéuticos, de una responsabilidad compartida con otros profesionales y con los pacientes por el resultado de la terapia (OMS, 1993).

Com o objetivo de alcançar a melhoria do estado de saúde da comunidade, JAMES e ROVERS² (*apud* VIEIRA, 2007) consideram que fazem parte dos serviços

² JAMES, J. A.; ROVERS, J.P. Wellness and health promotion. In: Rovers J. P. *et al.* **A practical guide to pharmaceutical care**. Washington, DC: American Pharmaceutical Association, 2003. p.183-200 *apud* Vieira, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 1, p. 213-220, 2007.

farmacêuticos o acompanhamento e educação do e para o paciente; a avaliação dos seus fatores de risco; a prevenção e promoção da saúde e vigilância das doenças.

Para FUNCHAL (2008),

Serviços farmacêuticos podem ser entendidos como um conjunto de ações, exercidas pelo farmacêutico ou sob sua supervisão, prestadas no decorrer das diversas atividades integrantes do campo da assistência farmacêutica, que respondem às necessidades e demandas da população, sustentadas em critérios técnico-científicos e nas políticas de saúde. Estes serviços podem assumir diversas características dependendo dos objetivos a serem atingidos e do local onde a prática farmacêutica se desenvolve. Os Serviços farmacêuticos podem estar dirigidos ao medicamento (aquisição, armazenamento, distribuição, estocagem, manipulação, garantia de qualidade, entre outros) e ao paciente (dispensação, aconselhamento farmacêutico, acompanhamento farmacoterapêutico, detecção e notificação de reações adversas a medicamentos e a educação em saúde). A demanda por cada um desses serviços depende do local onde serão aplicados, mas todos devem ser realizados de forma articulada com os demais profissionais que atuam na atenção direta do paciente.

3.3 A Assistência Farmacêutica como sistema

A assistência farmacêutica é um sistema projetado para atender uma necessidade humana: a promoção, a prevenção e a recuperação de sua saúde. O seu objetivo é o acesso a medicamentos de qualidade, eficácia e segurança, com seu uso racional. A concepção teórica de sistema estabelece que o *input* - recursos materiais, financeiros e humanos, energia e informação-, por meio de transformação, resulta no *output* - resultado. A visão corrente aponta que este resultado está orientado para o medicamento em si e à sua disponibilização.

A assistência farmacêutica é um subsistema do sistema de saúde. O conceito de sistemas é antigo, conhecido como um conjunto de partes. O pensamento sistêmico pode ser aplicado para diversos campos do conhecimento, como a biologia, a física e as ciências sociais, independente da natureza dos elementos que os compõe e das relações entre os mesmos. A teoria geral dos sistemas foi desenvolvida pelo biólogo Ludwig Von Bertalanffy, que conceitua os sistemas como *um conjunto de unidades que se inter-relacionam, que são abertos, pois dependem de alimentação externa em interação dinâmica com seu ambiente* (BERTALANFFY, 1975).

Kast e Rosenzweig (1980) definem sistema como *um todo organizado ou complexo: um agregado ou uma combinação de coisas ou partes, formando um todo complexo ou integral*.

Trist³ e seus associados (apud Kast e Rosenzweig, 1980, p.133) consideraram que um sistema sócio-técnico estruturado, como qualquer sistema de produção, requer tanto uma organização tecnológica como uma organização de trabalho, criando relações entre pessoas que executam as tarefas necessárias, que se encontra em interação mútua e são interdependentes.

Aplicando a teoria e do que é consenso no país, pode-se afirmar que a assistência farmacêutica é um sistema sócio-técnico que engloba um conjunto de atividades/ações que têm objetivos e finalidades próprias, que contribuem com os objetivos e finalidades do sistema de maior envergadura, o sistema de saúde.

A assistência farmacêutica então pode ser concebida como um sistema aberto que mantém um relacionamento dinâmico que transforma entradas em saídas, entre sistemas que compõe o sistema de saúde e entre seus próprios elementos. As entradas (*inputs*) deste sistema aberto são materiais, energia e informações que, por meio de transformações, resultam em produtos e serviços (*outputs*). Um *output* (fim) pode se transformar em um *input* (entrada) para outro sistema, convertendo seu produto em um novo *input* de energia (BERTALANFFY, 1975).

Determinadas atividades inseridas nos conceitos reproduzem um ciclo de eventos, denominado de ciclo da assistência farmacêutica. Cada uma destas atividades (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação de medicamentos) é composta de várias tarefas, se constituindo em uma estratégia para o alcance dos objetivos do sistema, sendo denominada na linguagem sistêmica de elemento/componente.

³ Trist *apud* RICE, A. K. **The Enterprise and its Environment**. Londres: Tavistock Publications, 1963. *apud* KAST, F.E.; ROSENZWEIG, J.E. **Organização e administração: um enfoque sistêmico**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1980. 2v., p.133.

A partir da Política Nacional de Medicamentos, todos os conceitos afirmam que a assistência farmacêutica é constituída das atividades de seleção, programação, aquisição, distribuição, controle/garantia da qualidade dos produtos e serviços, e vigilâncias farmacológica e sanitária.

Os elementos/atividades precisam ocorrer de maneira coordenada e programada para que alcancem os seus objetivos individuais, bem como os objetivos gerais do sistema de assistência farmacêutica. Cada uma destas atividades/ações pode ser considerada um subsistema da assistência farmacêutica, interagindo entre si. O produto de um elemento/subsistema se transforma em entrada para outro, mantendo o ciclo de assistência farmacêutica.

A fronteira (limites) entre os elementos da assistência farmacêutica e deste com outros sistemas são delimitadas pelas atividades/ações. As interfaces se dão com os programas de saúde, fornecedores, comunidade, entre gestores, profissionais de saúde, entre outros.

O sistema de assistência farmacêutica por si só não é auto-suficiente. A sua ordem e a sua organização dependem do suprimento de energia, materiais ou informações do ambiente. A realimentação (*feedback*) contínua das informações é o mecanismo na visão sistêmica para evidenciar sua adequação no alcance dos objetivos estabelecidos ou se há necessidade de ajustes.

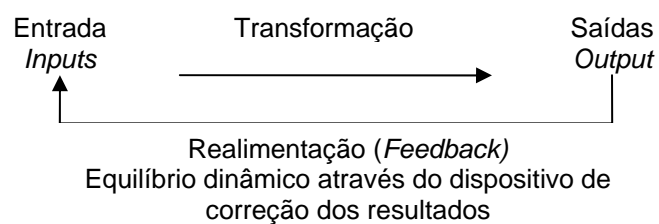


Figura. 3.1. Modelo desenvolvido por Von Bertalanffy.

A informação é obtida por meio de mecanismos de articulação intra e intersetorial, de acompanhamento e avaliação das ações, informação a partir de bases de dados, dentre outros.

A assistência farmacêutica ainda está em processo de desenvolvimento, onde alguns *inputs* e *outputs* específicos de cada atividade estão mais avançados que outros.

Partindo do seu *input*, todo sistema parte de condições diversas, podendo utilizar vários caminhos tecnicamente aceitáveis para alcançar os resultados esperados, com diversos graus de diferenciação e organização, seguindo o princípio da equifinalidade descrito por Von Bertalanffy (1975).

O único trabalho publicado de modelagem conceitual de sistemas de assistência farmacêutica foi desenvolvido pelo Estado do Ceará, por meio de oficina de trabalho, com o apoio da OPAS e a participação dos municípios. O modelo foi denominado Sistema Integral de Assistência Farmacêutica (SANTICH, 1995). Os trabalhos foram desenvolvidos utilizando como ferramenta de trabalho o método descrito por Sonis Abraham. Os fundamentos conceituais e metodológicos do modelo estabelecido foram descritos por Ileana Santich. Basicamente o modelo expressa a assistência farmacêutica como um sistema em si e como um subsistema do setor farmacêutico, e este como um subsistema do sistema de saúde. Este sistema é composto por quatro componentes básicos (SANTICH, 1995, p. 106):

- Técnico científico: tem como objetivo principal o uso racional de medicamentos e provê embasamento técnico para outros componentes. Elementos: normalização de tratamentos; seleção e estimativa das necessidades; guia terapêutico; farmacoepidemiologia; farmacoeconomia; investigação, docência, capacitação e educação ao paciente;
- Operativo: sua finalidade é garantir o acesso a medicamentos na quantidade, qualidade, oportunidade e ao menor custo possível e assegurar a sua disponibilidade onde se fizer necessário. Elementos: programação; aquisição; armazenamento; distribuição e dispensação;
- Informático: tem como fim gerar informação para a gestão. Elementos: informação técnico-científica; informação operativa;
- Qualidade: tem por finalidade a garantia da qualidade dos produtos e dos serviços. Elementos: do produto e de serviço.

3.4 O pensamento complexo

Uma teoria não é obra do acaso, mas nasce a partir da história da humanidade, no desenvolvimento da ciência tradicional, do pensamento científico. Paradigmas vão sendo superados, total ou parcialmente, modificando as bases para novas teorias e práticas científicas, reorganizado-as teoricamente.

Complexidade é um fenômeno quantitativo, a extrema quantidade de interações e de interferências entre um número grande de unidades....Ela compreende também incertezas, indeterminações, fenômenos aleatórios. A complexidade num certo sentido sempre tem relação com o acaso (MORIN, 2006, p. 35).

Para entender o pensamento complexo faz-se necessário um breve histórico da evolução das teorias recentes do conhecimento científico.

A partir do desenvolvimento das ciências clássicas, com expoentes como Galileu, Copérnico, Descartes, Kepler, Newton e Laplace, entre outros, a realidade era dividida em unidades cada vez menores e a causalidade destas direcionadas a um único sentido, de causa-efeito. Epistemologicamente, os conceitos básicos eram: a simplicidade, a ordem e a regularidade. O pensamento mecanicista influenciou a revolução industrial, predominando nas organizações, concebidas para funcionar como máquinas orientadas, como sistemas fechados, que não dispunham de fonte energético-material exterior a si próprio (MORIN, 2005a, 2006; BAUER, 2008).

Na primeira metade do século XX, com a teoria geral dos sistemas, desenvolvida pelo biólogo Ludwig Von Bertalanffy, o conceito de sistemas foi reformulado. Passou-se então a considerar que os sistemas são abertos exigindo o conhecimento das interações entre os elementos e entre os outros sistemas interligados, bem como a integração das partes em um todo funcional. O pensamento sistêmico defendia que o todo não pode ser dividido, pois é maior que suas partes, isto é, as características individuais das partes isoladas não explicam as características essenciais de um sistema (BERTALANFFY, 1975).

Durante a Segunda Guerra Mundial, Norbert Wiener desenvolveu a cibernética, uma teoria dos sistemas fundamentada na comunicação, em conceitos de *feedback*,

que contribuíram para a informática, robótica, e romperam com a causalidade linear (ATLAN, 1992; BAUER, 2008).

Várias outras teorias foram desenvolvidas, criando condições para o desenvolvimento do pensar complexo, tais como a teoria da relatividade de Albert Einstein; o desenvolvimento da Física Quântica, que por meio do “princípio da incerteza” de Werner Heisenberg questionou, entre outras coisas, a idéia de previsibilidade absoluta dos fenômenos naturais; as descobertas dos biólogos James Watson e Francis Crick sobre a estrutura do DNA, entre outros (ATLAN, 1992; MORIN, 2006; BAUER, 2008).

A termodinâmica, principalmente com a introdução do segundo princípio denominado por Clausius de entropia (degradação de energia), forneceu elementos para a teoria da auto-organização. Boltzmann introduziu na entropia os conceitos de ordem e desordem. Ilya Prigogine formulou a teoria das estruturas dissipativas em seu estudo sobre sistemas abertos longe do equilíbrio, que podem provocar organização e ordem. O matemático Von Neuman apresentou o funcionamento com desordem dos *self-reproducing automat*. O físico Heinz Von Foerster indicou que a ordem é própria à auto-organização (organização viva) e que se constrói com desordem. Gregory Bateson contribuiu para a consolidação da teoria cibernética, do tratamento da informação no interior de processos como codificação e decodificação, retroação ou realimentação (*feedback*), aprendizagem, etc. O médico e filósofo Henri Atlan discutiu a ordem a partir do ruído, do acaso organizador, da adaptabilidade. Francisco Varela e Humberto Maturana desenvolveram a *autopoiese*, apresentando três características principais dos sistemas auto-organizantes dos seres vivos: *autonomia, circularidade e auto-referência*, discutindo a complementaridade fundamental entre estrutura e função (ATLAN, 1992; MORIN, 2005a; 2006; FLIEDLER-FERRARA, 2003; BAUER, 2008).

Os estudos de Edward Lorenz comprovaram a sensibilidade das condições iniciais, através da representação gráfica de movimentos caóticos, que passa de aleatória para padronizada, por meio de uma representação gráfica no formato de borboleta, conhecido como efeito borboleta no atrator de Lorenz. Mitchell Feigenbaum comprovou a indeterminação por meio da linguagem descritiva do determinismo – a matemática. Magoroh Maruyama propôs a superação da causalidade estritamente

linear. Benoit Mandelbrot descobriu a geometria fractal. Estes trabalhos fundamentaram o desenvolvimento da teoria do caos determinístico, nos anos setenta e oitenta, que tem como objeto os sistemas dinâmicos não-lineares, estudando o comportamento aleatório e imprevisível dos sistemas, onde pequenas alterações modificam toda uma previsão física dita *precisa*. A resposta da relação de causa e efeito não é necessariamente proporcional à intensidade do distúrbio. O caos e o determinismo não são incompatíveis, mas sim complementares (MORIN, 2005a, BAUER, 2008; MORGAN, 2007).

Em decorrência destas e outras descobertas da ciência, passou-se a disseminar no meio científico o denominado pensamento complexo, fundamentado nos estudos de pensadores como: Benoit Mandelbrot, Henri Atlan, Edgar Morin, Edward Lorenz, Francisco Varela, Fritjof Capra, Gregory Bateson, Humberto Maturana, Ilya Prigogine, entre outros, que determinaram as várias teorias da complexidade, como autopoiese, teoria do caos, teoria dos fractais, auto-organização, estruturas dissipativas, entre outras. Surgia, assim, uma visão mais abrangente de mundo, numa imensurável organização em que tudo se relaciona com tudo (FLIEDLER-FERRARA, 2003; BAUER, 2008).

Em suma, a tese do pensamento linear mecanicista concentrava-se nos elementos constitutivos do sistema. Em contraposição, o pensamento sistêmico formulou uma antítese, que enfatizou a visão do todo (holística).

O pensamento complexo formula então uma síntese, sustentando que é necessário combinar os modelos linear e sistêmico, ampliando-os, compreendendo a totalidade e suas relações com as partes.

Um dos expoentes do pensamento complexo, Edgar Morin, descreveu-a com base em três princípios, fundamentados na ordem/desordem/interação/organização, sendo considerados interdependentes e sem ordenamento em termos de prioridade (MORIN, 2005a, 2005b, 2006).

O primeiro princípio foi denominado de dialógico, que argumenta que os sistemas comportam em si tanto ordem como desordem e que estas têm a mesma origem, coexistem e dialogam permanentemente. A mesma ordem que produziu o desenvolvimento científico e tecnológico produz poluição e desperdício, sua

representação de desordem. Morin defende que a ordem e a desordem são conceitos complementares, porque o sistema precisa da desordem para se organizar; concorrentes, pois ocorrem ao mesmo tempo; e antagônicos, pois a desordem destrói a ordem organizacional.

As condições de desordem são estatisticamente as mais prováveis, mas esta colabora com a organização, pois impõe encontros, que por meio de interações produz organização. Quanto mais a organização se desenvolve, mais subproduz desgaste, degradação, que modificam os elementos, as inter-relações entre os elementos e desorganizam a cadeia. O processo contínuo de organização gera um aumento da desordem, e necessita permanentemente se reorganizar, fazendo uso da informação. Portanto, Morin infere que a ordem e a organização são inconcebíveis sem a desordem.

O segundo princípio é o da recursão organizacional. O processo recursivo (cíclico) *é todo processo cujos estados ou efeitos finais produzem os estados iniciais ou as causas iniciais* (MORIN, 2005a, p. 231). Tudo que é produzido volta-se ao que produz, realimentando o sistema num ciclo auto-organizativo. As idéias de circuito e de abertura são aqui fundamentais e intrínsecas. A abertura permite as trocas de energia necessárias à produção e à transformação. A partir de Von Bertalanffy, discute-se a abertura e o fechamento dos sistemas. Morin argumenta, com base na teoria da autopoiese, que nos sistemas coexistem as duas posições, se comportam tanto de maneira fechada como aberta, fechando-se quando necessitam assegurar a sua autonomia e preservar sua complexidade, abrindo-se nas trocas e comunicação. Fecha-se para abrir e abre-se para fechar. O ponto fundamental para o autor não é se o sistema é aberto ou fechado e sim se é ativo ou inativo.

O terceiro princípio é o princípio hologramático, que discute a relação entre as partes e o todo. Morin define o todo como as emergências, isto é, *as qualidades ou propriedades de um sistema que apresentam um caráter de novidade com relação às qualidades ou propriedades de componentes considerados isolados ou dispostos diferentemente em um outro tipo de sistema* (MORIN, 2005a, p.137).

O pensamento complexo afirma que o todo é ao mesmo tempo maior, menor e diferente do que as partes. Não apenas o todo está nas partes como as partes estão

no todo. O conhecimento adquirido das partes volta-se sobre o todo e o que se aprende nas qualidades emergentes do todo, tudo que não existe sem organização, volta-se para as partes (MORIN, 2006, p.75).

No pensamento complexo *a significação do que é ordem ou desordem está na significação do observador* (ATLAN, 1992, p. 27). Para MORIN (2006, p. 43) *o sujeito é tudo-nada; nada existe sem ele, mas tudo o exclui; ele é o sustentáculo de toda a verdade, mas ao mesmo tempo ele não passa de “ruído” e erro frente ao objeto. É o sujeito observador que identifica, seleciona, hierarquiza e compõe uma linha de pensamento com os dados que considera significativos em relação ao objeto. O observador/conceptor não deve ser eliminado, mas introduzido na descrição/explicação do fenômeno estudado, pois este é co-produzido pelo sujeito* (MORIN, 2005b, p. 399). O sujeito observador ou sujeito pensante processa a informação, conceitua e é o estrategista em todo o conhecimento. O sujeito constrói a realidade por meio de teorias que acredita. E este irá atuar de acordo com seus *valores, interesses, projeções, repressões, bloqueios, introjeções*. Os atores destas crises (indivíduos, grupos ou classes) também são subsistemas, que operam nem sempre de maneira consciente.

Considerando estas idéias formuladas por MORIN (2006, p. 39), que *sujeito e objeto são emergências inseparáveis da relação sistema auto-organizador*, foi opção deste sujeito observador descrever a motivação da pesquisa e o seu *habitus*, fugindo assim da idéia *do sujeito que desaparece em seu discurso e se instala na verdade na Torre de Controle* (MORIN, 2005a, p. 38).

3.5 O conceito de *Habitus*

Nesta dissertação foi adotado o conceito de *habitus*, descrito por Pierre Bourdieu (2005, p. 21) para identificar e analisar o padrão/estilo da prática de gestão da assistência farmacêutica nos Estados estudados. O autor considera *habitus* como uma espécie de senso prático, das opções do sujeito em cada situação, tendo como uma de suas funções vincular uma unidade de práticas à classe dos agentes sociais que a praticam.

Os *habitus* são princípios geradores de práticas diferenciadas e diferenciadoras, isto é, os agentes sociais se utilizam de práticas distintas ou se utilizam de forma diferenciada de princípios comuns. Estas distintas formas de *percepção, desses princípios de visão e de divisão, as diferenças práticas, nos bens possuídos, nas opiniões expressas* (BOURDIEU, 2005, p. 22) representam uma linguagem, de maneira simbólica. O agente social introjeta práticas (*habitus*) que são reconhecidas como legítimas no seu campo de ação.

Segundo Pierre Bourdieu (2005), a realidade é caracterizada por relações no campo de poder. As distribuições das posições distintas e simultâneas de grupos ou agentes sociais fundamentam a noção de espaço social e são definidas por um estilo de vida composto de um conjunto homogêneo de escolhas de pessoas, de bens e de práticas, o que denomina de *habitus*. O espaço social é um espaço de diferenças, onde cada um assume o seu ponto de vista, faz suas escolhas e que são internalizadas, nem sempre de forma racional ou intencional.

O autor pondera ainda que, em uma análise das relações, devem ser consideradas *as posições sociais (conceito relacional), as disposições (os habitus) e as tomadas de posição, as escolhas que cada agente social faz* (BOURDIEU, 2005, p.18) em determinado momento, em circunstâncias específicas e a partir de suas escolhas em um espaço social. A realidade não é estanque, uma prática pode ser abandonada ou retomada por um agente a qualquer momento. É preciso ter cuidado para não transformar o modo de pensar, nas condições apresentadas, em propriedades necessárias e intrínsecas de um grupo.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O trabalho está delineado na forma de estudo observacional transversal, de caráter descritivo, de pesquisa de campo, documental e bibliográfica. O estudo parte da metodologia quantitativa e tem como essência a metodologia qualitativa.

As gestões estaduais de assistência farmacêutica foram analisadas através de dados levantados entre o mês de novembro de 2005 e novembro de 2006, pelo Projeto para Aprimoramento da Gestão Estadual do SUS – SUSGESTÃO ESTADUAL. O projeto foi desenvolvido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) com o objetivo de apoiar os Estados na gestão da assistência farmacêutica, enfocando a estruturação e a organização dos serviços farmacêuticos. A proposta foi oferecida a todos os Estados, condicionada a adesão por meio de um pedido formal do representante legal de cada SES perante o CONASS. Este designava um entrevistador para execução das atividades, o apresentando formalmente e custeando todas as despesas decorrentes. Desta forma, não houve consentimento livre e informado, visto que no início da pesquisa os dados já haviam sido colhidos e em nenhum momento os resultados estão identificados. O CONASS autorizou formalmente a utilização dos dados (ANEXO B).

A amostra é, portanto, intencional, composta de dezenove Estados da Federação. Somente dois Estados da União (Paraná e São Paulo) não aderiram ao projeto, outros três (Rio de Janeiro, Goiás e Minas Gerais) e o Distrito Federal não foram visitados por falta de agenda e em dois (Rio Grande do Sul e Bahia) não foram disponibilizados os dados.

Os entrevistadores eram farmacêuticos, especializados na área de medicamentos, selecionados pela experiência na gestão estadual da assistência farmacêutica.

Foram realizadas visitas aos gestores das SES, ou seus substitutos, e aos locais onde eram efetivados os serviços farmacêuticos ligados às gestões estaduais.

Os dados colhidos foram disponibilizados pelos responsáveis dos setores, em nível de gerência, trabalhadores que executam as ações e, ainda, por meio de observação dos entrevistadores aos locais, utilizando um instrumento desenvolvido para este fim. O instrumento foi padronizado pelos quatro entrevistadores em reunião realizada em Curitiba em setembro de 2005, antes do início dos trabalhos e validado na primeira coleta (ANEXO A).

Cada entrevistador permaneceu de dois a três dias nos Estados fazendo visitas pertinentes a cada realidade. Após a visita, cada Estado recebeu um relatório, encaminhado ao Secretário de Saúde, instruindo um processo de discussão sobre a gestão da assistência farmacêutica com a equipe técnica de cada Estado.

A amostra de estudo foi caracterizada com base no perfil da situação de saúde, utilizando indicadores demográficos, socioeconômicos, de mortalidade e de recurso disponíveis na base de dados do DATASUS (2006, 2008).

O questionário tem caráter quantitativo e complementarmente qualitativo. O primeiro é representado por perguntas fechadas, com respostas de sim (1) e não (0) e de múltipla escolha, muitas com opção de resposta alternativa, como “outra, qual?”. Para as de caráter qualitativo, que possibilitavam anotações complementares, eram compostas de um campo de observações para cada tema existente, onde foram relatadas as percepções do entrevistador até a complementação de dados não consideradas pelas perguntas fechadas. O instrumento utilizado é extenso e detalhado, constituído por três grandes blocos que abordam os seguintes temas:

I Bloco - gestão da assistência farmacêutica: informações da SES, estrutura organizacional e planejamento da assistência farmacêutica, previsão orçamentária e recursos aplicados na assistência farmacêutica, interface da assistência farmacêutica com setores, recursos humanos e avaliação da assistência farmacêutica;

II Bloco - estruturação do ciclo de assistência farmacêutica: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e controle de estoque de medicamentos;

III Bloco - gerenciamento dos medicamentos por fonte de financiamento: medicamentos básicos, estratégicos, excepcionais, hospitalares, etc.

Foram ainda analisados os relatórios e sugestões apresentadas pelos técnicos que realizaram as visitas.

O processo de análise da gestão de assistência farmacêutica dos Estados estudados foi iniciado examinando o instrumento e verificando quais os componentes contemplados que poderiam subsidiar o estudo por sua relevância e pertinência. Os dados colhidos foram sistematizados por meio de um modelo lógico (Quadro 4.1), como uma representação simplificada dos aspectos contemplados. Este foi desenvolvido especificamente para esta pesquisa e não deve ser aceito como um modelo idealizado.

O modelo lógico contempla três componentes a serem estudados: gerenciamento (G), seleção de medicamentos (S) e logística (L). Cada componente foi classificado por seus elementos:

- Gerenciamento: estrutura organizacional e planejamento, recursos financeiros, interface, recursos humanos, avaliação da assistência farmacêutica;
- Seleção de Medicamentos
- Logística: programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação.

Neste, os componentes ainda foram classificados quanto aos seus *inputs* (entradas) e *outputs* (saídas) no sistema.

A partir do estabelecimento do modelo lógico, foram escolhidos indicadores no instrumento de coleta de dados do estudo, que identificavam os pontos críticos dos serviços farmacêuticos estaduais, o objeto de estudo. Das 171 perguntas do instrumento, foram selecionadas dezoito (18) questões sobre gerenciamento, constante do Bloco I; oito (8) sobre seleção de medicamentos e quarenta (40) sobre a logística de medicamentos, no que tange a programação, aquisição, armazenamento e distribuição, e dispensação de medicamentos, constante do Bloco II. Não foram selecionadas variáveis do III Bloco, que se além mais ao gerenciamento específico dos medicamentos por forma de financiamento, que é sem dúvida importante para a

assistência farmacêutica, mas não está ligada a questões que se aplicam a este estudo.

Os indicadores foram delineados quanto à descrição, objetivo, método de cálculo, resultados e visualização gráfica. A análise do perfil dos Estados estudados foi feita em bloco, por componente do modelo lógico, e não obrigatoriamente por indicador. Os indicadores escolhidos podem ser ainda classificados como simples (de resposta sim ou não) ou descritivos. Para uma melhor visualização, serão representados na forma de gráfico a maioria dos indicadores simples e aqueles descritivos de maior relevância nos resultados.

Os dados quantitativos foram analisados por meio de uma base de dados, planilha simples do tipo Excel (versão 2003), e Epi-Info (versão 3.3.2.). Foram levadas em consideração as percepções dos entrevistadores como dados qualitativos, apresentados nos relatórios encaminhados aos gestores estaduais.

A pesquisa de campo já estava encerrada no início do presente estudo, o que permitiu uma maior exploração bibliográfica na busca dos vários caminhos possíveis para análise. Esta foi iniciada com a realização das disciplinas do mestrado profissional e leituras de bases conceituais da assistência farmacêutica, da teoria geral dos sistemas e da teoria geral da administração.

O ponto de partida se deu através da pesquisa quantitativa, que deu a conhecer o objeto de estudo. A partir de então a pesquisa qualitativa foi tomando forma, não como um processo linear, uma vez que um texto levava a outro, se fazendo necessárias complementações para tornar possível uma compreensão mais aprofundada do conteúdo e do seu significado, procurando ter frente a ele uma visão crítica. O foco de interesse consistiu nas rotinas das práticas dos serviços farmacêuticos, seu contexto e o modo como ocorrem, em busca da organização e da relação de seus significados.

A leitura foi muito mais abrangente do que a referências citadas. Por fim, o recorte para a discussão dos fundamentos da gestão da assistência farmacêutica e como serviço de saúde recaiu sobre o pensamento complexo. Muitos são os autores de referência, mas foi o pensamento complexo de Edgar Morin que trouxe a

abrangência considerada pelo sujeito observador/conceptor como a mais instigante e adequada ao tema.

Em síntese, este estudo é uma articulação dos princípios e das relações entre os conceitos de assistência farmacêutica estabelecidos no Brasil e o *habitus* dos agentes sociais que fundamentam a prática da gestão dos serviços farmacêuticos estaduais na amostra com o pensamento complexo de Edgar Morin e de autores que o influenciaram, tais como Henri Atlan. Com esta articulação se fez necessária a sistematização dos modelos de organização dos serviços farmacêuticos no SUS.

Quadro 4.1 - Modelo Lógico utilizado para o estudo da gestão de Assistência Farmacêutica nos Estados amostrados

MODELO LÓGICO DO ESTUDO			
COMPONENTE	GERENCIAMENTO	SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS	LOGÍSTICA
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Dispor a assistência farmacêutica de estrutura e organização técnica, administrativa e política que viabilizem a coordenação do sistema estadual de assistência farmacêutica e a prestação de serviços de competência do gestor estadual 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir o elenco de medicamentos para suprir as necessidades dos usuários, fundamentado em dados epidemiológicos, evidências técnicas e uso racional 	<ul style="list-style-type: none"> • Suprir a demanda de medicamentos com cumprimento de boas práticas
ELEMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura Organizacional e Planejamento • Recursos Financeiros • Interface com Setores da SES • Recursos Humanos • Avaliação da assistência farmacêutica 	<ul style="list-style-type: none"> • Seleção de Medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Programação • Aquisição • Armazenamento • Distribuição • Dispensação
INPUT	<ul style="list-style-type: none"> • Organograma SES e assistência farmacêutica • Coordenação assistência farmacêutica • Descrição das funções dos recursos humanos • Capacitação dos recursos humanos • Planejamento e organização dos serviços e ações • Estrutura dos serviços farmacêuticos • Previsão orçamentária • Disponibilidade dos recursos orçados • Padronização de procedimentos • Disponibilidade de informações • Comunicação e interfaces • Acompanhamento e avaliação das ações 	<ul style="list-style-type: none"> • Comissão de Farmácia e Terapêutica • Perfil epidemiológico • Consumo histórico • Estabelecimento de critérios técnicos • Conhecimento dos produtos farmacêuticos disponíveis no mercado 	<ul style="list-style-type: none"> • Relação Estadual de Medicamentos Essenciais • Disponibilidade de informações (consumo e demanda, dados de morbi-mortalidade, oferta de serviços, estoque e preços) • Disponibilidade orçamentária • Padronização de procedimentos • Qualificação de fornecedores • Cumprimento de boas práticas de recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos • Prescrição de medicamentos essenciais, • Estrutura e organização dos serviços farmacêuticos

MODELO LÓGICO DO ESTUDO			
COMPONENTE	GERENCIAMENTO	SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS	LOGÍSTICA
OUTPUT (produto)	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade técnica, administrativa e política de coordenar o sistema estadual de assistência farmacêutica 	<ul style="list-style-type: none"> • Relação Estadual de Medicamentos Essenciais • Protocolos Terapêuticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade contínua de medicamentos ao sistema de assistência farmacêutica com qualidade, segurança e eficácia • Otimização de recursos
IMPACTO (resultado)	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de serviços farmacêuticos de qualidade • Cumprimento de objetivos e metas 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso de medicamentos essenciais • Racionalização da prescrição e a logística • Promoção do uso racional de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso do usuário ao medicamento correto, de boa qualidade, na dose prescrita, na quantidade adequada, com instruções de uso • Confiança do usuário no sistema de saúde
INDICADORES	G1 a G18	S1 a S8	L1 a L40

Fonte: Elaboração da autora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Análise dos conceitos de assistência farmacêutica

Fazendo uma análise da evolução dos conceitos de assistência farmacêutica, podemos ver que o primeiro conceito, embutido no Decreto de criação da Central de Medicamentos (CEME), estava centrado na regulação da produção e distribuição de medicamentos, promovendo o acesso a medicamentos para a população sem condições financeiras para adquiri-lo e na organização da logística de seu fornecimento (BRASIL, 1975). Sua prática foi centralizada, focada na aquisição e na distribuição de medicamentos. Mesmo neste contexto, a CEME deu passos importantes, como a ampliação do acesso a medicamentos aos empobrecidos. A CEME também avançou quando estabeleceu uma lista de medicamentos indispensáveis ao atendimento das necessidades básicas de saúde da população, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, em conformidade com os princípios preconizados pela OMS, composta por um conjunto de medicamentos indispensáveis ao atendimento das necessidades básicas de saúde da população (BRASIL, 1982).

O conceito posterior, a Carta de Brasília, ainda no contexto da CEME, insere as concepções de saúde do movimento da Reforma Sanitária, como a promoção e a prevenção da saúde, tanto individual como coletiva, buscando uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes. Este amplia o conceito, definindo a assistência farmacêutica como conjunto de procedimentos centrados no medicamento, de caráter multiprofissional.

O conceito inserido no Modelo do Ceará de 1995 busca inserir mais claramente o enfoque sistêmico. É composto de uma série de elementos que não estavam presentes nos conceitos anteriores, sendo este um conceito mais amplo. Por se tratar de uma concepção no âmbito estadual, os elementos como a pesquisa e a produção de medicamentos não estão contemplados. No conceito é utilizado o termo “atividades” ao invés de “procedimentos”. O termo procedimento pressupõe o método

de se proceder a uma ação e “atividade” é definida como *qualquer ação ou trabalho específico* (AURÉLIO, 1999). Essas atividades estão descritas como inter-relacionadas, constituindo um sistema. Amplia ainda o controle de qualidade para a qualidade dos produtos e serviços.

Com a extinção da CEME, inicia-se o processo de formulação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), entre os anos de 1997 e 1998. Este período foi marcado por uma onda de falsificações de medicamentos no país, que tiveram grande repercussão na mídia e apelo popular. A sociedade pressionava o governo para uma solução imediata, criando condições para a definição de uma política pública específica e trazendo à pauta das discussões questões relacionadas à qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos.

A Política Nacional de Medicamentos foi publicada no final de 1998, e apresenta um conceito de assistência farmacêutica dentro do enfoque sistêmico, definindo-a como “grupo de atividades” relacionadas ao medicamento e inseridas no sistema de saúde, pois a comunidade, em suas necessidades de saúde, demanda ações para disponibilização de medicamentos. O conceito está fundamentado nos objetivos gerais de uma política de medicamentos, conforme a recomendação da OMS, acesso, qualidade, segurança, eficácia e uso racional dos medicamentos.

A reorientação da assistência farmacêutica é uma das diretrizes e prioridades da Política Nacional de Medicamentos. O enfoque deste modelo de assistência farmacêutica é centrado no acesso a medicamentos (BRASIL, 1988, p. 14), portanto, o produto (medicamento) para a recuperação da saúde. Os elementos apresentados são: abastecimento (atividades do ciclo); qualidade, segurança e eficácia terapêutica; e informação. Nesta, a pesquisa e desenvolvimento, a produção de medicamentos, a farmacoepidemiologia e farmacovigilância, vigilância sanitária de medicamentos, padronização, capacitação são tratados separadamente como outras diretrizes ou prioridades, pertencentes à política de medicamentos e não de assistência farmacêutica.

A Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR) mantém a visão sistêmica e delimita que o conjunto de ações é executado no âmbito do SUS. O termo “atividades” é substituído por “ações”, cujo termo pressupõe não apenas as

tarefas/atividades em si, mas a capacidade em realizá-las. Explicita que a assistência farmacêutica visa à promoção, prevenção e recuperação da saúde, tanto coletivas como individuais, resgatando o conceito da Carta de Brasília. Também assinala quais os elementos que envolvem o abastecimento mencionado na Política Nacional de Medicamentos, e reintroduz outros como a produção, a educação em saúde, vigilância farmacológica e sanitária, a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos.

O conceito do consenso da Oficina de Atenção Farmacêutica foi fundamentado no conceito da FENAFAR. Neste, as ações não se limitam apenas ao produto, ampliando aos serviços. Foi introduzido que as ações são *desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde*. Recupera explicitamente o objetivo geral de uma política de medicamento: acesso e uso racional. Foi realizada a exclusão da oração que menciona que as ações são executadas no âmbito do SUS, o subsistema público do sistema de saúde, ampliando o ambiente também para o subsistema privado, constituído por dois subsistemas: saúde suplementar e liberal clássico - serviços particulares autônomos (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) incorporou quase que integralmente o consenso das entidades representadas na Oficina de Atenção Farmacêutica, apenas excluindo a frase “*desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde*”.

A promoção do acesso aos medicamentos essenciais e do uso racional de medicamentos sempre estão presentes nos objetivos dos diferentes conceitos identificados

Observando a tabulação dos diversos conceitos discutidos, apresentada no Quadro 5.1, podemos verificar em cada um deles a introdução e a composição dos elementos, denominados por procedimentos, atividades ou ações.

Quadro 5.1 - Sistematização dos elementos/componentes contidos nos conceitos de assistência farmacêutica.

CEME	Carta Brasília	Ceará (Santich, 1995, p.106)	PNM	FENAFAR	Consenso atenção farmacêutica	PNAF	Ceará Modelo 2003 (p.22)
	Pesquisa			Pesquisa e desenvolvimento	Pesquisa e desenvolvimento	Pesquisa e desenvolvimento	
Produção	Produção			Produção	Produção de medicamentos e insumos	Produção de medicamentos e insumos	
		Seleção e estimativa das necessidades	Seleção	Seleção	Seleção	Seleção	Seleção
		Programação	Programação	Programação	Programação	Programação	Programação
Aquisição		Aquisição	Aquisição	Aquisição	Aquisição	Aquisição	Aquisição
	Armazenamento	Armazenamento	Armazenamento	Armazenamento			Armazenamento
Distribuição	Distribuição	Distribuição	Distribuição	Distribuição	Distribuição	Distribuição	Distribuição
	Prescrição		Prescrição	Prescrição			Prescrição
	Dispensação	Dispensação	Dispensação	Dispensação	Dispensação	Dispensação	Dispensação
		Informação técnica-científica e operativa	Informação	Informação			Informação técnica-científica e operativa
		Normatização tratamentos e guia terapêutico		Padronização			Informação de tratamentos
Controle de Qualidade		Qualidade dos produtos e serviços	Controle de Qualidade	Controle de Qualidade	Garantia da qualidade dos produtos e serviços	Garantia da qualidade dos produtos e serviços	Qualidade dos produtos, da estrutura, dos processos e dos resultados
		Docência/capacitação	Capacitação				Farmacodocência/capacitação
		Educação ao paciente	Educação do paciente e da comunidade	Educação em saúde			Educação em saúde
	Farmacovigilância	Farmacoepidemiologia e Farmacovigilância	Acompanhamento e avaliação de sua utilização	Vigilância farmacológica e sanitária	Acompanhamento e avaliação de sua utilização	Acompanhamento e avaliação de sua utilização	Farmacovigilância
		Farmacoeconomia					Farmacoeconomia

Fonte: elaboração da autora.

Esta análise teve o objetivo de examinar, no decorrer do tempo, seu processo de avanço, retrocesso ou modificação, subsidiando o estudo. Os conceitos apresentados expressam a opinião dos agentes sociais em cada contexto de proposição e num determinado período. Representam as idéias, suas propriedades e características deste campo da saúde que influenciam a sua *práxis*. Verificamos que estes dependem dos agentes sociais/atores/sujeitos que os pensaram e os descreveram.

Podemos concluir que os conceitos tiveram influências das recomendações internacionais da OMS para medicamentos e que ao longo do tempo houve uma clara evolução, manifesto pelos elementos que foram sendo acrescentados. O conceito da PNAF pode ser considerado o mais abrangente, uma síntese do que se espera ou se concebe da assistência farmacêutica.

Portanto, a partir dos elementos apresentados neste conceito e utilizando como lógica de construção a teoria dos sistemas, podemos representar minimamente seus processos, conforme Quadro 5.2, descrevendo os *inputs* e *outputs* de suas atividades.

Quadro 5.2 - Sistematização das atividades de assistência farmacêutica, por meio de seus *inputs* e *outputs*.

Atividades	<i>Input</i> (recursos materiais, financeiros e humanos, energia e informação)	<i>Output</i> (produto)
Pesquisa e desenvolvimento	Linhas de financiamento para pesquisa, formação de recursos humanos para a pesquisa, infra-estrutura tecnológica	Conhecimento científico, desenvolvimento de tecnologias, qualificação de produtos e serviços
Produção de medicamentos e insumos	Perfil de consumo, conhecimento científico e tecnológico, matéria-prima e insumos, infra-estrutura produtiva, Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos (BPF), política de incentivos à produção medicamentos	Produtos farmacêuticos de qualidade disponíveis no mercado
Seleção de medicamentos	Comissão de Farmácia e Terapêutica, estabelecimento de critérios técnico científico, perfil epidemiológico, conhecimento dos produtos farmacêuticos disponíveis no mercado	Lista de medicamentos essenciais padronizada
Programação de medicamentos	Lista de medicamentos essenciais padronizada, dados de consumo e demanda, dados de morbi-mortalidade, oferta de serviços, posição de estoque e preços	Quantitativos de medicamentos necessários para atendimento da população
Aquisição de medicamentos	Programação de medicamentos, recursos financeiros disponíveis, seleção de fornecedores, formas de	Entrega pelos fornecedores dos medicamentos adquiridos

	aquisição, especificações técnicas para entrega	
Armazenamento de medicamentos	Almoxarifado adequado às Boas Práticas de Armazenamento, recebimento de medicamentos conforme especificação de edital, controle de estoque efetivo	Disponibilidade de medicamentos ao sistema de assistência farmacêutica com qualidade, segurança e eficácia
Distribuição de medicamentos	Medicamentos armazenados de acordo com boas práticas, solicitação de medicamentos pelos serviços, conferências, formas de transporte	Disponibilidade de medicamentos nos serviços farmacêuticos com qualidade, segurança e eficácia
Dispensação de medicamentos	Prescrição de medicamentos essenciais, estoque de medicamentos, estrutura e organização de acordo com as boas práticas de dispensação, atenção farmacêutica	Acesso do usuário ao medicamento correto, de boa qualidade, na dose prescrita, na quantidade adequada, com instruções de uso
Informação	Dados técnicos e operacionais, sistema informatizado para processamento dos dados, interação	Capacidade técnica e gerencial de gestão do sistema de assistência farmacêutica
Padronização	Liderança comprometida, conhecimento dos processos, responsabilidades definidas	Redução da variabilidade dos processos de trabalho
Garantia da qualidade dos produtos e serviços	Estrutura técnica e organizacional, procedimentos descritos, validação dos processos, documentação das atividades, trabalhadores qualificados,	Produtos e serviços adequados, custos otimizados, credibilidade da organização, segurança dos trabalhadores e do meio ambiente
Capacitação	Epidemiologia, Medicina baseada em evidências, ciências farmacêuticas, administração, estrutura para capacitação	Profissionais que atuam no campo da assistência farmacêutica dotados de conhecimentos e habilidades necessárias básicas, específicas e de gestão
Educação em saúde (WHO, 1969)	Epidemiologia, método científico, informação; meios de vinculação	Indivíduos com responsabilidade pela sua própria saúde e de sua comunidade
Vigilância farmacológica e sanitária	Riscos a saúde decorrentes da produção e circulação de medicamentos e da prestação de serviços farmacêuticos, estrutura organizacional, sistema de informação	Eliminação, diminuição, ou prevenção a riscos à saúde e intervenção nos problemas sanitários
Farmacoeconomia (LEMGRUBER, 2005)	Custo e evidências científicas das opções terapêuticas	Definição de preços de novos medicamentos, reavaliação e incorporação de tecnologias, protocolos clínicos

Fonte: Elaboração da autora.

O conceito de serviços farmacêuticos ainda não está incorporado no país, porém é cada vez mais citado na produção científica deste campo. A lógica destes abrange um domínio mais amplo e será posteriormente discutido.

5.2 Caracterização da amostra

Fazendo uma análise da amostra em estudo, podemos ver que o número total de pessoas residentes nos Estados abrangidos pelo estudo, no ano de 2005, foi de 66.245.310, representando 36,0% da população total do país.

O Produto Interno Bruto *per capita* (PIB) nos Estados estudados representa 23,1%, está bem abaixo do apresentado pelo conjunto dos Estados não estudados, que alcançou 76,9% do total do valor de produção do conjunto de setores da economia, demonstrando de forma inequívoca a existência de segmentos sociais com condições mais precárias de vida.

Tabela 5.1 - População dos Estados abrangidos pelo estudo.

População	2005		2004	
	habitantes		PIB	
Rondônia	1.534.594	0,8%	R\$ 9.744,00	0,6%
Acre	659.865	0,4%	R\$ 3.242,00	0,2%
Amazonas	3.242.201	1,8%	R\$ 35.889,00	2,0%
Roraima	391.317	0,2%	R\$ 1.864,00	0,1%
Pará	6.970.586	3,8%	R\$ 34.196,00	1,9%
Amapá	594.587	0,3%	R\$ 3.720,00	0,2%
Tocantins	1.305.728	0,7%	R\$ 4.768,00	0,3%
Maranhão	6.103.327	3,3%	R\$ 16.547,00	0,9%
Piauí	3.006.885	1,6%	R\$ 8.611,00	0,5%
Ceará	8.097.276	4,4%	R\$ 33.261,00	1,9%
Rio Grande do Norte	3.003.087	1,6%	R\$ 15.906,00	0,9%
Paraíba	3.595.886	2,0%	R\$ 14.863,00	0,8%
Pernambuco	8.413.593	4,6%	R\$ 47.697,00	2,7%
Alagoas	3.015.912	1,6%	R\$ 11.556,00	0,7%
Sergipe	1.967.791	1,1%	R\$ 13.121,00	0,7%
Espírito Santo	3.408.365	1,9%	R\$ 34.488,00	2,0%
Santa Catarina	5.866.568	3,2%	R\$ 70.208,00	4,0%
Mato Grosso do Sul	2.264.468	1,2%	R\$ 19.954,00	1,1%
Mato Grosso	2.803.274	1,5%	R\$ 27.935,00	1,6%
Total População do Estudo	66.245.310	36,0%	R\$ 407.570,00	23,1%
Total População não abrangida pelo estudo	117.938.954	64,0%	R\$ 1.359.050,00	76,9%
Total População do Brasil	184.184.264	100,0%	R\$ 1.766.620,00	100,0%

Fonte: DATASUS - Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2006.

A taxa de crescimento populacional (%) indica as variações geográficas e temporais do aumento populacional, que é influenciada pela dinâmica da natalidade, da mortalidade e das migrações. Oito dos 19 Estados estudados apresentaram um ritmo de crescimento populacional anual da população residente, no período abrangido entre os anos de 2001 a 2005, entre a faixa de 1,0 a 1,9%. Porém, dez Estados amostrados no estudo apresentam um crescimento anual da população residente um pouco mais elevado, na faixa de 2,0 a 4,9%, que pode ser resultado de expansão econômica atrativas de influxos migratórios, redução da mortalidade ou aumento da fecundidade nestes Estados. A taxa do país foi de 1,67%, no mesmo período, próxima da mediana da amostra de estudo, que foi de 1,96%.

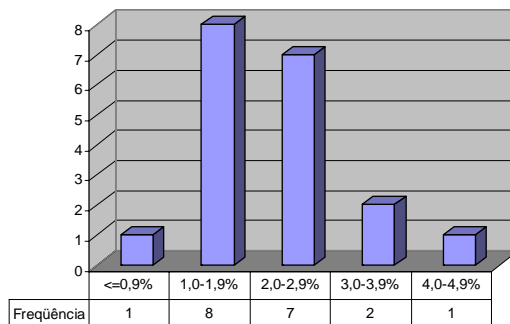


Gráfico 5.1 - Taxa de crescimento populacional entre os anos de 2001 a 2005.
Fonte: DATASUS - Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2006.

A verificação da proporção da população total que reside em áreas urbanas, subsidia os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, de infra-estrutura, adequação e funcionamento da rede de serviços de saúde. Em treze dos Estados estudados, o grau de urbanização da população está na faixa entre 60 a 79,9%, no ano de 2005. 82,82%, da população brasileira residia em áreas urbanas, no mesmo período, enquanto que a mediana da amostra de estudo foi de 76,21%, indicando um percentual maior da população total residente em áreas rurais no nível municipal do que o coeficiente encontrado na população brasileira.

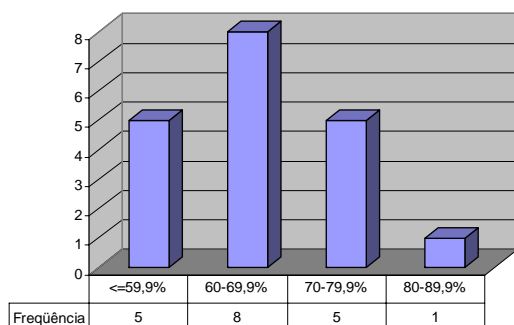


Gráfico 5.2 - Grau de urbanização dos Estados amostrados em 2005.
Fonte: DATASUS - Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2006.

O aumento da esperança de vida ao nascer, que expressa o número médio de anos que se esperaria que um recém-nascido vivesse, sugere melhoria das condições de vida e de saúde da população, subsidia o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas de saúde quanto à oferta de serviços, dentre outros. Quanto à expectativa de vida ao nascer, 13 Estados possuem índices abaixo de 70,9 anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente no ano de 2005. A mediana da amostra é de 70,3 anos, coeficiente abaixo do índice total da população brasileira, que é de 72,1 anos.

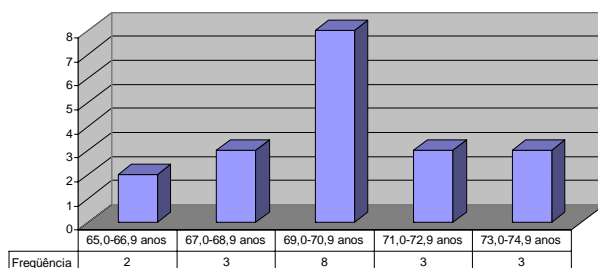


Gráfico 5.3 – Expectativa de vida ao nascer nas UF amostradas em 2005.
Fonte: DATASUS - Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2006.

A alfabetização da população adulta, especialmente das mães, influencia na atenção à saúde das crianças. A taxa avalia o percentual de pessoas na população residente em uma área geográfica, maior de 15 anos de idade, incapazes de ler e escrever em seu idioma pelo menos um bilhete simples, em um período determinado de tempo. O comportamento da taxa de analfabetismo na amostra apresenta dois picos, o primeiro na faixa de 5,0-9,9%, representado por seis Estados e outra entre 20,0 e 24,9%, constituído de cinco Estados, o que demonstra certa desigualdade no desenvolvimento socioeconômico dos Estados estudados em seu aspecto educacional. A

mediana do indicador na amostra é de 16,3%, maior do que o coeficiente encontrado na população brasileira de 11,05%.

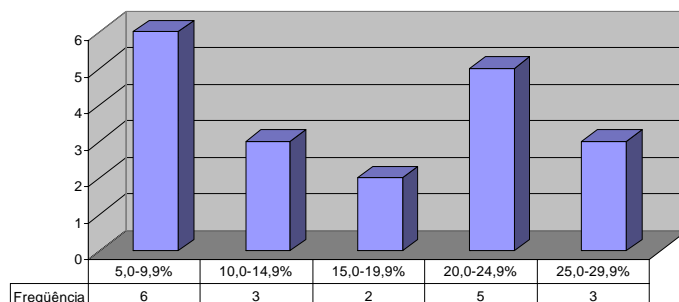


Gráfico 5.4 - Taxa de analfabetismo nas UF amostradas em 2005.
Fonte: DATASUS - Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2006.

O PIB per capita indica o nível de produção econômica em um território, em relação a sua população, contribuindo para a análise da situação social, a existência de segmentos sociais com precárias condições de vida. Deve ser analisado com critérios, pois a forte concentração de riqueza no estrato superior de renda pode mascarar a existência de situações de pobreza extrema. A maioria (14) dos Estados amostrados, apresenta PIB per capita menor do que a média do país, em 2004, que foi de R\$ 9.728,83; quase o dobro da mediana da amostra, R\$ 5.369,61.

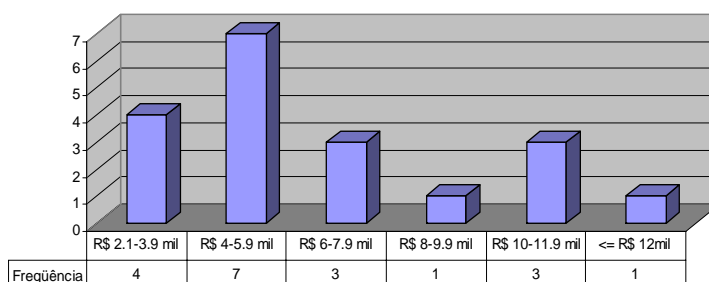


Gráfico 5.5 - PIB per capita da amostra de Estados em 2004.
Fonte: DATASUS - Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2006.

Outro indicador que contribui para a análise da situação socioeconômica da população é percentual da população residente economicamente ativa que se encontram sem trabalho ocupação no mercado de trabalho, em uma semana anual de referência. O desemprego ocasiona perda tanto do poder aquisitivo, como de vínculo a plano de saúde empresarial por parte do trabalhador, o que pressupõe aumento da demanda ao SUS. Os coeficientes

de desemprego da amostra, com mediana de 8,21%, não diferem muito do índice de desemprego da população brasileira que alcança 9,31%.

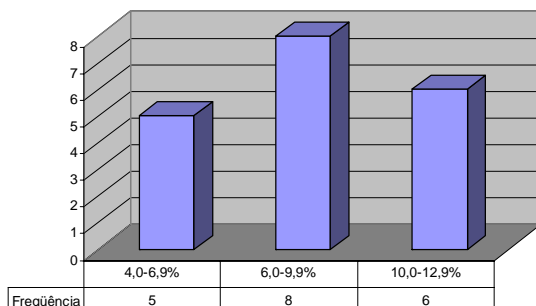


Gráfico 5.6 - Taxa de desemprego da amostra de Estados estudados em 2005.
Fonte: DATASUS - Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2006.

A desigualdade social pode ser verificada por meio da concentração de renda, comparando a distribuição da renda entre os mais ricos e os mais pobres. Nos Estados estudados, em 2005, as pessoas com renda 20% superiores (os mais ricos) apresentavam, em média, rendimentos 19,1 vezes mais elevados do que aqueles com renda 20% inferiores (os mais pobres). No país esta razão é ligeiramente superior, alcançando o patamar de 21,8 vezes.

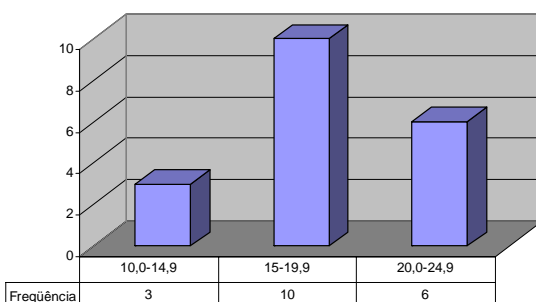


Gráfico 5.7 - Razão de renda nos Estados estudados em 2005.
Fonte: DATASUS - Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2006.

A taxa de mortalidade infantil, que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida, reflete as condições de vida, os índices de fecundidade e o impacto de ações nas áreas de saúde, saneamento e educação, entre outros. Em 2004, 16 dos Estados estudados apresentaram taxas classificadas como médias⁴, de 20 a 49 óbitos de menores de um ano de

⁴ Pereira, M. G. Mortalidade. In: _____. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. Cap. 6, p. 126 *apud* DATASUS - Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2006.

idade, por mil nascidos vivos, na população residente, enquanto que a média do país se encontra no patamar inferior deste intervalo, sendo de 22,58.

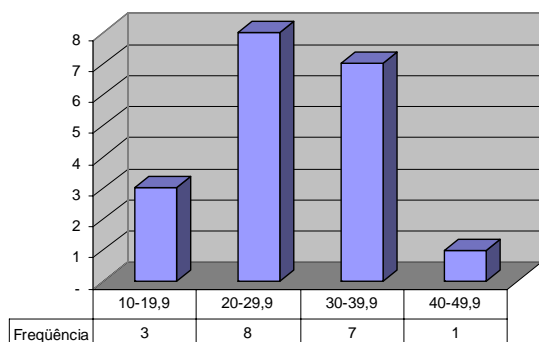


Gráfico 5.8 - Taxa de mortalidade infantil em 2004.

Fonte: DATASUS - Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2006.

Através da comparação da distribuição percentual de óbitos por grupos de causas definidas, na população residente nos Estados estudados e no total da população do país, considerando o ano de 2004, podemos verificar proporções mais elevadas de óbitos por doenças que refletem, em geral, condições socioeconômicas e sanitárias inferiores.

Tabela 5.2 - Mortalidade proporcional por grupos de causas (%).

Grupos de causas de Mortalidade	Estudo	Brasil
Doenças infecciosas e parasitárias	5,74	5,13
Neoplasias	13,13	15,69
Doenças do aparelho circulatório	28,56	31,83
Doenças do aparelho respiratório	9,93	11,39
Afecções originadas no período perinatal	5,99	3,46
Causas externas	17,59	14,21
Demais causas definidas	19,06	18,29

Fonte: DATASUS - Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2004.

Como indicadores de recursos aplicados, temos o levantamento do gasto público com saúde em relação ao produto interno bruto (PIB) e *per capita*, em moeda corrente no país, em cada esfera de governo, ano de 2004, contabilizadas tanto as despesas diretas com saúde efetuadas pela

administração pública direta e indireta, como as transferências a instituições privadas. Um avalia o comprometimento da sua economia, ou seja, o esforço fiscal com saúde realizado pelos Estados e o outro o valor aplicado por habitante pelos mesmos.

Não há um comportamento padrão no gasto público com saúde, tanto o percentual de gasto em relação ao produto interno bruto (PIB) como o *per capita*. Considerando o gasto *per capita*, verificamos que o valor aplicado pelos Estados por habitante varia, sendo que o maior pico se encontra na faixa de R\$ 300,00 a 349,00. Em 13 dos Estados, com valores inferiores a R\$ 349,90, a despesa com saúde por habitante nas três esferas de governo foi menor do que os R\$ 358,54 despendidos pela totalidade do país.

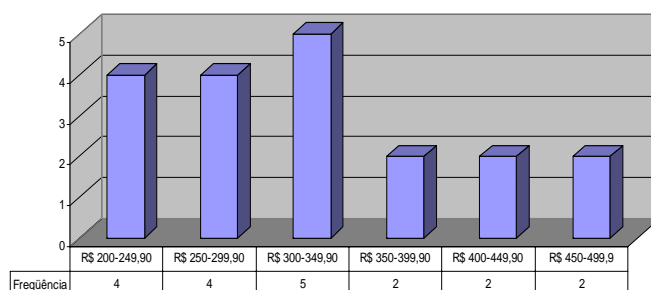


Gráfico 5.9 - Gasto público com saúde por habitante nos Estados estudados em 2004. Fonte: DATASUS - Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2006.

Quando ponderado o gasto público com saúde em relação ao produto interno bruto (PIB), verifica-se que os Estados estudados comprometem valores maiores do seu PIB com saúde, já que a mediana é de 5,67, numa razão de 1,5 vezes maior do que o comprometimento da economia realizada pelo país, que é de 3,69.

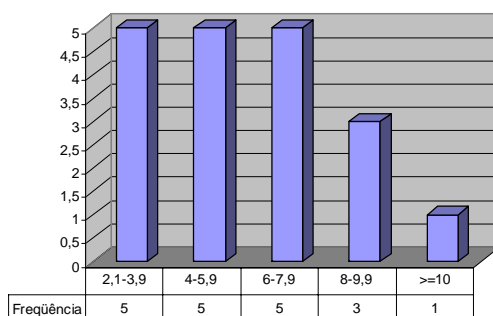


Gráfico 5.10 - Gasto público com saúde como proporção do produto interno bruto (PIB) nos Estados estudados em 2004.

Fonte: DATASUS - Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2006

A despesa familiar com saúde como proporção da renda familiar mede o comprometimento da renda familiar com assistência à saúde e no item medicamento. Esta é influenciada pelo nível de renda, perfil de morbidade, composição etária da população, cobertura e qualidade da oferta de serviços providos pelo Estado.

A taxa do país é de 5,32% para despesas de assistência à saúde e de 2,16% para medicamentos. Tanto a média (4,56%) e a mediana (4,83%) da amostra dos Estados quanto à assistência a saúde é um pouco inferior à encontrada no Brasil, e para medicamentos, média (2,29%) e a mediana (2,25%) ligeiramente superior em relação à nação.

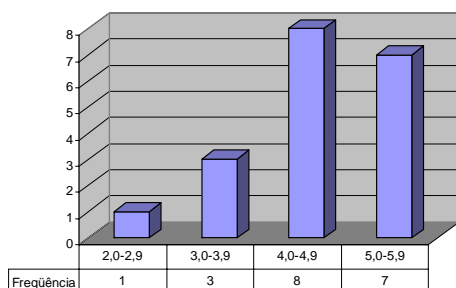


Gráfico 5.11 - Despesa familiar com saúde como proporção da renda familiar nos Estados estudados em 2003. - Proporção do gasto total com assistência à saúde.
Fonte: DATASUS - Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2003

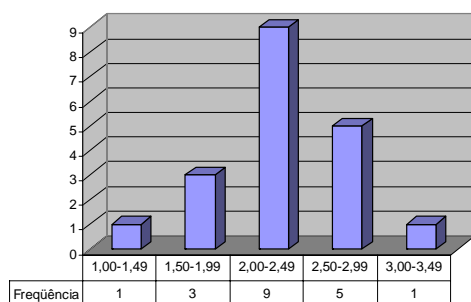


Gráfico 5.12 - Despesa familiar com saúde como proporção da renda familiar nos Estados estudados em 2003. - Proporção do gasto total com medicamentos.
Fonte: DATASUS - Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2003

A amostra representa 70,4% do total dos Estados brasileiros, porém estes abrangem apenas a 36% da população. Da mesma forma, no desempenho dos indicadores demográficos, sócio-econômicos, mortalidade, recursos e cobertura escolhidos, os Estados inseridos no estudo apresentam índices inferiores nas condições de vida e de saúde de sua população, com

uma possível existência de maiores segmentos sociais de sua população com condições de vida mais precárias.

Os dois Estados que não aderiram ao projeto, São Paulo e o Paraná, adotaram estratégias específicas de gestão da assistência farmacêutica. O Estado de São Paulo garante a disponibilização de 40 itens de medicamentos produzidos pelo laboratório oficial do Estado. O Paraná estabeleceu um consórcio estadual de aquisição de medicamentos, com a finalidade de redução de custos de medicamentos para atendimento da atenção básica à saúde. Estas iniciativas são próprias, estão direcionadas para a disponibilização de medicamentos, isto é, para o produto, e diferem da realidade dos outros cinco Estados e do Distrito Federal.

A necessidade que estes Estados tiveram em estabelecer soluções peculiares de gestão demonstra que no nível nacional não existe a definição de um modelo de organização de serviços e tão pouco existe uma fonte de financiamento no país que garanta a qualificação dos serviços farmacêuticos. A deficiência desses recursos impacta na maioria dos indicadores analisados, o que sugere que os indicadores não devam diferir em muito dos resultados deste estudo, não prejudicando na abrangência do mesmo, ainda que esses Estados e o Distrito Federal apresentem um PIB *per capita* maior e índices superiores de condições de vida e de saúde da população.

O presente estudo, portanto, vem corroborar com a importância da qualificação do planejamento e da gestão de políticas públicas de interesse à saúde.

5.3 Indicadores de gestão da assistência farmacêutica na amostra

A situação da gestão estadual de assistência farmacêutica, como expressão da forma de fazer a gestão, foi analisada por meio dos resultados de indicadores quantitativos. Estes consideram os seguintes componentes do sistema de assistência farmacêutica: o gerenciamento de medicamentos, seleção e logística de medicamentos, que foram classificados de acordo com os seus elementos, conforme descrito no Quadro 4.1.

5.3.1 Gerenciamento

5.3.1.1 Estrutura Organizacional e Planejamento

Quadro 5.3 – Descrição dos indicadores de estrutura organizacional e planejamento.

IND	DESCRIÇÃO
G1	Existência de organograma formalizado
G2	Inclusão da assistência farmacêutica no organograma da SES
G3	Subordinação da assistência farmacêutica no organograma da SES
G4	Existência de hierarquia informal da assistência farmacêutica
G5	Tempo em que os coordenadores de assistência farmacêutica estão no exercício do cargo
G6	Quantidade de profissionais farmacêuticos responsáveis pela assistência farmacêutica
G7	Divulgação da assistência farmacêutica no <i>site</i> da SES
G8	Existência de política estadual de assistência farmacêutica
G9	Existência de plano estadual de assistência farmacêutica

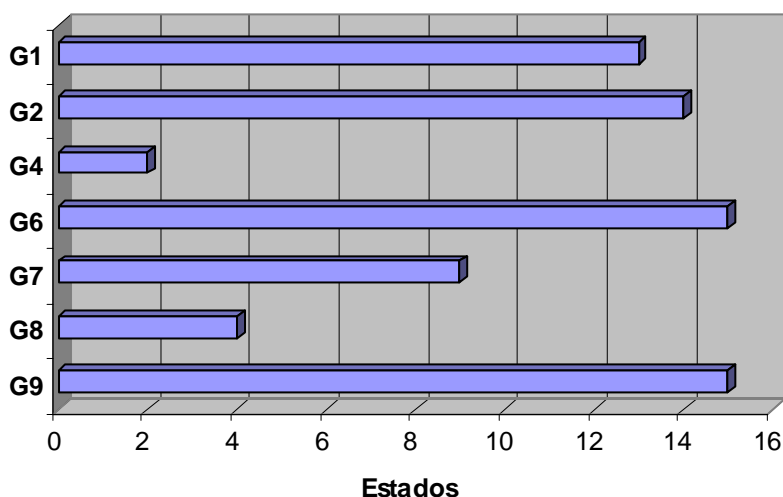


Gráfico 5.13 – Resultados dos indicadores de Estrutura Organizacional e Planejamento.

O organograma é a representação gráfica formal da assistência farmacêutica como organização ou serviço da SES. A maioria (13) dos Estados estudados possui organograma formalizado (G1) enquanto que em outros, este permanece informal. O setor de assistência farmacêutica é contemplado a maior parte dos organogramas (G2), quer seja formal ou informalmente.

Os resultados do indicador G3 demonstram que não há um padrão predominante quanto à compreensão de sua natureza na hierarquia das SES estudadas. Em 6 encontra-se inserida como uma política de saúde, mas está subordinada também a vigilância em saúde, ao setor administrativo, à

regulação. Seu caráter ambíguo sob vários aspectos explica a falta dessa compreensão. A assistência farmacêutica permeia todas as políticas de saúde; seu caráter técnico é fundamental, mas também possui cunho administrativo; necessita de regulação para que seja efetiva como uma ação de saúde. Por seu forte caráter de recuperação à saúde e de execução de serviços, torna-se mais tênue a ligação com a vigilância em saúde, de caráter voltado para a promoção e para a prevenção à saúde e de fiscalização dos serviços e produtos. Em 8 Estados a assistência farmacêutica está ligada diretamente ao gabinete do(a) Secretário (a) de Saúde, quer seja formal e informalmente (G4), que pode ser explicado pela relevância política da assistência farmacêutica para os gestores estaduais e a necessidade de agilidade na resposta política às questões.

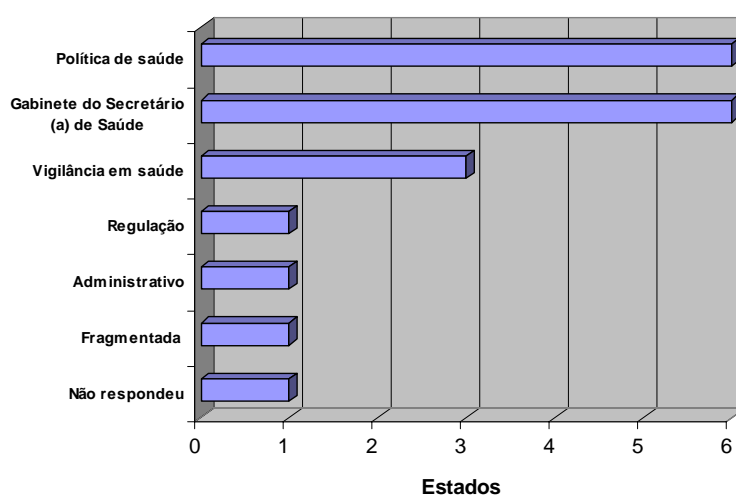


Gráfico 5.14 – Indicador G3 - Subordinação da assistência farmacêutica no organograma da SES.

Vemos que há uma tendência à alternância no gerenciamento da assistência farmacêutica (G5) onde 10 coordenadores estavam no exercício do cargo a menos de um ano, dificultando a continuidade das ações. Porém, também chama a atenção que menos de um quarto deles (4) estavam no exercício do cargo num período maior que dois anos.

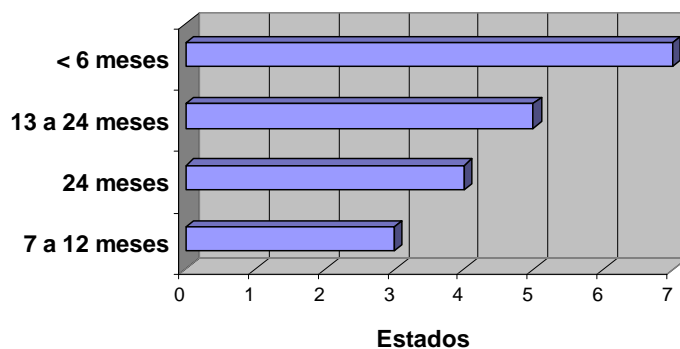


Gráfico 5.15 – Indicador G5 - Tempo em que os coordenadores de assistência farmacêutica estavam no exercício do cargo.

O maior parte de coordenadores da assistência farmacêutica são profissionais farmacêuticos (G6).

Menos da metade utilizam o *site* da SES como estratégia de divulgação da assistência farmacêutica (G7).

Ainda é baixo o número de Estados que realizam um processo de discussão da Política Estadual de Assistência Farmacêutica, manifestando publicamente o conjunto de diretrizes e estratégias específicas para alcançar o acesso a medicamentos e o seu uso racional, por meio de documento formal (G8).

Por força de exigência para habilitação ao financiamento de medicamentos, todos os Estados apresentaram um Plano Estadual de assistência farmacêutica ao gestor federal, porém para muitos é apenas um instrumento convencional, fragilizando a execução das ações estabelecidas e o cumprimento das metas (G9), inclusive demonstrando desconhecimento do documento. Os entrevistadores relataram que havia diferenças na percepção do que é planejamento, sendo que diversos consideram que este se resume basicamente na programação/aquisição de medicamentos.

5.3.1.2 Recursos Financeiros

Quadro 5.4 – Descrição dos indicadores de recursos financeiros

IND	DESCRIÇÃO
G10	Existência no orçamento da SES de rubrica específica para as atividades da assistência farmacêutica
G11	Participação do setor de assistência farmacêutica na elaboração da sua previsão orçamentária

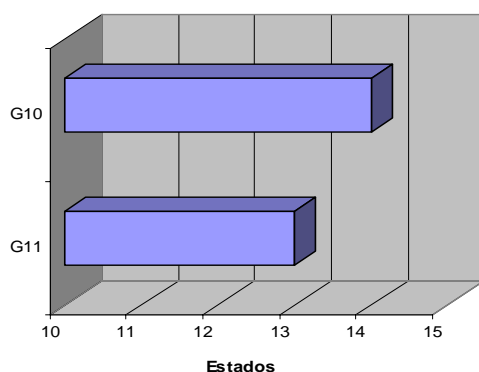


Gráfico 5.16 – Resultados dos Indicadores de Recursos Financeiros.

Apesar da complexidade do financiamento de medicamentos, nem todos os Estados contemplam rubrica específica no orçamento da SES para as atividades da assistência farmacêutica, possibilitando o acompanhamento pelo setor da alocação dos recursos (G10) e não fazem parte deste processo. Desta maneira, não acompanham a destinação das verbas reservadas para sua atividade (G11).

É importante ressaltar que o financiamento da assistência farmacêutica no SUS está direcionado ao financiamento de medicamentos. Apenas em 2007 abriu-se uma fonte de financiamento para a qualificação da gestão pela estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica. Porém, os recursos estão muito aquém do esperado, um total de seis milhões de reais para todo o país, que não atenderão as necessidades do setor (BRASIL, 2007).

5.3.1.3 Interface com os Setores da SES

Quadro 5.5 – Descrição dos indicadores de Interface com os setores da SES.

IND	DESCRIÇÃO
G12	Existência de interface entre a assistência farmacêutica e outros setores da SES
G13	Formas de atividades intersetoriais entre a assistência farmacêutica e os outros setores da SES
G14	Realização de reuniões periódicas entre os setores envolvidos com a assistência farmacêutica

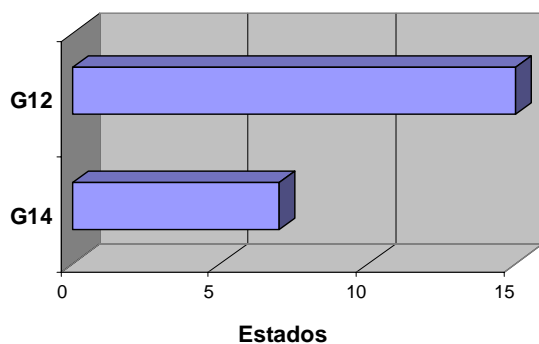


Gráfico 5.17 – Resultados dos Indicadores de Interface com os setores da SES.

Apesar da existência de atividades intersetoriais e multiprofissionais da assistência farmacêutica com outros setores das SES estudadas (G12), é possível verificar que em muitos casos, restringem-se a logística, principalmente de setores envolvidos com a aquisição de medicamentos, que conforme relatório dos entrevistadores, esta interlocução está focada em questões relativas ao custo dos medicamentos (G13).

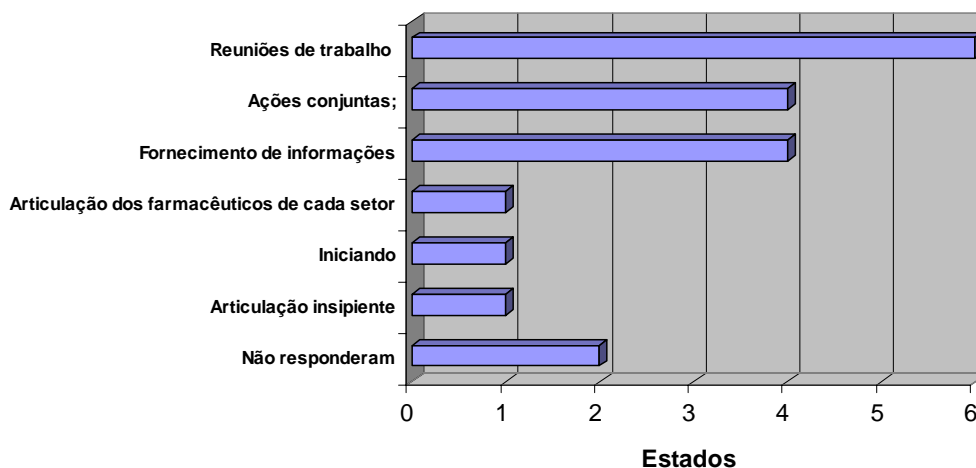


Gráfico 5.18 – Indicador G13 - Atividades intersetoriais entre a assistência farmacêutica e os outros setores da SES.

Apenas 7 dos Estados possuem um espaço periódico de reunião, onde as decisões e os assuntos pertinentes à gerência do setor são discutidos e resolvidos, o que diminui a capacidade de solução dos problemas que se apresentam (G14).

5.3.1.4 Recursos Humanos

Quadro 5.6 – Descrição dos indicadores de Recursos Humanos.

IND	DESCRIÇÃO
G15	Existência de funções dos cargos descritas no âmbito da assistência farmacêutica
G16	Realização de capacitações no âmbito da assistência farmacêutica entre os anos de 2003/04/05
G17	Existência de programa de capacitação no âmbito da assistência farmacêutica

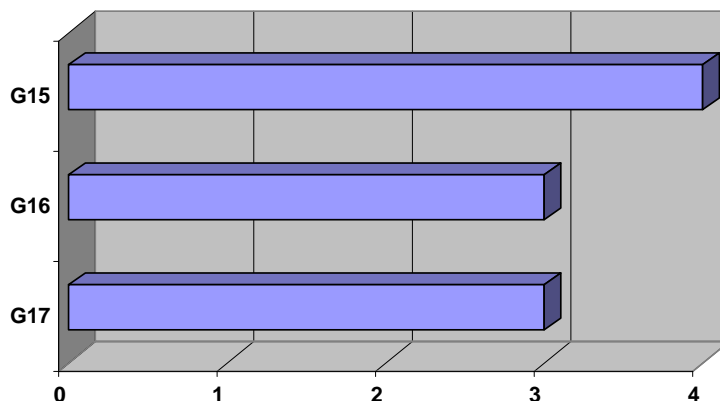


Gráfico 5.19 – Resultados dos Indicadores de Recursos Humanos.

A gestão de recursos humanos é um elemento crítico. Poucos estabelecem o que a SES (G15) espera de cada funcionário, o que impede uma avaliação de desempenho.

11 dos Estados não responderam se houve capacitações entre 2003 a 2005 (G16), o que induz a presumir que estas não ocorreram ou os coordenadores desconheciam a sua existência devido a freqüentes trocas nas coordenações e a descontinuidade das ações.

Apenas 3 dos 19 Estados possuíam um programa de capacitação (G17) que estabelecia estratégias de curto, médio e longo prazo para qualificação dos funcionários que atuam no setor e foi escasso o número de capacitações nos anos anteriores ao estudo.

Na leitura dos relatórios, ainda foi observado que todos os Estados mencionaram que a equipe é insuficiente e está sobrecarregada, atuando em várias frentes ao mesmo tempo. Esta informação é de difícil análise. A falta de recursos humanos é decorrente ou é causa do círculo vicioso de baixa qualificação da gestão, no que tange aos processos de planejamento, de capacitação, de trabalho, que acabam gerando retrabalho, descontinuidades,

duplicidade de ações, etc. Muitos relatórios mencionaram ainda a existência de funcionários em regime especial, com vínculo temporário com a administração pública. Como não foi perguntado, não é possível quantificar esta informação.

5.3.1.5 Avaliação da Assistência Farmacêutica

Quadro 5.7 – Descrição dos indicadores de avaliação da assistência farmacêutica.

IND	DESCRIÇÃO
G18	Realização de atividades de avaliação e/ou monitoramento das ações de assistência farmacêutica

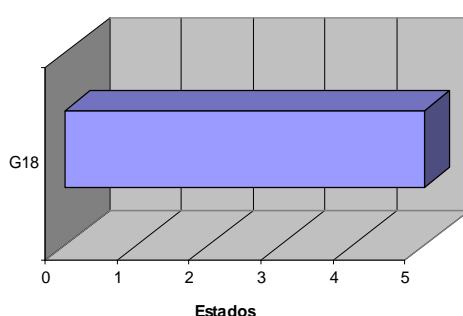


Gráfico 5.20 – Resultado dos Indicadores de Avaliação.

É reduzido o número de Estados estudados que possuem formas de disponibilizar informações gerenciais, subsidiando a tomada de decisões pelos gestores (G18). Dos que avaliam as ações, 2 utilizam indicadores, sendo que não foi avaliada a estruturação destes, bem como se a alimentação é permanente; 2 o cumprimento de metas e um Estado avalia apenas pontualmente. Somente 2 Estados estudados mencionou atividades de acompanhamento/supervisões aos municípios.

A predominância da falta de acompanhamento e avaliação das ações também é reflexo da ausência do planejamento e de uma política formalizada de assistência farmacêutica, com diretrizes e prioridades conhecidas de gestão.

5.3.2 Seleção de Medicamentos

Quadro 5.8 – Descrição dos indicadores de seleção de medicamentos.

IND	DESCRIÇÃO
S1	Existência de padronização (relação) estadual de medicamentos essenciais

S2	Existência de Comissão Estadual de Farmácia e Terapêutica (CEFT) para seleção de medicamentos essenciais
S3	Existência de Termo de Isenção ou de Conflito de Interesses assinada pelos membros da CEFT
S4	Existência de consultores externos à SES para a realização dos estudos de seleção de medicamentos
S5	Realização de reuniões da CEFT dos Estados estudados para seleção de medicamentos nos doze meses anteriores a pesquisa
S6	Instrumentos utilizados para formalização o elenco estadual de medicamentos essenciais
S7	Critérios utilizados para a seleção de medicamentos
S8	Formas utilizadas para a divulgação aos prescritores dos medicamentos selecionados

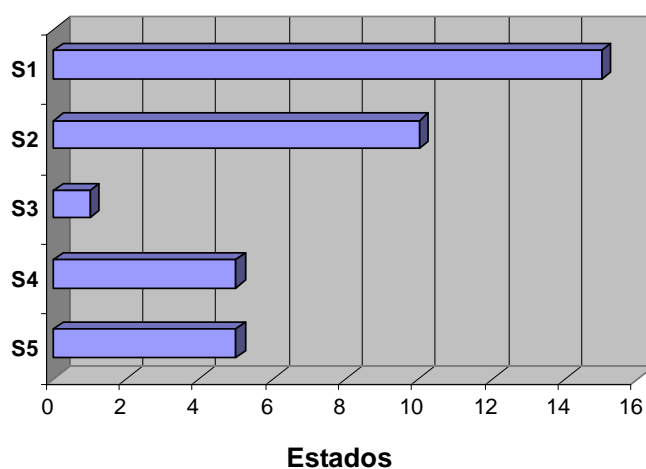


Gráfico 5.21 – Resultados dos Indicadores de Seleção de medicamentos.

A maioria dos Estados reconhecem a necessidade de padronizar medicamentos (S1). Em um se limita ao abastecimento da atenção básica. Apenas cerca de metade dos Estados estudados possui uma Comissão Estadual de Farmácia e Terapêutica (CEFT) constituída (S2) e somente em um seus membros declaram isenção ou conflito de interesses (S3). Poucas comissões realizaram reuniões de seleção de medicamentos no ano anterior à pesquisa (S5), o que sugere que na maioria as relações estão desatualizadas.

Não há padrão na forma de ratificar a relação (S6) e verificam-se estratégias variadas de divulgação da mesma (S8).

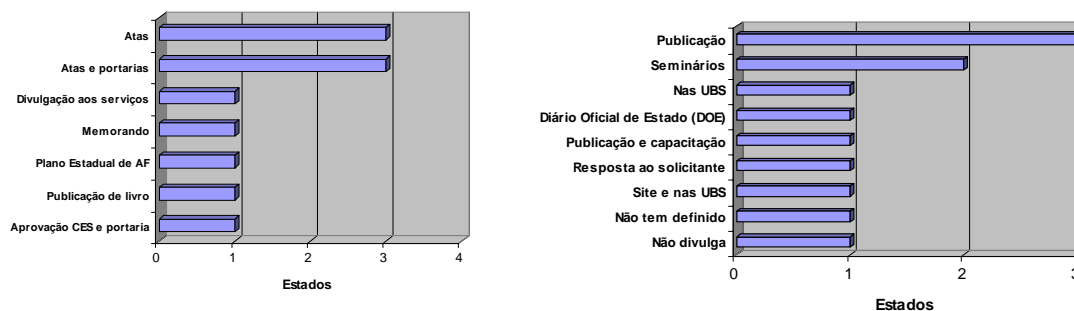


Gráfico 5.22– Resultados dos Indicadores S6 e S8.

Os critérios utilizados para a seleção dos medicamentos são em sua maioria técnicos e recomendados pela OMS (S7).

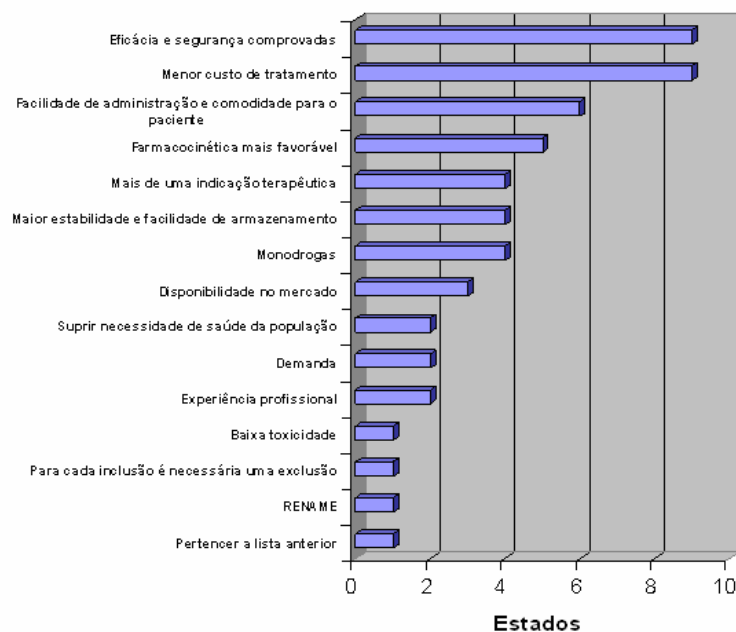


Gráfico 5.23 – Indicador S7 - Critérios utilizados para a seleção de medicamentos.

5.3.3 Logística

5.3.3.1 Programação de Medicamentos

Quadro 5.9 – Descrição dos indicadores de programação de medicamentos.

IND	DESCRIÇÃO
L1	Formas para estimar as necessidades de medicamentos
L2	Métodos de programação de medicamentos
L3	Utilização da Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI) para descrição dos medicamentos

Dois terços dos Estados estudados realizam a estimativa de medicamentos de forma centralizada, o que torna o processo mais rápido,

porém com maior probabilidade de equívocos, ocasionando sub e sobredimensionamento de estoques (L1).

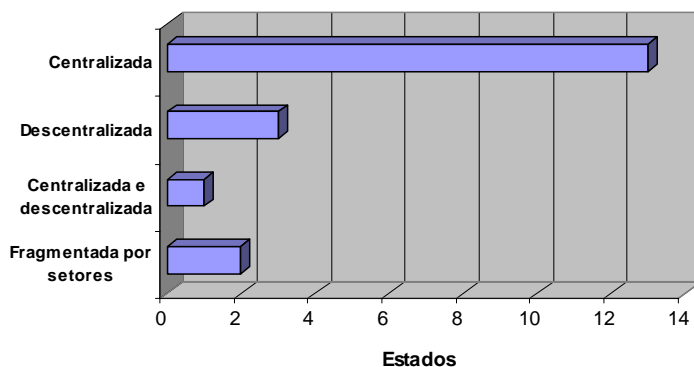


Gráfico 5.24 – Indicador L1 - Formas para estimar as necessidades de medicamentos.

Todos Estados estudados utilizam o consumo histórico como método de programação (L2), mas este, para ser consistente, depende de um controle de estoque confiável, que disponibilize uma série histórica por um longo período em que não ocorram faltas de medicamentos significativas. Sua confiabilidade é prejudicada por desvios, questões não resolvidas quanto à oferta de serviços, mudança de prescrição, má utilização, falta de adesão, falhas do processo de seleção de medicamentos e de divulgação da relação, etc. Como forma de evitar essas questões, alguns Estados utilizam complementarmente outros métodos de programação.

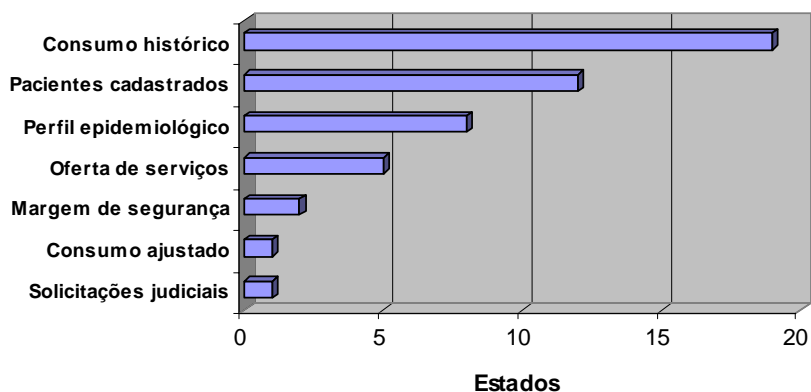


Gráfico 5.25 – Indicador L2 - Métodos de programação utilizados.

Quase que a totalidade, 18 Estados, utiliza a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI) para descrição dos medicamentos (L3).

5.3.3.2 Aquisição de Medicamentos

Quadro 5.10 – Descrição dos indicadores de aquisição de medicamentos.

IND	DESCRIÇÃO
L4	Periodicidade das aquisições de medicamentos
L5	Crterios de adequação da programação
L6	Utilização das diferentes modalidades de aquisição de medicamentos
L7	Utilização da modalidade de Registro de Preços nas aquisições de medicamentos
L8	Fornecedores mais freqüentes de medicamentos
L9	Condições estabelecidas em edital de licitação para entrega dos medicamentos
L10	Prazos mínimos de validade dos medicamentos, exigidos em edital de licitação, para o recebimento de medicamentos.
L11	Tempo médio de tramitação dos processos de aquisição de medicamentos
L12	Aquisição de medicamentos de outras listas padronizadas
L13	Utilização de estoques de segurança de medicamentos
L14	Realização de avaliação dos fornecedores de medicamentos
L15	Penalização dos maus fornecedores, segundo critérios técnicos e administrativos.
L16	Formas de divulgação dos editais de licitação de medicamentos

Os indicadores de aquisição são na maioria de múltipla escolha.

Quase dois terços dos Estados estudados procuram realizar compras consolidadas de medicamentos, com ganho de escala (L4).

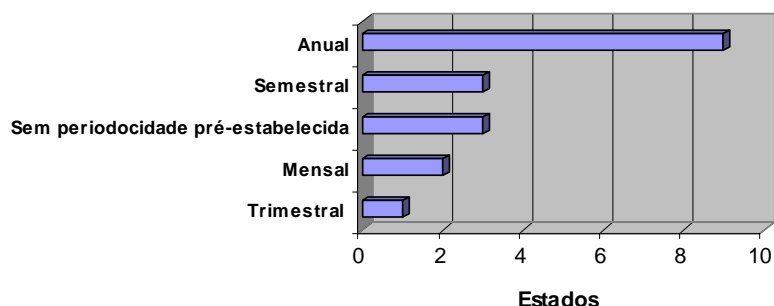


Gráfico 5.26 – Indicador L4 - Periodicidade das aquisições de medicamentos.

Os Estados utilizam critérios pragmáticos para a aquisição, como as necessidades mais urgentes ou ainda o custo do medicamento, adequando o recurso financeiro disponível com a programação dos medicamentos (L5).

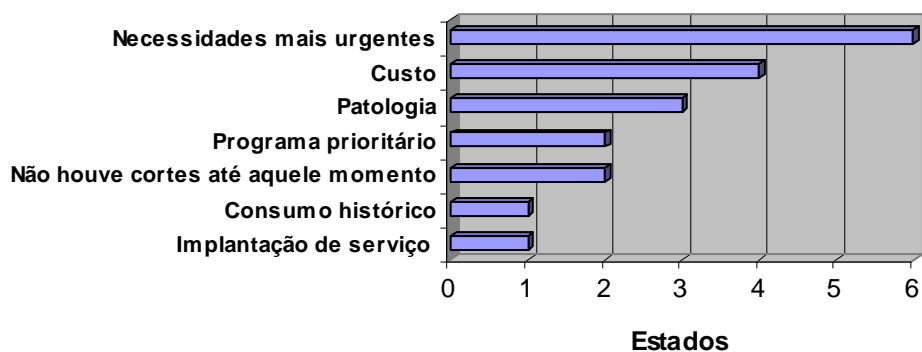


Gráfico 5.27 – Indicador L5 - Critérios de adequação da programação.

16 Estados utilizam forma de pregão, quer seja presencial ou eletrônico, sendo que 2 deles utilizam-nas concomitantemente. As compras por dispensa de licitação são restritas para compras emergenciais (L6). 14 Estados possuem Registro de Preços de medicamentos (L7)

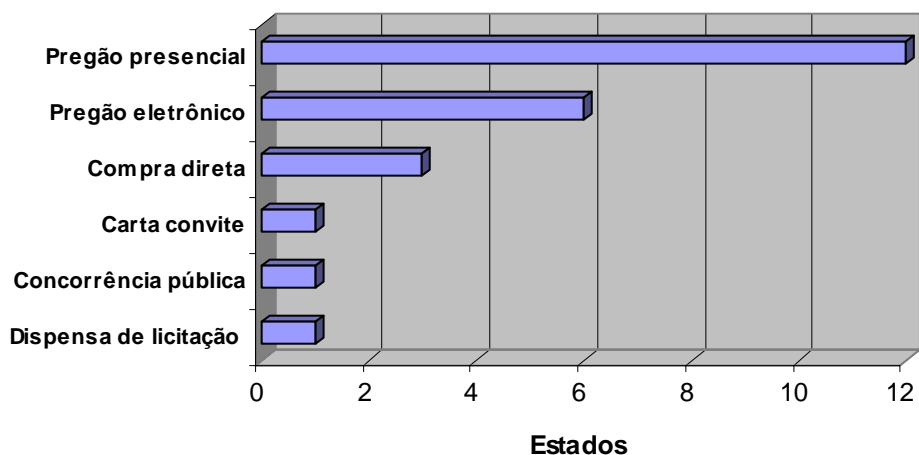


Gráfico 5.28 – Indicador L6 - Utilização das diferentes modalidades de aquisição de medicamentos.

Nos Estados estudados, as distribuidoras de medicamentos são as maiores fornecedoras de medicamentos (L8). Estas atendem a locais mais distantes dos grandes centros do país, porém praticam preços mais elevados. Para alguns Estados, principalmente do norte do país, foi relatado que não há interesse de venda por parte da indústria farmacêutica.

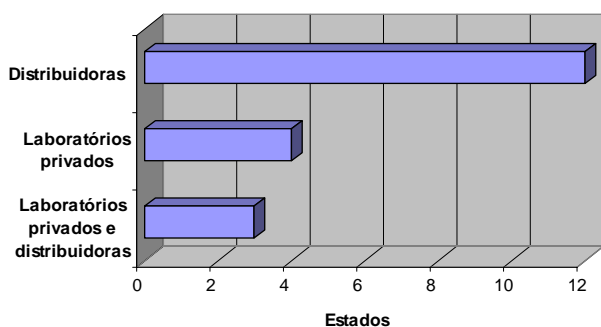


Gráfico 5.29 – Indicador L8 - Fornecedores mais freqüentes de medicamentos.

Mesmo que legalmente exigido (BRASIL, 1998a), nem todos os Estados determinam a obrigatoriedade da inscrição de “Proibida a venda ao comércio” (Art. 7º) nas embalagens secundárias e/ou primárias dos medicamentos e somente um Estado solicita a certificação de procedência do medicamento, lote a lote (Art. 6º). Apenas a metade solicita a apresentação de Laudo de Controle de Qualidade do lote do medicamento entregue (L9). Desta forma, o processo de qualificação das aquisições ainda é frágil. Grande parte dos Estados estabelece um prazo mínimo de validade para os medicamentos a serem entregues (L10).

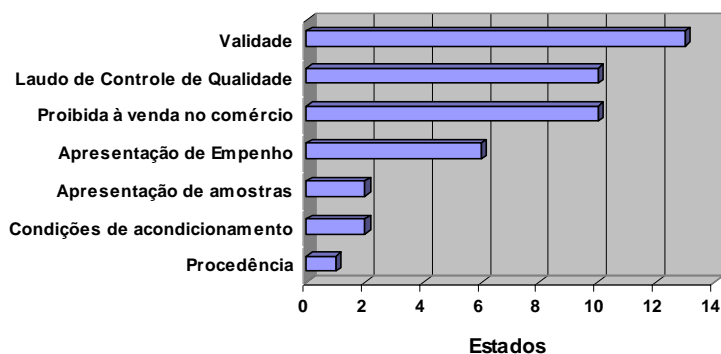


Gráfico 5.30 – Indicadores L9 e L10 de Aquisição de medicamentos.

O processo de aquisição ainda é lento (L11), o que impacta em dificuldades de programação e de distribuição de medicamentos.

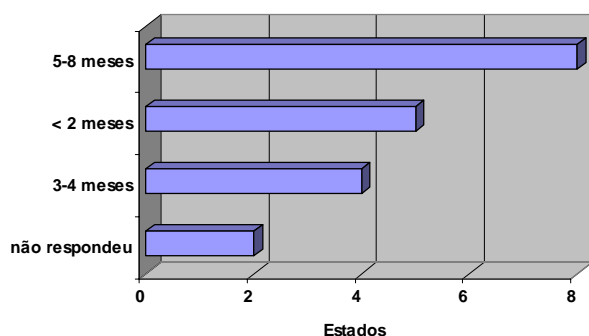


Gráfico 5.31 – Indicador L11 - Tempo médio de tramitação dos processos de aquisição de medicamentos.

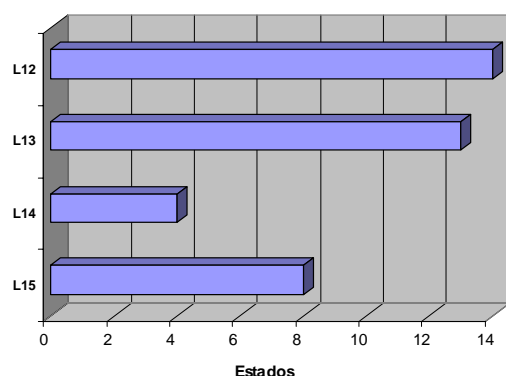


Gráfico 5.32 – Resultados de L12 a L15 do componente de Logística.

Apesar de existirem relações de medicamentos, a maioria adquire medicamentos não constantes da relação estabelecida ou de outras listas (L12), dando a entender que há uma apropriação deficiente ou dificuldades de colocar em prática o conceito de medicamentos essenciais. A existência de mais de uma lista pode ainda demonstrar fragilidade da lista, ou falta de adesão dos prescritores, judicialização dos medicamentos, etc.

Poucos avaliam (L14) e/ou penalizam (L15) seus fornecedores, quando estes não cumprem as exigências estabelecidas.

5.3.3.3 Armazenamento de Medicamentos

Quadro 5.11 – Descrição dos indicadores de armazenamento de medicamentos

IND	DESCRIÇÃO
L17	Cumprimento das Boas Práticas de Armazenamento (BPA)
L18	Existência de necessidade de reformas físicas nas CAF
L19	Tipos de reformas necessárias
L20	Existência de projeto para reforma das CAF estaduais
L21	Existência de padronização de procedimentos de recebimento e armazenamento de medicamentos
L22	Existência de responsabilidade técnica legal na CAF
L23	Cumprimento das exigências contidas no edital de licitação

L24	Cumprimento dos prazos de entrega pelos fornecedores de medicamentos
L25	Existência de rede de frio adequada
L26	Existência de sistemas/serviços que garantam a qualidade e a segurança dos medicamentos armazenados nas CAF
L27	Formas de destinação de resíduos de produtos inservíveis para a saúde nas CAF
L28	Utilização do método FIFO ("first in, first out") na separação dos medicamentos nas CAF

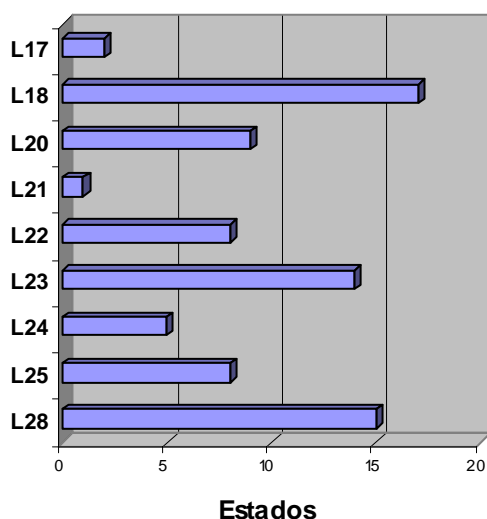


Gráfico 5.33 – Resultados dos indicadores de Armazenamento.

As Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) estaduais não cumprem com as Boas Práticas de Armazenamento (L17). Basicamente, as boas práticas determinam que todos os processos devem ser definidos e sistematicamente revisados, as etapas críticas devem ser avaliadas; as áreas devem ser providas de toda a infra-estrutura necessária (instalações e equipamentos), os funcionários devem ser qualificados e devidamente treinados; as execuções dos procedimentos devem ser registradas e estabelecidas medidas a serem adotadas em relação à possibilidade de quaisquer desvios de qualidade.

Há diversas necessidades de reformas (L18). Os entrevistados discriminaram as necessidades de reformas físicas nos almoxarifados (L19), tais como reforma predial, iluminação, aumento da capacidade de armazenamento, instalação de rede de frio, medidas para controle da temperatura ambiente, melhorias na rede elétrica, instalação de telas de proteção, adequações a normas sanitárias, informatização, instalação de rede climatização, adequações para garantir uma melhor segurança predial,

qualificação do sistema de arquivamento, instalação de gerador, construção de almoxarifado. 9 Estados já haviam encaminhado projetos (L20), porém, de acordo com os entrevistados, não havia perspectivas para a sua execução.

A falta de cumprimento de exigências legais e itens imprescindíveis às Boas Práticas é evidenciada por diversos indicadores. Quase inexistente padronização de procedimentos (L21), o que sugere que os serviços não são executados com o mesmo padrão. É baixo o número de CAF onde os serviços são executados sob a supervisão de um profissional habilitado (L22). Apenas em 8 a rede de frio está adequada (L25).

Nem todos os fornecedores cumpriam exigências contidas no edital de licitação (L23) e poucos fornecedores respeitam os prazos legais de entrega (L24).

A falta de cumprimento de boas práticas é também evidenciada nos Estados que não possuem medidas para prevenção e combate a incêndios, acompanhamento e medidas de ajuste da temperatura no almoxarifado, realização de manutenção e a existência alternativas de geração de energia para a rede de frio, segurança patrimonial e do trabalhador.

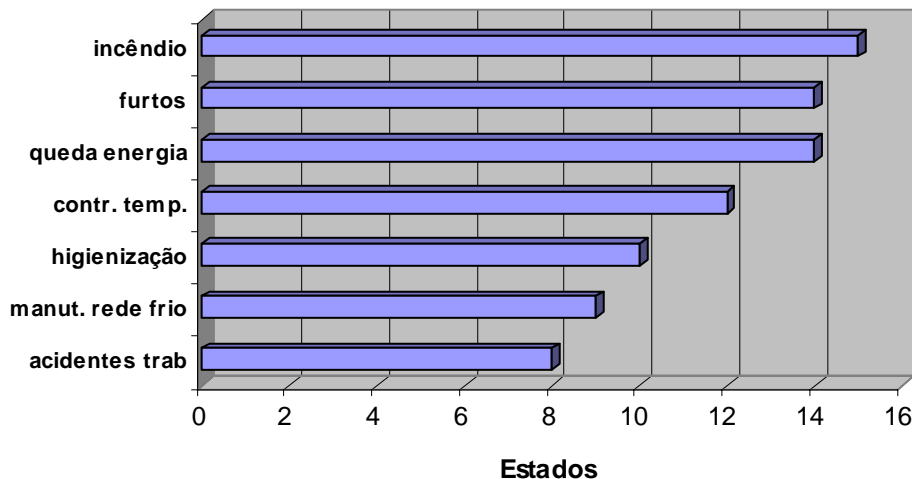


Gráfico 5.34 – Indicador L 26 - Existência de sistemas/serviços que garantam a qualidade e a segurança dos medicamentos armazenados nas CAF.

Há diversas formas de destinação dos resíduos de produtos inservíveis para a saúde nas CAF (L27). Em um Estado foi mencionado que os resíduos já aguardavam alguns anos por destinação.

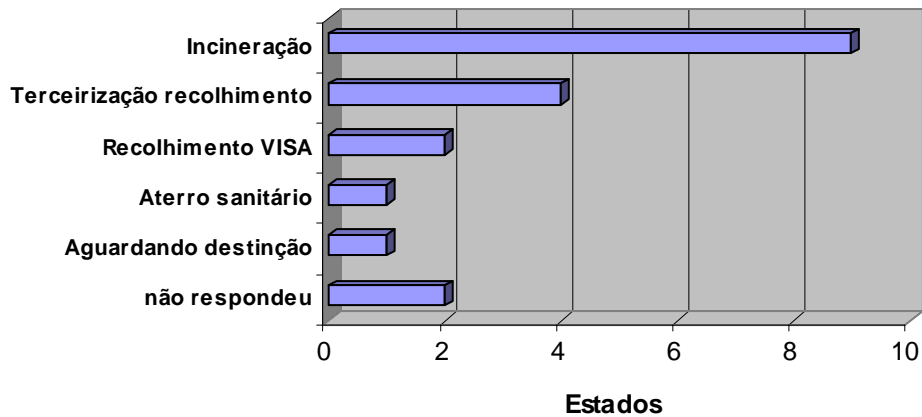


Gráfico 5.35 – Indicador L27 - Formas de destinação de resíduos de produtos inservíveis para a saúde nas CAF.

Apesar de ser um procedimento elementar para as boas práticas, ainda alguns Estados não conseguem por em práticas o método FIFO ("first in, first out") na separação dos medicamentos (L28).

5.3.3.4 Distribuição de Medicamentos

Quadro 5.12 – Descrição dos indicadores de distribuição de medicamentos

IND	DESCRIÇÃO
L29	Formas de organização da distribuição de medicamentos
L30	Formas utilizadas para solicitação dos quantitativos de medicamentos
L31	Utilização de controles gerenciais para monitorar e avaliar as solicitações de medicamentos
L32	Existência de especificações técnicas para o transporte de medicamentos
L33	Existência de arquivamento da documentação das solicitações e entregas de medicamentos
L34	Forma de estruturação do transporte de medicamentos

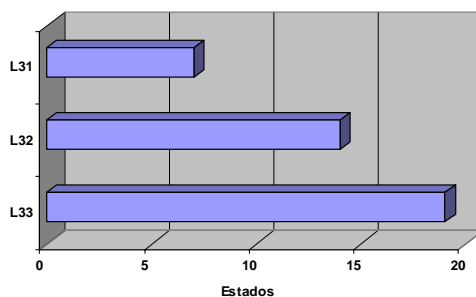


Gráfico 5.36 – Resultados dos indicadores de distribuição.

Treze dos Estados estudados realizam distribuições periódicas (L29), por atendimento de solicitações (L30).

Somente 7 Estados avaliam e monitoram as solicitações (L31), possibilitando perdas por excesso e/ou falta de estoque de medicamentos nos locais a que se destinam. A totalidade das entregas é documentada (L33). Existe uma estrutura para transporte dos medicamentos por meio de viaturas próprias e com o auxílio dos municípios (L34), porém nem todos estabelecem critérios mínimos de transporte exigidos que garantam a qualidade dos medicamentos (L32).

5.3.3.5 Controle de Estoque de Medicamentos

Quadro 5.13 – Descrição dos indicadores de controle de estoque.

IND	DESCRIÇÃO
L35	Tipo de controle de estoque de medicamentos utilizado
L36	Formas de realização de conferências de estoque nas CAF
L37	Realização de avaliação das discrepâncias entre o estoque físico de medicamentos e o do sistema de controle de estoque
L38	Formas utilizadas para atribuir valor financeiro aos medicamentos em estoque

13 dos Estados estudados realizavam controle de estoque informatizado de medicamentos (L35). Porém, levando em consideração o montante financeiro da movimentação de medicamentos no âmbito estadual, alavancado pelos medicamentos de dispensação em caráter excepcional, de alto custo, não deveria ser admitida a inexistência de controle de estoque informatizado em 5 dos Estados e a inexistência de qualquer controle em um deles. Há necessidade de qualificação da gestão de estoques de medicamentos.

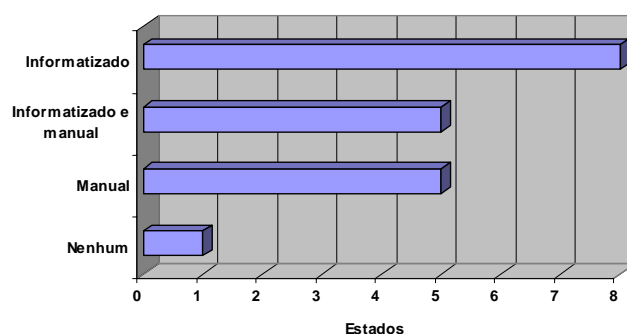


Gráfico 5.37 – Indicador L35 - Formas de controle de estoque de medicamentos.

Não existe uma uniformidade de procedimentos quanto à realização de conferências (L36) e apenas 10 Estados avaliam as discrepâncias apresentadas no inventário (L37).

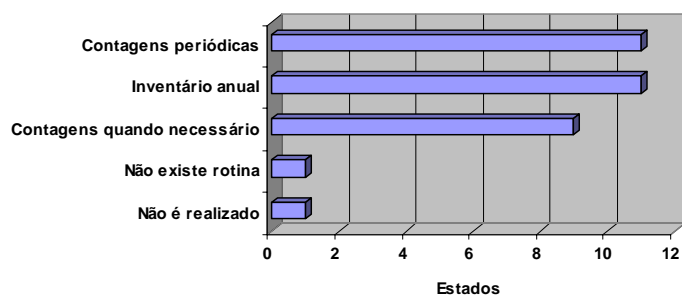


Gráfico 5.38 – Indicador L36 - Formas de realização de conferências de estoque nas CAF.

A maioria respondeu que não possui ou, muito provavelmente, desconhece como é atribuído valor financeiro aos medicamentos estocados e o valor da movimentação do almoxarifado em determinado período (L38), podendo ser interpretado com certo desinteresse aos estoques de medicamentos.

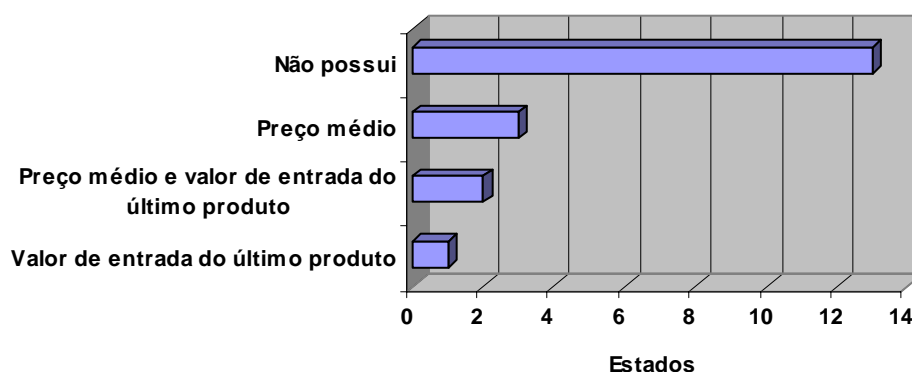


Gráfico 5.39 – Indicador L38 - Formas utilizadas para atribuir valor financeiro aos medicamentos em estoque.

5.3.3.6 Dispensação de Medicamentos

Quadro 5.14 – Descrição dos indicadores de dispensação de medicamentos.

IND	DESCRIÇÃO
L39	Local de dispensação de medicamentos
L40	Formação dos funcionários que realizam a dispensação de medicamentos

Observa-se que ainda persiste a visão da dispensação como uma mera entrega de medicamentos, que pode ser realizada em locais não destinados legalmente para este fim (L39), nem todos adequados (farmácia não

regularmente constituída, no próprio setor de assistência farmacêutica, no almoxarifado de medicamentos, ou mesmo em salas das regionais) e por pessoal sem a devida qualificação técnica (L40).

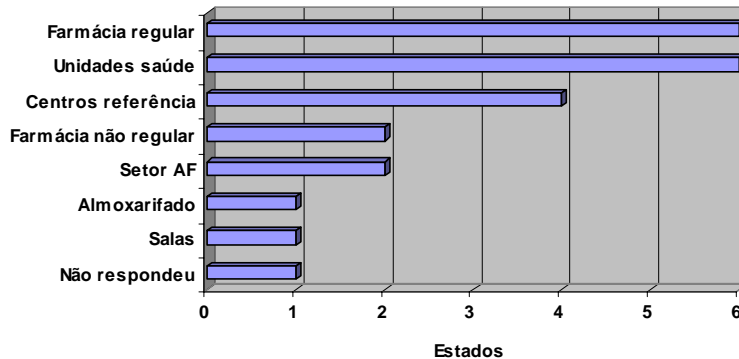


Gráfico 5.40 – Indicador L39 - Local de dispensação de medicamentos.

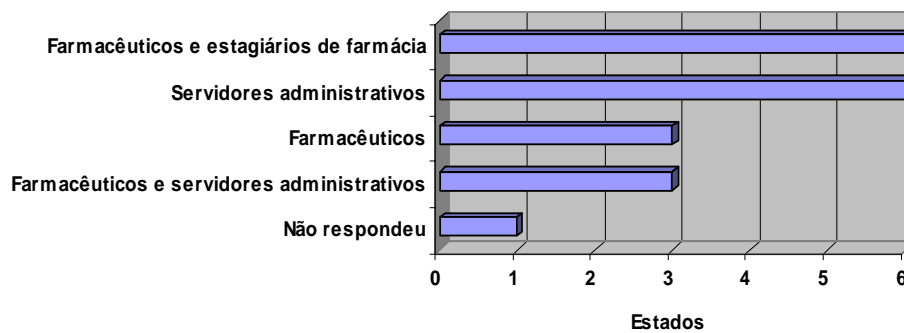


Gráfico 5.41 – Indicador L40 - Perfil dos dispensadores de medicamentos.

5.3.4 Situação da gestão estadual de assistência farmacêutica na amostra

A partir dos resultados dos indicadores apresentados, é possível inferir que o gerenciamento nos Estados estudados ainda não segue uma racionalidade político-administrativa consensual, com grande alternância de coordenação, com descontinuidade de ações, determinando em deficiências no planejamento, na qualificação dos recursos humanos e na articulação das ações. Estabeleceu-se um processo que não avalia e monitora as ações, e, portanto, não consegue estabelecer metas a serem buscadas. Constitui-se em conjunto desordenado de ações, que se restringem ao operacional, limitando-se a alcançar objetivos de curto prazo.

Na prática, a maioria não segue recomendações técnicas no processo de seleção de medicamentos, pois esta está direcionada como atividade de cunho administrativo e burocrático, com o objetivo de estabelecer uma lista de medicamentos, que nem sempre é utilizada nos serviços.

As atividades do ciclo de assistência farmacêutica são realizadas com base no empirismo, relegando aspectos técnicos e legais essenciais para o seu desenvolvimento, apresentando riscos sanitários. Os processos de programação e aquisição de medicamentos indicam uma possível inadequação das atividades. As boas práticas de armazenamento não são cumpridas pela grande maioria dos Estados, com a necessidade de grandes ajustes e investimentos. A dispensação reproduz o modelo de simples entrega, o que justifica a sua forma de realização.

Desta maneira, os indicadores sugerem que os processos de gestão da assistência farmacêutica não consistem de um conjunto coordenado de ações e sua efetividade é questionável. Há, pois, um distanciamento entre o conceito da PNAF vigente (BRASIL, 2004) e a prática dos serviços farmacêuticos estaduais na amostra. A concepção da assistência farmacêutica está focada no medicamento, sendo este sua razão essencial.

5.4 O *Habitus* na amostra

Após a descrição da situação da gestão estadual de assistência farmacêutica na amostra foi possível identificar uma prática dos sujeitos que atuam na gestão da assistência farmacêutica, que expõe um estilo, um comportamento, uma maneira ou traço característico de agir dos agentes sociais envolvidos na gestão, que se caracteriza por:

- Visão reducionista da gestão assistência farmacêutica como parte essencial da política estadual de saúde, resultando numa indefinição do que seria o conjunto de serviços farmacêuticos;
- Priorização de atividades operacionais, de curto prazo, sem incorporar atividades técnicas de caráter de articulação e tático,

tais como o desenvolvimento de políticas específicas, planejamento, avaliação, assessoria, acompanhamento das ações;

- Múltiplo entendimento do caráter da assistência farmacêutica, onde alguns privilegiam o seu caráter técnico e outros o administrativo;
- Olhar voltado para o próprio setor, dando pouca importância à interface com outras áreas, restringindo-a a aspectos operacionais e onde há clara interdependência;
- Pequena importância ao investimento na qualificação de recursos humanos;
- Baixa apropriação e acompanhamento da alocação dos recursos financeiros;
- Existência de conceitos distintos em relação à padronização de medicamentos;
- Baixa apropriação técnica quanto aos processos de trabalho relativos às atividades da assistência farmacêutica;

5.5 A gestão estadual de assistência farmacêutica e o pensamento complexo

Analogias relativas a fenômenos somente tem sentido quando se buscam *encontrar princípios comuns organizadores* (MORIN, 2006, p. 28).

A assistência farmacêutica como um campo recente da saúde coletiva, multidisciplinar, está ainda e constantemente em construção. É parte integrante de um sistema hierarquicamente organizado, sendo um subsistema deste. Como serviço de saúde, a assistência farmacêutica foi projetada por pessoas, isto é, foi planejada e é realizada com base na inter-relação entre pessoas. A assistência farmacêutica tem uma produção social de saúde complexa pela diversificação de atores, ações e tecnologias. Lida com grandes incertezas, como a indeterminação das demandas, com diversidade dos processos de trabalho multiprofissionais, exige trabalhadores qualificados, capazes de

diagnosticar, enfrentar incertezas, autorganizar-se, trabalhar em equipe, resolver problemas, tomar decisão e intervir. Possui forte componente mecanicista, com postos de trabalho separados, com divisão técnica do trabalho.

Por estas características é inerente a sua complexidade. Com base nessa premissa, para fins deste estudo, consideraremos a assistência farmacêutica como um sistema complexo.

Embora ciente de que a leitura fundamentada em teorias pode ser incompleta e apresentar imperfeições, o objetivo deste estudo é analisar o *habitus* de múltiplos significados deste campo e suas inter-relações, utilizando o pensamento complexo para avaliar o seu caráter, aspectos mal definidos/não perceptíveis, modelos de organização que definem as lógicas que contribuem para as escolhas dos agentes sociais nas práticas de gestão, com implicações concretas sobre o campo de estudo, ainda que parciais. Assim, abandonando o determinismo, a idéia de simplicidade e o ideal de objetividade, o estudo busca realizar analogias com base em outro ângulo e pressupostos (BAUER, 2008, p. 233), aceitando a idéia de contradição sem encobri-la com subterfúgios (MORIN, 2006, p. 64).

Utilizaremos os três princípios do pensamento complexo, com base nos trabalhos de Edgar Morin (2006, p. 73-5), como subsídio para análise.

5.5.1 Princípio dialógico: a ordem e a desordem

Morin (2005a), fundamentado na teoria da complexidade pelo ruído de Henri Atlan (1992), afirma que a desordem é inerente e intrínseca a qualquer sistema. *Há um elo consubstancial entre desorganização e organização complexa*, a desordem e a ordem são ao mesmo tempo (MORIN, 2006, p. 31-2) antagonicas, pois a desordem destrói a ordem; concorrentes, pois ocorrem concomitantemente; e complementares, a desordem organiza o sistema.

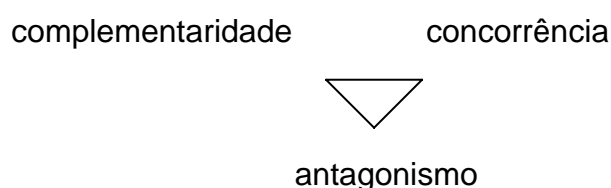


Figura 5.1 - Relação da ordem e desordem no princípio dialógico
 Fonte: Morin, 2005 p. 460

Para que haja organização, é preciso interações, traduzidas por inter-relações, ligações, combinações, comunicações, etc. Para que haja interações, são necessários encontros, e para tanto é necessário que haja desordem. Portanto, a desordem, por meio das imposições iniciais e interações, produz ordem e organização.

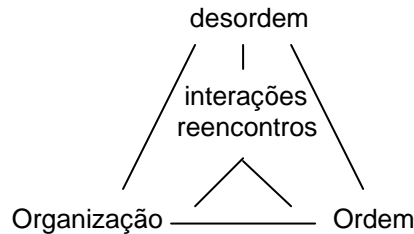


Figura 5.2. Circuito tetralógico.
 Fonte: Morin, 2005 p. 78

No entanto, a ordem e a organização, a partir das transformações, também produzem desordem. *Tudo o que produz ordem e organização produz também irreversivelmente desordem* (MORIN, 2005a, p. 97). Então, a degradação e a dispersão são inevitáveis.

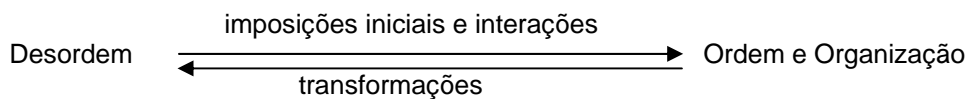


Figura 5.3. Representação esquemática do fluxo de ordem e desordem.
 Fonte: elaboração da autora.

Tanto a ordem como a desordem tem a mesma origem e a relação entre elas é paradigmática, *controla todas as teorias, todos os discursos, toda práxis e, claro, toda política* (MORIN, 2005a, p. 98). A desordem emerge sempre, *está em ação por toda a parte e é imprescindível para o sistemas auto-organizados* (MORIN, 2005a, p. 99). De acordo com MORIN (2005a, p. 61) ,

É possível explorar a idéia de um universo que constitui sua ordem e organização na turbulência, na instabilidade, no desvio, na improbabilidade, na dissipação energética [...] provocando a "estrutura", quer dizer, organização e ordem ao mesmo tempo.

Estamos acostumados com o paradigma simplificador, que põe ordem no universo, e expulsa dele a desordem. A ordem se reduz a uma lei, a um

princípio (MORIN, 2006. p. 59). O pensamento complexo não recusa o tecnicismo, a ordem, o determinismo, considerando que estes são os responsáveis por hoje desfrutarmos de desenvolvimento tecnológico. Porém, os considera insuficientes, estimulando a superação da mente fragmentada, buscando não apenas a multidisciplinaridade, mas a transdisciplinaridade, a complementaridade dos opostos.

Podemos então dizer que a constituição da ordem e o desenvolvimento da organização dependem da desordem e *uma vez constituída a organização e sua ordem própria são capazes de resistir a um grande número de desordens.* (MORIN, 2005a, p. 76)

Além disso, a desordem comporta tanto desordem como ordem, pois também *há ordens na desordem* (MORIN, 2005a, p.100). Os conceitos podem ser relativos. O que para um é desordem, para o outro poderá não sê-lo. Portanto, o que é ordem e o que é desordem são imagens que dependem da significação individual de cada observador, da sua realidade, do momento e das características do próprio sistema observado. Portanto, *é diferente para diferentes observadores-usuários* (ATLAN, 1992, p. 30).

A ordem pode ser entendida como os modos ou as disposições pelo quais seus elementos se organizam em um sistema (MORIN, 2005a, p. 54). Nesta perspectiva, o último conceito de assistência farmacêutica, da PNAF, apresenta como sua ordem os modos ou as disposições do conjunto de ações⁵, que se vale do acesso e o uso racional de medicamentos (ou do medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional) como instrumento para alcançar sua organização, qual seja, alcançar a saúde, tanto do indivíduo como da coletividade, por meio de sua promoção, proteção e recuperação, objetivando a qualidade de vida da população.

O primeiro aspecto da ordem na assistência farmacêutica se traduz em determinações particulares, que são concomitantemente imposições e “regras

⁵ A pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização.

do jogo”. Estas são manifestadas por dimensões legais, que envolve leis, portarias, resoluções, pactuações específicas da área, que definem o sistema, as competências, o financiamento, etc.; e técnicas, abrangendo o conjunto de conhecimentos multiprofissionais dos processos de trabalho que legitimam a assistência farmacêutica. As boas práticas são normas que definem procedimentos necessários para garantir a qualidade dos serviços e produtos em todos os processos de trabalho, objetivando a diminuição dos riscos inerentes em todas as operações envolvidas. Os aspectos destas ordens já foram descritas no Capítulo 3.

Quanto às desordens, são encontradas descritas na literatura desordens na assistência farmacêutica de diversas naturezas, com dimensões políticas, administrativas, técnicas e culturais (RIECK, 2002b; OPAS, 2005; MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; CAMACHO, 2007; MARQUES; JEREMIAS; 2008; REIS; PERINI, 2008). Dentre estas, salientamos a desarticulação, a descontinuidade no tempo, a fragmentação das ações, as dificuldades nas inter-relações dos agentes sociais. Há ainda um paradoxo entre os vínculos precários de trabalho nos serviços público e o trabalho complexo, execução de ações muitas vezes dissociadas de sua concepção, com pouca qualificação e autonomia. Muitas vezes os trabalhadores se relacionam de maneira impessoal com o usuário, por meio de tratamento sumário e burocrático. Outras desordens descritas são a falta de acesso a medicamentos essenciais, desvios da qualidade de produtos farmacêuticos, prazo de validade vencido, sobre e subestoque de itens de medicamentos, fragilidade em garantir a rastreabilidade dos medicamentos, utilização de medicamentos que perderam sua eficácia devido à má conservação; uso de fármacos para indicações não aprovadas ou que não possuem base científica adequada.

Algumas desordens têm implicações diretas sobre a gestão estadual de assistência farmacêutica. Inicialmente, a política nacional de assistência farmacêutica foi concebida de forma centralizada, sob a responsabilidade da CEME, onde os Estados assumiram um papel de mero “*distribuidor de caixinhas*” aos municípios. Após a extinção da CEME e a necessidade de resposta do gestor federal aos clamores populares quanto ao acesso de medicamentos, foi estabelecida uma nova política, que descentralizou a

assistência farmacêutica através de repasses de recursos financeiros para a aquisição de medicamentos. Cada Estado era soberano em sua pactuação, sendo que a maior parte descentralizou gradualmente a gestão dos recursos para o âmbito municipal, por pressão dos próprios municípios.

Inicialmente sob a responsabilidade da CEME e posteriormente dos municípios, criou nos Estados certa “crise de identidade”, pela falta de clareza quanto ao seu papel no sistema de assistência farmacêutica, pois não havia uma construção de sua identidade, já que sua única referência era o de “distribuidor de caixinhas”. Além disso, o papel que foi estabelecido pela PNM ao gestor estadual, em 1998, é formado de dois pólos, um de caráter mais amplo e de articulação, com atividades que vão desde a coordenação e a formulação de políticas de assistência farmacêutica em seu território e o outro de caráter estritamente operacional, de execução de ações. Isto criou uma situação de dualismo, como se fossem inconciliáveis, levando os agentes sociais a optar por uma ou outra. Foi timidamente assumida por alguns gestores estaduais a competência em *prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica* (BRASIL, 1998b).

Neste cenário, a maioria dos municípios não garantiu serviços com critérios mínimos de qualidade, pois não estavam preparados para assumir a assistência farmacêutica, nem administrativamente e nem tecnicamente, e ainda não estavam apropriados de um diagnóstico qualificado das condições de saúde de seu território para a área de medicamentos, ficando a mercê de clientelismo, assistencialismo, perda por escala, ineficiência, etc. Na prática, houve uma desconcentração dos recursos e não uma descentralização efetiva, com importantes desvios de qualidade no desempenho gerencial e uma grande variabilidade entre os serviços prestados. É inegável que ocorreram avanços, porém muito caminho ainda deverá ser trilhado.

Outra questão relevante na gestão estadual da assistência farmacêutica, por sua extensão e complexidade, é o gerenciamento do programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional e a conseqüente judicialização dos medicamentos. A responsabilidade pela execução do

programa, a falta de estrutura, o alto custo dos medicamentos que exige um aporte de um grande volume de recursos financeiros, a falta de investimentos, serviços direcionados para o atendimento de uma população restrita, a pressão política exercida por entidades que organizam portadores de diversas patologias, os grandes interesses da indústria farmacêutica, etc., constituiu-se um cenário que direciona o gestor estadual a visualizar majoritariamente este programa, estabelecendo ações prioritárias ao mesmo em detrimento de uma política estadual de assistência farmacêutica ou da coordenação do sistema estadual de assistência farmacêutica.

A assistência farmacêutica é uma área de interseção dentro das SES, por ser um campo que pertence a todas as políticas de saúde que fazem uso de medicamento. Mas, ao mesmo tempo, é um campo específico. Da mesma forma, com relação às atividades inseridas nos conceitos, o maior número delas se estabelece como um serviço meio, que estabelece uma interação restrita com o usuário do sistema, com a comunidade, profissionais de saúde, que efetivamente a configura como um serviço fim. Percebe-se que os relacionamentos entre os setores constituem vínculos frágeis, sendo a assistência farmacêutica um programa que paira, vagueia na SES, não sendo alvo de atenção por parte do restante dos programas. Alguns consideram a assistência farmacêutica um campo de atuação sem relevância técnica, focado na aquisição e distribuição de medicamentos.

Há ainda desordens resultantes dos pontos de vista diferenciados dos vários agentes sociais.

As instituições de ensino superior e os profissionais farmacêuticos, com sua tradição tecnicista, vêem a assistência farmacêutica como um campo recente que exige um novo perfil profissional, para o qual a maioria não foi qualificada no âmbito da graduação e, ainda, visto como de atuação comercial gerencial, administrativa, de menor valor (ESTEFAN, 1986; VIEIRA, 2007). O farmacêutico, acostumado a estar atrás de uma bancada e lidando com alta tecnologia, tem dificuldades em promover relações entre os diversos saberes, de interagir com os diversos profissionais e suas atividades. Além disso, está impregnado pela visão mecanicista e determinista que direciona em busca da

ordem, desde o planejamento até execução de ações, tendo dificuldade de lidar com a desordem como conceito complementar. A complexidade e a excessiva desordem afastam os farmacêuticos, que, quando podem, buscam atuar em outras áreas.

Importa para a população o acesso, a disponibilidade do medicamento, ficando as questões como qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos em um segundo plano. Mesmo com a Constituição Cidadã, a sociedade ainda não tem o pleno exercício de cidadania na garantia do direito à proteção da saúde. A percepção de risco é atribuível de acordo com as referências pessoais de cada um. A população no país percebe muito mais como risco a não disponibilização pelo sistema de saúde do medicamento que lhe é imprescindível naquele momento. Esta preocupação é legítima, mas existem ainda outras desordens associadas, tais como um diagnóstico incorreto ou falta de resolubilidade do medicamento às suas necessidades de saúde. A partir desta visão são constatadas desordens que impõe riscos diretos a saúde do usuário, que podem causar danos irreversíveis e inclusive a morte, tais como reações adversas a medicamentos; erros de prescrição e administração de medicamentos; casos de intoxicação aguda ou crônica pela utilização de produtos farmacêuticos; abuso e seu uso errôneo; efeitos adversos causados por interações entre fármacos com substâncias químicas, outros fármacos e/ou alimentos, entre outros.

O gestor, como agente político, em decorrência da pressão social, normalmente concebe a assistência farmacêutica por meio de uma visão sistêmica e reducionista que tem como objetivo a disponibilização de medicamentos. Este ainda precisa lidar com várias desordens agregadas: o alto montante financeiro para sua consecução; a escassez de recursos; a falta de capacitação, tanto própria como dos profissionais, falta de estrutura; entre outras.

De modo geral, o *habitus* da gestão estadual de assistência farmacêutica apontou para precariedade de estrutura e de processos de trabalho, levando em conta um contexto em que os Estados amostrados foram caracterizados por meio de indicadores com condições sociais e econômicas

mais precárias que a média nacional. Este apresenta uma visão reducionista da gestão, voltada ao operacional, para “apagar incêndios”, à execução de ações, com constantes discontinuidades, com baixa qualificação, com conceitos distintos de processos de trabalho, que impedem o olhar tático, de articulação, e alimentam um círculo vicioso. É preciso então verificar a origem desta desordem. Para BOURDIEU (2005, p. 138), em uma série coerente, *a sociologia postula que há uma razão para os agentes fazerem o que fazem*, argumentando que condutas não são atos gratuitos, mesmo que incoerentes ou arbitrarias.

Atlan (1992) afirma que nem toda desordem é necessariamente uma complexidade, que se configurará como tal em relação a uma ordem oculta, não decifrada. Cabe perguntar se as desordens da gestão estadual da assistência farmacêutica são complexas porque desconhecemos a ordem dos serviços farmacêuticos ou apenas supomos que ela exista. Morin ainda vai mais longe, afirmando que há *necessidade de limites para a desordem, ou seja de imposição de ordem* (MORIN, 2006, p. 108).

O não cumprimento de boas práticas é uma desordem emblemática nos serviços farmacêuticos do SUS. Existem resistências quanto ao cumprimento das normas? Qual a razão da histórica falta de financiamento específico para a estruturação e organização dos serviços? A adequação implica em custos e requer esforços inerentes a sua implantação. Alguns cristalizam as boas práticas, abrindo mão da capacidade de refletir sobre ela, considerando-a como mais uma lei que “não pega” no serviço público. Infelizmente, ainda há alguns que as vêem como desnecessárias já que os medicamentos se destinam para a população empobrecida.

Segundo Atlan (1992), apenas são “aceitáveis” possíveis perturbações/desordens que objetivem a sua sobrevivência ou que este execute uma função. Portanto, é imprescindível diferenciar duas concepções de desordem: a complexa, não contornável, inerente do sistema, da qual não conhecemos o caminho; e a desordem contornável, não complexa, que segue a regra, que se não corrigida produz desorganização e ineficiência. Nesta concepção, as boas práticas nos serviços farmacêuticos no âmbito do SUS não

são uma questão complexa e sim, uma tomada de decisão do gestor, com o envolvimento dos servidores, estabelecendo estratégias para buscar financiamento e o seu cumprimento gradual, de acordo com a classificação de risco potencial.

Existem outras questões a serem abordadas com urgência neste campo. É necessária a qualificação dos agentes políticos quanto a dimensões técnicas do gerenciamento de serviços farmacêuticos, possibilitando que a tomada de decisão dos gestores tenha diluída a representação do uso do medicamento como clientelismo e assistencialismo.

Não raro os gestores se eximem das responsabilidades de prover condições de trabalho. O absenteísmo é expressivo no serviço público em decorrência da necessidade de complementar o salário por meio de outros serviços ou empregos. A burocracia e a legislação são ambivalentes, pois asseguram regras impessoais, mas muitas vezes desenvolvem concomitantemente uma série de impeditivos de ação.

Mas com tanta complexidade, como a assistência farmacêutica ainda subsiste? Esta questão passa pelos anseios e desejos humanos, bem como pela capacidade de escolha. Para MORIN (2006), é possível constatar um fenômeno de resistência no interior do sistema, que apesar de todas as desordens e desperdícios, fazem o sistema funcionar. A este fenômeno chama de anarquia organizadora espontânea, calcada na autonomia e na liberdade dos sujeitos, que criam redes informais autônomas e colaboradoras.

Esta resistência é tolerada por muitos gestores, porque são estes sujeitos resistentes, que lutam pelo ideal da promoção, prevenção e recuperação da saúde, que mantêm a assistência farmacêutica, que a fazem acontecer, apesar de todas as imposições. Porém, não é possível ininterruptamente manter esta situação, porque conduz a desestruturação e a desintegração do sistema.

Deve ser levado em conta, também, que nem sempre as desordens obedecem a modos predeterminados de controle, resistindo ao domínio do indivíduo, que pode vir até a irromper um efeito contrário ao desejado, mesmo

que estabelecido com base num planejamento qualificado. Morin (2006), fundamentado na teoria do caos, afirma que qualquer ação executada modifica o equilíbrio, as estruturas, causando novas desordens, além das já existentes. Portanto, o sujeito não domina a ação, que pode levar a resultados que podem não corresponder as suas intenções.

Os erros apontam falhas de processo, que somente serão corrigidos por meio de mecanismos de realimentação - *feedback*. Estes ocorrem através de interações, disponibilizando informações. No país, ainda mais no serviço público, existe uma forte cultura de responsabilização ao erro, que leva a ocultá-lo. Perdemos então a riqueza do aprendizado pelo erro. É necessário encarar o erro como desordem complementar, fazer uso dele, aprender com ele, como instrumento de transformação, de reorganização.

A assistência farmacêutica ainda insere nela incertezas quanto às necessidades de demandadas, sazonalidade, bem como do perfil de consumo de medicamentos.

Este princípio nos provoca a ver a desordem como impulsionadora e/ou geradora de ordem do sistema de assistência farmacêutica, reagindo para minimizar ou eliminar a possibilidade de riscos à saúde. A desordem, enquanto aprendizado, gera organização.

Dentro desse quadro onde predomina a desordem, o pensamento complexo nos estimula a perceber que é necessário promover ações que proporcionem interações que propiciem a organização, aprendendo com os erros, os desperdícios, as despesas, o desequilíbrio. As desordens podem ser minimizadas ou corrigidas muitas vezes por meio de ações simples, que não necessitam de grandes recursos estruturais e que podem levar a grande resultados. Porém, devemos estar atentos que uma nova ordem, além de introduzir uma nova organização, gera concomitantemente desordens associadas, que precisam ser consideradas.

É preciso combinar a ordem/desordem/interação/organização para orientar a explicação de um fenômeno (MORIN, 2006, p. 108). Há, portanto, dois caminhos possíveis para a assistência farmacêutica: sucumbir de maneira

simplista e resignada à desorganização descrita ou buscar a organização, acolhendo a desordem, fazendo uso da informação para alcançar nova ordem (modificar padrões e *habitus*) por meio da reorganização. Esta nova organização cada vez mais complexa irá gerar novas desordens, que precisam de informações e interações para sua reorganização, possibilitando uma nova organização, e assim sucessivamente.

5.5.2 *Princípio da recursão organizacional*

Na interdependência dos sistemas de causa-efeito, as organizações operam o que Morin denomina de *produção-de-si e a reorganização-de-si*. Para entendê-las, as idéias de circuito e abertura são fundamentais. (MORIN, 2005a, p. 227). *A produção produz não apenas os produtos, mas o ser produtor, isto é, é produtor de si* (MORIN, p. 261).

5.5.2.1 *Circuito*

O sistema de assistência farmacêutica, como subsistema do sistema de saúde, obrigatoriamente realiza trocas com este (recursos, energia, informação), viabilizando o acesso a medicamentos. Algumas atividades da assistência farmacêutica ocorrem em um circuito, o ciclo da assistência farmacêutica, convertendo os processos em organização. O fim do processo alimenta o seu início, transformando-os na sua totalidade em uma organização ativa, num sistema. As atividades/elementos somente têm sentido articuladas em um todo, de maneira ininterrupta, repetitiva e reiterada. Portanto, pode-se defini-lo como um circuito recursivo.

Um processo recursivo é *todo processo cujos estados ou efeitos finais produzem os estados iniciais ou as causas iniciais* (MORIN, 2005a, p. 231). Neste princípio complexo, o produto e os efeitos de sua produção são, ao mesmo tempo, a razão e os responsáveis pela produção deste ciclo auto-organizativo. Este princípio nos leva a discutir as formas de organização dos processos de trabalho e as causas e os efeitos deste no sistema de assistência farmacêutica. O processo de trabalho em saúde tem como característica fundamental à prestação de serviços de saúde, que se realizam com base na inter-relação entre pessoas.

Segundo MENDES-GONÇALVES (1994, p. 57), um serviço é o desempenho de qualquer trabalho com o objetivo de alcançar um determinado efeito, o atendimento de uma necessidade de saúde, que se articula por meio de um processo de divisão de trabalho social.

O processo de trabalho em saúde é composto de dimensões políticas, no reconhecimento dos conflitos e dos distintos interesses; sociais, promovendo e protegendo a saúde dos cidadãos; técnicas, na utilização de técnicas e conhecimentos e administrativas, na forma de organizar o trabalho. Este abrange (Brasil, 2004c):

- Um sujeito, um profissional de saúde, que realiza o trabalho para alcançar sua finalidade;
- O objeto sobre o qual se exerce a ação, que consiste de pessoas com problemas e necessidades de saúde.
- Os meios de trabalho, manifestado pelos métodos, conhecimentos ou tecnologias adotadas;
- As relações de trabalho, isto é, as interações entre as pessoas e seus conhecimentos.

A prestação de serviços em saúde organiza esses elementos de diversas maneiras com uma dada finalidade, que é fruto do significado social do processo de trabalho, que revela seus interesses, tanto individuais e coletivos. Estas foram estabelecidas no SUS como a promoção e preservação das condições de saúde, a prevenção contra fatores que a ameacem e a recuperação da saúde em caso de agravos (BRASIL, 1988, 1990) A sua finalidade está sempre relacionada com problemas e necessidades sociais de saúde do indivíduo ou do coletivo, quer sejam eles percebidos ou não, que podem ou não demandar ações e serviços. Também está relacionada ao processo saúde e doença, levando em consideração dimensões biológicas, sociológicas, econômicas, ambientais e culturais (Brasil, 2004c).

Os conceitos de necessidades de saúde tomam como essenciais questões relacionadas à manutenção da vida e do direito e da cidadania

(CAMPOS, 2004). Pode-se reconhecer quatro conjuntos de necessidades de saúde:

O primeiro são as boas condições de vida, entendendo-se que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades. O segundo conjunto diz respeito ao acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida. É importante destacar, nesse caso, que o valor de uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento. O terceiro bloco refere-se à criação de vínculos (a) efetivos entre o usuário e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculo deve ser entendido, nesse contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa. Por fim, necessidades de saúde estão ligadas também aos graus crescentes de autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação (CECÍLIO, 2001).

As necessidades de saúde podem ser percebidas de forma diferente pelo usuário do sistema de saúde e pelo profissional que atua nos serviços.

Consideraremos os problemas de saúde como necessidades não satisfeitas, que geram riscos à saúde, como sofrimento, adoecimento ou morte. Uchôa e Vidal (1994) fazem uma abordagem antropológica, relacionando o processo saúde-doença como fenômeno culturalmente construído e interpretado, de como a população tem conhecimento de risco, de prevenção, de causalidade, de tratamentos apropriados e os procedimentos que desenvolvem para resolvê-los.

Para o entendimento das formas de organização tecnológica dos processos de trabalho do sistema de assistência farmacêutica é necessário o conhecimento dos modelos de organização assistencial do sistema de saúde, no qual este está inserido. Existem diversos modelos alternativos, porém consideraremos os modelos de organização do SUS descritos por TEIXEIRA; PAIM; VILABÔAS, 1998 (Quadro 5.15) como três modelos assistenciais hegemônicos: médico-assistencial privatista, sanitário e vigilância da saúde, que podem ser distinguidos por intermédio dos sujeitos, objetos, meios de trabalho e formas de organização distintos.

Quadro 5.15. Modelos assistenciais do SUS.

Modelo	Sujeito	Objeto	Meios de trabalho	Formas de organização
Modelo médico-assistencial privatista	Médico Especialização Complementaridade	Doença (patologia e outras) Doentes	Tecnologia médica (indivíduo)	Rede de serviços de saúde Hospital

	(paramédicos)	(clínica e cirurgia)		
Modelo sanitaria	Sanitarista - auxiliares	Modos de transmissão Fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias, Programas especiais, Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
Vigilância da saúde	Equipe de saúde População (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades, determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e de trabalho)	Tecnologia de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias	Políticas públicas saudáveis, Ações intersetoriais, intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação), operações sobre problemas e grupos populacionais

Fonte: TEIXEIRA; PAIM ; VILABÔAS, 998, p. 18

O modelo médico-assistencial privatista tem ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Em contrapartida a ênfase do modelo sanitaria está em campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, tendo como o objeto os determinantes clínico-epidemiológicos no âmbito individual e coletivo.

O modelo da Vigilância da Saúde articula os conhecimentos e as técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais, onde as ações e serviços partem da *identificação dos problemas e necessidades de saúde da população em um território delimitado* (TEIXEIRA; PAIM; VILABÔAS, 1998, p. 14). Além dos profissionais e trabalhadores de saúde, incorpora a população organizada como sujeitos, ampliando o objeto para *as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de sua condição de vida* (TEIXEIRA; PAIM; VILABÔAS, 1998, p.18). Os meios de trabalho incluem estratégias de comunicação social como forma de mobilizar e organizar grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde. O modelo extrapola a dicotomia entre as práticas coletivas e individuais.

O Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão assumem perspectivas importantes da Vigilância da saúde, como modelo de organização assistencial dos SUS.

A partir das bases conceituais de um processo de trabalho em saúde, podemos retornar a recursividade organizacional, utilizando metodologias complementares disponíveis desenvolvidas em vários estudos (MENDES-GONÇALVES, 1994; TEIXEIRA; PAIM; VILABÔAS, 1998c; SOUZA, 2007) para descrever os modelos de organização dos processos de trabalho da assistência farmacêutica.

É possível verificar que os modelos de organização dos serviços de assistência farmacêutica seguem de certa forma a mesma lógica dos modelos assistenciais do SUS.

O primeiro modelo de organização da assistência farmacêutica, que chamaremos medicamentocêntrico, é espelhado na lógica do modelo médico-assistencial privatista, que tem como idéia fixa o medicamento. Este modelo é caracterizado por:

- Problema de saúde: a doença;
- Necessidade: medicalização da vida cotidiana da sociedade;
- Finalidade: disponibilizar medicamentos;
- Objeto: adquirir medicamentos;
- Sujeitos: profissionais executores das ações e os indivíduos doentes;
- Instrumentos: a prescrição médica, a aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos;
- Meio: o medicamento como bem de consumo;
- Resultado: medicamento disponibilizado sem a garantia de segurança, eficácia e qualidade para uma possível reabilitação do indivíduo, com eliminação ou evolução dos sintomas.

Está dissimulada em muitos serviços, impregnada pela ótica da medicalização da sociedade. Michel Foucault (1979, p. 190), com base nos mecanismos de poder, define-a como o poder da técnica, da disciplina. Desta forma, o medicamento assume ser a finalidade do sistema, cumprindo um

papel de permanente demanda, fragmentando a ação e perdendo contato deste com o sistema de saúde. Uma visão reducionista gera uma organização reducionista, e em consequência uma ação restrita.

O segundo modelo de organização da assistência farmacêutica segue o modelo sanitaria, caracterizado pela simplificação das atividades, e será denominado de serviços farmacêuticos reduzidos. Está configurado da seguinte maneira:

- Problema de saúde: a doença;
- Necessidade: intervir na doença;
- Finalidade: recuperar a saúde;
- Objeto: eliminar ou reduzir sintomas e/ou sinais da doença;
- Sujeitos: profissionais executores das ações e os indivíduos doentes;
- Instrumentos: o saber médico e das ciências farmacêuticas, a prescrição médica, a programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos, dispensação;
- Meio: o medicamento como bem de consumo;
- Resultado: reabilitação do indivíduo, com eliminação ou evolução dos sintomas.

Este modelo permanece focado no medicamento como meio de trabalho, sendo que este continua sendo o motivador do sistema, sua causa inicial, e o que movimenta este processo de trabalho. Contempla o objeto no seu enfoque clínico, que diz respeito ou é peculiar a uma pessoa ou indivíduo e incorpora a abordagem epidemiológica, levando em conta as inter-relações dos vários determinantes de frequência e distribuição de doenças num conjunto populacional. Está dirigido para o atendimento da demanda espontânea e a programas específicos.

O terceiro modelo de organização da assistência farmacêutica segue o modelo da vigilância da saúde, que passamos a denominar de modelo dos serviços farmacêuticos integrais, caracterizado por:

- Problema de saúde: determinantes, risco potencial ou ocorrência concreta de doença;
- Necessidade: intervir nos determinantes, nos riscos potenciais ou no evento de doença;
- Finalidade: promover, proteger e recuperar a saúde de forma articulada;
- Objeto: reduzir riscos potenciais, tanto individuais como coletivos, e os sintomas e/ou sinais da doença;
- Sujeitos: equipe de saúde, grupos populacionais e indivíduos no exercício de cidadania, controle social, universidades, entre outros;
- Instrumentos: o medicamento como insumo de saúde, o saber clínico e epidemiológico; a prescrição médica; o saber das ciências farmacêuticas e os elementos do sistema de assistência farmacêutica: pesquisa e desenvolvimento, produção de medicamentos e insumos, seleção de medicamentos, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos, dispensação, atenção farmacêutica, informação, padronização, garantia da qualidade dos produtos e serviços, educação em saúde, vigilância farmacológica e sanitária, farmacoeconomia;
- Meio: o serviço farmacêutico;
- Resultado: promoção, proteção e reabilitação do indivíduo, com eliminação ou evolução dos sintomas.

Na análise dos conceitos de assistência farmacêutica verificamos que eles evoluíram para outra lógica, que Foucault (1979, p. 190; 203) explicita como a do direito e da soberania, *objeto da medicalização deve ser a*

população em geral e seu objetivo uma melhoria de conjunto do nível de saúde.

Se o meio de trabalho são serviços farmacêuticos, seus efeitos serão não apenas a disponibilização de medicamentos com vistas à recuperação da saúde, mas também a promoção e a prevenção da saúde, o uso racional de medicamentos com qualidade, eficácia e segurança, em conformidade com os conceitos da PNM ou da PNAF. Este modelo está de acordo com os requisitos de uma boa prática de serviços farmacêuticos (OMS, 1993, p. 27):

a. La buena práctica de farmacia exige que la primera preocupación de un farmacéutico sea el bienestar de los pacientes en todas las circunstancias.

b. La buena práctica de farmacia exige que la esencia de la actividad farmacéutica sea el suministro de medicamentos y otros productos para el cuidado la salud, la información y asesoramiento adecuado a los pacientes, y la observación de los efectos de su uso.

c. La buena práctica de farmacia exige que una parte integral de la contribución del farmacéutico sea la promoción de una forma de prescribir racional y económica, y el uso adecuado de los medicamentos.

d. La buena práctica de farmacia exige que el objetivo de cada elemento del servicio farmacéutico sea relevante para el individuo, esté claramente definido y sea eficazmente comunicado a todos los relacionados en el asunto.

Quando colocados riscos potenciais, a concepção de riscos clínicos próprios das enfermidades é ampliada para conceitos de risco descritos por Spink (2008), de caráter cumulativo, tanto da exposição a bens e serviços próprios do desenvolvimento de tecnologias, das desigualdades sociais, de riscos assumidos individualmente pelo respaldo da cidadania e riscos imponderáveis.

Para interferir de maneira efetiva, esta lógica/modelo pressupõe uma apropriação e aceitação do processo trabalho pelos profissionais de saúde, bem como dos processos sociais pela população. Implica numa mudança na maneira de se relacionar com os serviços, retomando os serviços farmacêuticos a inserção na atenção à saúde, não limitado a garantir o direito e acesso aos serviços de saúde, mas do direito à saúde.

Os modelos de organização acima descritos foram sistematizados no Quadro 5.16.

Quadro 5.16 - Modelos de organização da assistência farmacêutica.
Fonte: elaboração da autora.

Modelo Organizacional	Medicamentocêntrico	Serviços Farmacêuticos Reduzidos	Serviços Farmacêuticos Integrais
Problema de saúde	A doença	A doença	Determinantes, risco potencial ou ocorrência concreta de doença
Necessidade	Medicalização da vida cotidiana da sociedade	Intervir na doença	Intervir nos determinantes, no risco potencial ou no evento de doença
Finalidade	Disponibilizar medicamentos	Recuperar a saúde	Promover, proteger e recuperar a saúde
Objeto/objetivação	Adquirir medicamentos	Eliminar ou reduzir sintomas e/ou sinais da doença	Reduzir riscos potenciais, tanto individuais como coletivos, e os sintomas e/ou sinais da doença
Sujeitos	Profissionais executores das ações e os indivíduos doentes	Profissionais executores das ações e os indivíduos doentes	Equipe de saúde, grupos populacionais e indivíduos no exercício de cidadania, controle social, universidades, entre outros
Instrumentos	A prescrição médica, a aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos	O saber médico e das ciências farmacêuticas, a prescrição médica, a programação, aquisição, armazenamento e distribuição, e dispensação de medicamentos	O medicamento como insumo de saúde; o saber clínico e epidemiológico das ciências médicas; a prescrição médica; o saber das ciências farmacêuticas e os elementos do sistema de assistência farmacêutica: pesquisa e desenvolvimento de medicamentos, produção de medicamentos e insumos, seleção de medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, atenção farmacêutica, informação, padronização, garantia da qualidade dos produtos e serviços, educação em saúde, vigilância farmacológica e sanitária, farmacoconomia
Meio	O medicamento como bem de consumo	O medicamento como bem de consumo	O serviço farmacêutico integral
Resultado	Medicamento disponibilizado sem a garantia de segurança, eficácia e qualidade para uma possível reabilitação do indivíduo, com eliminação ou evolução dos sintomas	Reabilitação do indivíduo, com eliminação ou evolução dos sintomas	Promoção, proteção e reabilitação do indivíduo, com eliminação ou evolução dos sintomas

O processo de trabalho em assistência farmacêutica apresentado no *habitus* da gestão estadual apresenta todos os modelos de organização, porém em sua maioria seguem o modelo medicamentocêntrico e o modelo de serviços farmacêuticos reduzidos, que se encontram dissociados dos conceitos de assistência farmacêutica apresentados, calcado e focado no medicamento. Esta lógica não se restringe à gestão estadual e sim da própria organização do sistema, pois os recursos financeiros da assistência farmacêutica ainda estão direcionados para o medicamento como seu fim, *output* (produto).

Em suma, o princípio da recursão organizacional, através da idéia de circuito, nos aponta para a importância do modelo de sistema de assistência farmacêutica adotado, pois este será determinante quanto ao resultado a ser alcançado.

A partir da descrição dos modelos, torna-se claro que os processos de gestão da assistência farmacêutica não são descoordenados, pouco coerentes e efetivos, ou superficiais como sugerido na análise dos indicadores do componente do gerenciamento, no que tange a estrutura e planejamento. Verifica-se que estes seguem uma coerência com o modelo assumido.

Portanto, para alcançar serviços farmacêuticos de qualidade e assumir o conceito de assistência farmacêutica da Política Nacional de Assistência Farmacêutica são necessários conhecimentos e informações, quer sejam técnicos ou gerenciais, e estes dependem de estrutura e da adequada realização dos diferentes processos envolvidos, expressos por boas práticas, e devem estar inseridas no modelo de atenção à saúde, que responda as expectativas e as necessidades de saúde da população.

Por meio do princípio da recursão organizacional é possível questionar o ciclo. Os conceitos descrevem a assistência farmacêutica de forma mais ampla e rica do que o seu ciclo, porém esta concepção é aceita nos serviços e descrito na literatura (MARIN, *et al*, 2003). Este circuito transforma os seus elementos numa sucessão de fenômenos periódicos, configurando um processo retroativo/recursivo, que produz sem cessar. A partir de uma seleção de medicamentos, inicia-se um processo de programação dos medicamentos de acordo com o perfil epidemiológico e de consumo, que alimenta os processos de sua aquisição, cujo produto supre o

processo de seu recebimento e armazenamento, que disponibiliza medicamentos para sua distribuição, que o provê a sua dispensação e uso, que, com base informação de consumo e prescrições de medicamentos subsidia a tomada de decisão para uma nova programação, realimentando o ciclo.

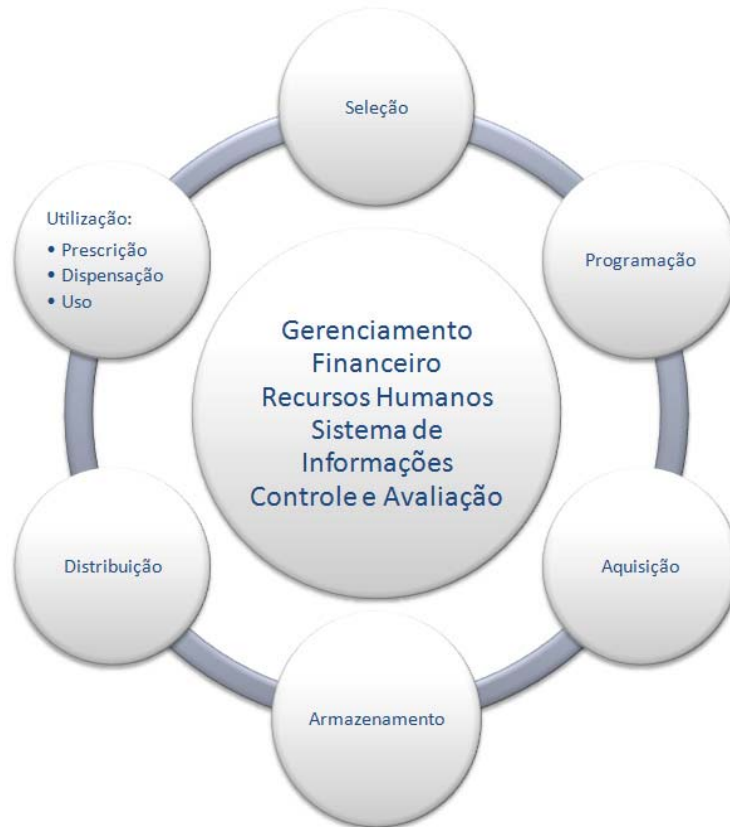


Figura 5.4. Ciclo de Assistência Farmacêutica.
Fonte: Marin, et al, 2003, p.130.

A seleção de medicamentos é considerada internacionalmente como eixo da assistência farmacêutica, pois todas as atividades são desenvolvidas com base num elenco de medicamentos. A seleção é uma atividade por essência multidisciplinar que, conforme a OMS (2002, p.1), tem como objetivo *melhorar a qualidade da atenção, a gestão dos medicamentos (incluindo a qualidade dos medicamentos prescritos) e o aproveitamento custo-eficaz dos recursos sanitários*, através de um processo de trabalho específico que utiliza princípios técnico-científicos pré-estabelecidos. Esta deve estar sob a responsabilidade de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, comissão formalmente constituída e isenta de conflitos de interesses (MARIN, et al, 2003). A atividade prevê não apenas a elaboração do elenco de medicamentos, como também a elaboração de um Formulário

Terapêutico. A seleção de medicamentos deve ser revisada com periodicidade pré-definida.

Desta forma, não faz parte do ciclo de eventos, e sim lhe dá apoio, suporte e articulação. É possível propor outra configuração para o ciclo:



Figura 5.5 - Ciclo de Assistência Farmacêutica alterado.
Fonte: Elaboração da autora.

É plausível deduzir que o provável objetivo da opção conceitual de introduzir a atividade de seleção no ciclo, conscientemente ou não, foi lhe dar maior visibilidade e importância, facilitando o processo de sua apropriação como atividade. Porém, como consequência, alguns lhe inferem uma excessiva importância em detrimento aos outros elementos.

A maioria dos municípios do país não tem condições de sustentar um processo de seleção de acordo com o preconizado, acabando por gerar uma lista sem o cumprimento dos critérios técnico-científicos, que atende a outros interesses. É necessário realizar estudos que possam discutir a relevância das especificidades regionais no país que justifique os recursos despendidos.

Levando em conta as competências de cunho dualista da gestão estadual, uma das possibilidades seria tornar a seleção de medicamentos uma atividade passível de ser assumida como competência estadual, coordenando assim o processo de seleção, com o objetivo de apoiar os municípios no atendimento das necessidades prioritárias de saúde de seu território. Estaria assim cumprindo com a atribuição de prestar cooperação técnica aos municípios e coordenando a assistência farmacêutica no seu âmbito, liberando os municípios a despendem maior energia para a execução das ações de sua competência.

É necessário analisar o papel de cada instância na gestão do sistema de assistência farmacêutica, verificando se o que está posto na Política Nacional de Medicamentos ainda atende as necessidades e são suficientes para resolução dos problemas. As atribuições de cada gestor quanto às ações e serviços devem estar subordinadas a um enfoque epidemiológico na identificação de problemas e necessidades de saúde da população na área geográfica de abrangência do gestor, do grau de desenvolvimento, da disponibilidade de recursos e da capacidade técnico-operacional dos diferentes territórios (TEIXEIRA; PAIM; VILABÔAS, 1998, p. 15). As ações devem estar de acordo com a opção do modelo de organização dos serviços farmacêuticos. Precisamos ter maturidade de assumir a verdadeira concepção que está por trás das ações.

5.5.2.2 Abertura

Segundo MORIN (2005a, p. 254), não é possível dissociar a concepção de abertura e a de fechamento, pois estão intimamente relacionadas. A visão sistêmica levou em conta a importação e a exportação de um sistema aberto. A organização ativa, auto-organizativa, tem necessidade vital de retirar matéria/energia/informação de seu ambiente, realizando trocas de energia, que provocam um fluxo de energia, que possibilita produções e transformações. Mantém assim sua funcionalidade, possibilitando que este se desenvolva. Para o pensamento complexo, o conceito de abertura tem sentido de dupla abertura de entrada e de saída para o ambiente; de troca permanente e múltipla com este ambiente; de organização interno-externa, gerativa e suscetível de descrição ou explicação, ligada a esta troca; de dependência; de autonomia; de existência.

O circuito recursivo une a abertura e o fechamento. *A abertura alimenta o circuito, que opera o fechamento* (MORIN, 2005a, p. 260). Morin afirma que o circuito puramente fechado seria um círculo vicioso e totalmente aberto seria a seqüência e não circuito. A organização, *produtora-de-si*, fecha-se para garantir sua autonomia, complexidade, reorganização e abre-se para trocas, comunicação e informação.

A idéia de fechamento do sistema para se reorganizar exige uma análise de si próprio, do desenvolvimento de um padrão de raciocínio que utiliza o planejamento não de forma linear de causa-efeito, mas de forma complexa, fundamentado em noções de situação, de problema e de ator social (MATUS, 1996a,b).

Os fluxos de importação e exportação de materiais, conhecimentos, de pessoas, informação ocorrem e dependem de um território. Este é uma área geográfica delimitada política-administrativamente, localizada no tempo e espaço, com suas regras específicas, com seus determinantes sociais, econômicos e políticos, com inter-relações entre seus habitantes, em constante mudança, constituído de um campo de poder. Cada território possui uma situação de saúde, resultante do perfil de morbi-mortalidade, das necessidades e dos problemas de saúde (TEIXEIRA; PAIM.; VILABÔAS, 1998). O sistema de saúde e, por conseqüência, o subsistema de assistência farmacêutica, está inserido num território, delimitado por um âmbito de abrangência. Desta forma é imprescindível que os atores conheçam este território.

Também está condicionado aos atores sociais, que MATUS (1996b, p. 204) considera como aqueles que de alguma maneira têm poder para influenciar uma determinada circunstância. E são estes atores que fazem à leitura da situação, estabelecem os problemas que consideram determinantes para atender as necessidade de saúde daquele território e que são capazes de negociar estratégias e priorização de ações, compatíveis com a capacidade de colocá-las em prática.

A priorização em saúde deve seguir critérios baseados na epidemiologia, tais como magnitude, transcendência, custos, capacidade administrativa, vulnerabilidade interesse da comunidade, compromissos macrorregionais (BORDIN, 2002).

Um planejamento depende ainda do acompanhamento e avaliação das ações/atividades. A construção de indicadores, para avaliar a estrutura, os processos e os resultados, depende da definição clara do modelo de assistência farmacêutica a ser seguido, dos seus processos de trabalho.

O *habitus* da gestão da assistência farmacêutica na amostra evidencia que há um longo caminho a ser percorrido para alcançar a percepção das idéias de Morin quanto à abertura e o fechamento. Este demonstrou a priorização de atividades operacionais, por meio de uma organização que utiliza modelos de organização dos serviços farmacêuticos voltados ao medicamento, com deficiência na qualificação de trabalhadores. Observa-se a ausência de referências metodológicas para o planejamento, que não acompanha e avalia as ações, dando margem à improvisação. A falta de recursos financeiros, materiais e de recursos humanos, leva ao cotidiano da gestão sempre “correr atrás da máquina”. Desta maneira, possui baixa capacidade de resolubilidade dos problemas, não atendendo as necessidades de saúde da população no campo da assistência farmacêutica. Os trabalhadores e profissionais de saúde sentem a situação de desilusão, reagem com apatia e desânimo, frente à baixa governabilidade para uma mudança do padrão.

Neste contexto, os planos de assistência farmacêutica são realizados como um ritual obrigatório para garantir o financiamento dos medicamentos. Na prática, muitas vezes, as diretrizes, as estratégias e as ações estão descoladas da situação de saúde, das necessidades e dos problemas de saúde. Nestes planos, o diagnóstico é apenas um amontoado de indicadores e não de uma análise da situação de saúde; são tecnocráticos, limitando-se a como *deve ser* tecnicamente e não como *pode ser*, não assumindo estratégias para sua viabilidade política e o seu cumprimento escalonado, etapa por etapa.

O pensamento complexo procura nos persuadir ao fechamento do sistema para uma potencial mudança no perfil, no *habitus*. Para MORIN (2006, p. 9), *a causa profunda do erro não está no fato ou incoerência, mas no modo de organização do nosso sistema de idéias*. Um padrão de pensamento necessita de maiores esforços para que se modifique. Há, portanto, a necessidade de tomar consciência do caráter e das implicações dos modelos, dos *habitus* que regem nossa organização.

Para tanto, é indispensável à avaliação do território, no caso os Estados, da sua situação de saúde, do levantamento dos problemas, da capacidade técnica e administrativa para a solução dos problemas, da priorização das ações, do acompanhamento e avaliação dessas escolhas, para que alcance serviços farmacêuticos efetivos.

Também é necessária a busca de conhecimento aprofundado de seus processos de trabalho de suas atividades, do processo de transformação do *input* em *output*, que MORIN (2005a, p. 246) chama de “caixa-preta”. A falta de estrutura, a visão de processos de trabalho, a presença de riscos sanitários demonstram que é necessário qualificar as atividades.

5.5.3 Princípio hologramático – o todo e as partes

O terceiro princípio discute a relação entre as partes e o todo. Morin define o todo como as emergências. A ação total do sistema depende de cada momento e de cada atividade particular (MORIN, 2005a).

O pensamento linear mecanicista concentra-se nos elementos constitutivos do sistema. Em contraposição, o pensamento sistêmico enfatizou a visão do todo, que é mais do que a soma das partes. Morin sustenta que é necessário combinar os modelos linear e sistêmico, compreendendo a totalidade e suas relações com as partes. Que o todo é ao mesmo tempo maior, menor e diferente do que as partes. Não apenas o todo está nas partes como as partes estão no todo (MORIN, 2006).

Há várias possibilidades para estabelecer o todo do sistema de assistência farmacêutica. Podemos utilizar os modelos de organização discutidos, onde o todo é representado por sua finalidade e as partes pelos instrumentos para o alcance das finalidades, conforme quadro abaixo.

Quadro 5.17 - Representação do todo e das partes por meio dos modelos de organização da assistência farmacêutica.

Modelo de Organização	Todo/Finalidade	Partes/Instrumentos
Medicamentocêntrico	Disponibilizar medicamentos	A prescrição médica, a aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos
Serviços farmacêuticos reduzidos	Recuperar a saúde	O saber médico e das ciências farmacêuticas, a prescrição médica, a programação, aquisição, armazenamento e distribuição, e dispensação de medicamentos

Serviços farmacêuticos integrais	Promover, proteger e recuperar a saúde	O medicamento como insumo de saúde; o saber clínico e epidemiológico das ciências médicas; a prescrição médica; o saber das ciências farmacêuticas e os elementos do sistema de assistência farmacêutica: pesquisa e desenvolvimento de medicamentos, produção de medicamentos e insumos, seleção de medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, atenção farmacêutica, informação, padronização, garantia da qualidade dos produtos e serviços, educação em saúde, vigilância farmacológica e sanitária, farmacoeconomia
---	--	---

Fonte: elaboração da autora.

Percebe-se novamente a importância da opção do modelo de organização. Este irá definir os resultados a serem alcançados.

Mesmo que inconscientemente, tanto o pensamento mecanicista, linear de causa/efeito, como o sistêmico, estão presentes na prática da assistência farmacêutica.

Os que seguem a lógica mecanicista dão ênfase às atividades da assistência farmacêutica e a qualificação da sua organização, defendendo a utilização de técnica apropriada para o alcance de melhores resultados. Este pensamento, defendido pelos técnicos do setor, pode levar a uma visão distorcida do todo, pois cada atividade pode tornar-se um fim em si mesmo ou, ainda, perdendo a capacidade de apropriação do objetivo do sistema.

Sob o ponto de vista dos gestores, em sua maioria políticos, e da população usuária de medicamentos, importa que seja alcançado o objetivo maior do sistema: acesso/disponibilidade a medicamentos. O todo, aqui revelado por acesso a medicamentos, pode ser facilmente confundido na simples disponibilização de medicamentos, independente da sua qualidade, segurança, eficácia, e de sua utilização correta ou não. Priorizar o aspecto holístico do sistema de assistência farmacêutica mutila o conceito de atividades, pois passam a ser apenas tarefas que precisam ser realizadas, fazendo ainda uso de uma lógica de hierarquização de importância entre as atividades, sendo que algumas são relevadas a um segundo plano. Como exemplo clássico está o armazenamento de medicamentos, considerado como atividade tecnicamente menor, trabalhosa e, como visto no *habitus* da gestão estadual na amostra, podendo ser realizada em um depósito (não um almoxarifado) sem condições adequadas e ainda, não sendo essencial a

qualificação dos que a executam. Este pensamento deixa um vácuo que abre brechas para relevar aspectos técnicos essenciais e indispensáveis.

Devemos ainda levar em consideração que as atividades isoladamente são capazes de apresentar qualidades emergentes, propriedades novas, produto de sua organização, que podem desaparecer no meio do sistema, isto é, na soma das partes. Inclusive, é possível que sejam maiores que o todo, se encontrando inibidas, reprimidas no sistema e, quando sufocadas, são fontes de cisão e dissociações. Podemos exemplificar pela seleção de medicamentos, que é uma atividade de alto grau técnico, fundamentada na farmacologia e baseada em evidências, que depende de muitos fatores como o conhecimento das características epidemiológicas, genéticas, demográficas e ambientais, da estrutura e organização dos serviços de saúde, da experiência e capacitação dos recursos humanos, de recursos financeiros e materiais. Deve ser estabelecida por meio de um processo transparente, seguindo critérios previamente estabelecidos, vinculada aos serviços de saúde, com divulgação ampla a todos os interessados, inclusive ao Poder Judiciário. A atividade de seleção de medicamentos exige uma forte articulação entre os vários atores.

Outra atividade relevante, ligada à logística de medicamentos, é o armazenamento de medicamentos, realizado de forma que garanta a disponibilidade de medicamentos ao sistema de assistência farmacêutica com qualidade, segurança e eficácia. Boas práticas é uma mudança de atitude, que modifica o modo de ação, definindo padrões para os processos, acompanhando etapas críticas, provendo infra-estrutura e qualificação de trabalhadores, monitorando e avaliando continuamente as ações, tomando medidas em caso de desvio de qualidade. Este comportamento impõe qualificação ao trabalho desenvolvido, exige decisão e recursos para executá-la.

Nesta visão, atividades como a seleção e o armazenamento de medicamentos apresentam emergências que podem ser consideradas maiores que a própria assistência farmacêutica.

Num processo recursivo o sistema depende de cada atividade/elemento em particular. Para ser ativo, a ação total depende do seu fluxo cíclico (serviços) e das

trocas. Na lógica do produto medicamento, os serviços que executam as atividades agem como se estivessem isolados e como não dependessem das tarefas anteriores ou posteriores, e isto é verdadeiro para todas as atividades descritas no ciclo, não apenas as do seu ciclo. Nestas condições o sistema de assistência farmacêutica movimenta-se numa só direção, assumindo um padrão/modelo que não interage adequadamente com os programas de saúde, os fornecedores, a comunidade, os gestores, profissionais de saúde, etc.

A assistência farmacêutica é um sistema sócio-técnico, que alia a tecnologia/técnica com competência/práxis nas relações de trabalho, para que o medicamento esteja disponibilizado no sistema de saúde, no momento que se faz necessário, em quantidades suficientes, nas formas farmacêuticas apropriadas, com garantia de qualidade e informação adequada. Esta concepção assume o conceito de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde (2002).

É pensamento vigente que a essência da assistência farmacêutica é de um campo multidisciplinar, tendo o farmacêutico como o profissional específico do medicamento (MARIN, 2003, p. 124; BRASIL, 2006, p. 10; BRASIL, 2007, p. 27). Utilizando as concepções formuladas por Iribarry (2003, p. 1-2), podemos fazer uma discussão das implicações dos conceitos de disciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade interdisciplinaridade e transdisciplinaridade neste campo de atuação.

Quando afirmamos que a assistência farmacêutica é um campo multidisciplinar, está subentendido que os profissionais de diversas disciplinas atuam cada um conforme sua formação, porém sem a cooperação entre eles. Este já seria um avanço, porém a realidade demonstra que muitas vezes a visão de equipe composta por técnicos de várias especialidades trabalhando de maneira coordenada e integrada é desvirtuada para qualquer profissional ou ainda possível de ser realizada por pessoas sem qualificação na área.

O campo multidisciplinar implica no trabalho onde os usuários são atendidos em suas necessidades de saúde segundo princípios da integralidade (BRASIL, 1988) quanto ao seu bem estar (físico, social, psíquico, biológico); por avaliação médica, farmacêutica, psicológica, nutricional, fisioterapêutica, etc. Cada qual, com a

sua formação, sem articulação, atuam de acordo com a sua competência em benefício do usuário do sistema.

Estes mesmos profissionais, porém, podem atuar pluridisciplinarmente, onde os profissionais cooperam, encaminhando o paciente para o atendimento de outro profissional, por exemplo, um paciente diabético, após atendimento médico é encaminhado ao profissional farmacêutico para orientação farmacológica, ao nutricionista para reeducação alimentar, entre outros. Há uma cooperação, mas não de forma coordenada.

A atuação destes profissionais de maneira interdisciplinar envolve a atuação de vários profissionais, inclusive estudantes, porém na tomada de decisão, o saber dos profissionais da área médica prevalece, dirigindo e orientando os procedimentos, geralmente pelo profissional médico.

Por último, a transdisciplinaridade, implica que os profissionais estejam conscientes da importância não somente do trabalho em equipe, mas também da limitação de cada área do conhecimento, construindo conjuntamente propostas de intervenção, integrando os conhecimentos em busca da solução dos problemas. Esta é uma forma de atuação profissional complexa a ser alcançada nos serviços de saúde. A transdisciplinaridade é o diálogo e a cooperação entre diferentes áreas do conhecimento.

Conforme demonstrado nos indicadores de interação, a assistência farmacêutica precisa deixar o seu gueto. Somente através do trabalho em equipe dos diversos profissionais que atuam no sistema é possível alcançar o modelo de serviços farmacêuticos integrais, numa visão de olhares diversos, procurando o diálogo e a cooperação, em busca da solução para os problemas.

5.5.4 Interação/Informação

Para o pensamento complexo as idéias de interação e informação perpassam todos os princípios. Morin (2006, p. 24) ainda vai além, afirmando que *precisamos considerar a informação não como um ingrediente, e sim como uma teoria que pede um exame preliminar independente que esta não é um conceito de chegada, é um*

conceito ponto de partida, [...] que revela um aspecto limitado e superficial de um fenômeno (MORIN, 2006, p. 27).

Uma organização é a reunião de seus membros, mas a interação entre seus membros estabelecerá a sua identidade, o que *são capazes de criar e produzir pelo fato de estarem juntos* (BAUER, 2008, p. 238). Os estados de desordem são reorganizados por meio da interação/informação; utiliza-se da abertura para importação e exportação não apenas de material e energia, mas de informação; por meio do fluxo de informações promove a interação/interligação entre o todo e as partes. Morin (2005a, p. 77) define o circuito tetralógico já apresentado como um grande jogo, por que há *peças em jogo (elementos materiais), as regras do jogo (imposições iniciais, princípios de interação) e o acaso das distribuições e dos encontros*. Quanto maior o número de interações, maior a variedade, maior a diversidade, maior a complexidade e maior a organização. Portanto, para alcançar ordem é necessário facilitar as interações entre as pessoas por meio da ampliação da circulação de informação (BAUER, 2008, p. 241).

Serviços são organizações sociais que se fazem essencialmente por meio de pessoas, quer sejam profissionais, gestores, usuários, conhecedoras de sua representação e condições de operação. Para Atlan (1992), os indivíduos são observadores que possuem significações estabelecidas tanto no nível dos componentes como na totalidade de um sistema. Muitas vezes restringimos a informação como computacional, porém esta também é resultante da interação entre os indivíduos, pois estes são os sujeitos/agentes/atores geradores de todas as causas.

Morin argumenta que o conceito de informação ainda é um enigma e está em construção. É conhecido que possui *caráter relacional, factual, de improbabilidade, de originalidade e, sobretudo, a possibilidade de se articular com a reorganização* (MORIN., 2005a, p. 383). O autor afirma que *não é a quantidade de informação que importa, e sim a organização da informação* (MORIN, 2005a, p. 379).

Já ATLAN (1992) discorre que tanto nas noções de ordem e de informação estão subentendidas a noções de sentido e de significação, inclusive de diversas significações da informação. A complexidade está exatamente naquilo que não

conhecemos e por isso necessitamos da informação para medir o que não possuímos e que precisaríamos saber para explicitar em detalhes o sistema.

Um princípio de organização ou de complexidade pelo ruído trata de aumento de informação e serve para medir complexidade. A informação que não possuímos sobre o sistema (ou ainda, o déficit de informação, a incerteza quanto ao sistema) é possível se conhecermos os elementos constitutivos do sistema e sua distribuição de probabilidades, isto é a frequência com que cada elemento é observado na análise de uma classe de sistemas supostamente homogênea em termos estatísticos. A partir dessa informação mínima (que possuímos), é possível calcular a informação que nos falta para sermos capazes de reconstruir o sistema a partir dos elementos, isto é, de compreendê-lo (ATLAN, 1992, p. 64).

Portanto, Atlan infere que quanto mais informação validada do modo como os elementos se dispõem na construção do sistema e de sua significação, menor a complexidade desse sistema.

A ênfase dos indicadores discutidos foi para seu próprio sistema e demonstrou que os relacionamentos entre os setores estabelecem vínculos tênues, que o sistema não acompanha e avalia as ações e, portanto, possui deficiência de informação. As interações muitas vezes se limitam a repasse de dados, normalmente ligadas à movimentação de estoque de medicamentos. Não temos um sistema de informação do sistema nacional de assistência farmacêutica, que disponibilize informações analisadas e validadas, quer sejam de usuários do sistema, de consumo de medicamentos, de gestão, entre outros.

Ainda quando existem informações, estas geralmente ficam disponíveis a uma coordenação, restringindo a um pequeno grupo o trabalho pensante, desprezando o conhecimento vivido pelos próprios trabalhadores e suas significações, esperando que estes apenas executem as ações. Desta maneira, o subjetivo é abandonado em detrimento apenas de uma observação externa. Foi relatado pelos entrevistadores que os trabalhadores, embora conscientes dos problemas, sentem-se impotentes para mudar a situação existente.

A gestão da assistência farmacêutica deve fornecer informações para seu próprio sistema e para o sistema hierarquicamente superior. A qualidade da informação dependerá do modelo organizacional e das inter-relações entre seus membros. É indispensável definir quais as informações necessárias para reorganizar o sistema de assistência farmacêutica, para promover o fluxo de informações tanto

com o sistema de saúde como internamente entre suas partes e seu todo. Tendo a consciência que a escolha de indicadores irá seguir os modelos organizacionais assumidos, mesmo que estes não sejam conscientes e que os resultados serão proporcionais a este, quer sejam apropriados ou não.

As interações são ações mútuas, que supõe o encontro de seus componentes, que obedecem a determinadas imposições (regras), que por meio de inter-relações dão origem a organização. As interações são maneiras simples e eficazes para resolução de um problema complexo, sendo fundamentais para que haja organização. Os efeitos e transformações das interações serão proporcionais à diversidade e complexidade dos fenômenos, produzindo ordem organizacional.

Para Atlan (1992), a crise dos sistemas sociais representa uma interrupção na passagem de sentido/significação de um nível para o outro. Discorre sobre a forma doentia de tratamento da crise de informação, sendo possível manter um estado de crise prolongada por meio de dois mecanismos:

1. Prover significações internas próprias dos desejos de seus indivíduos nos objetos da realidade social, sem que esse corresponda ao da organização;
2. Massificação, internalizando um código social sobre um código individual, lhe fornecendo uma significação sob forma de ideologia (convencimento).

Nesta lógica há uma dupla crise de informação da sociedade na assistência farmacêutica, pois esta assumiu o medicamento com uma significação desvirtuada de seu propósito. Interesses pessoais de agentes quer seja da indústria farmacêutica; do uso político do medicamento; do modelo de organização da saúde voltada para a clínica que garante empoderamento ao prescritor; por soluções fáceis e mercantilistas também completam o desvirtuamento da finalidade do sistema. É imprescindível que o país busque estratégias de comunicação para a mobilização da sociedade na alteração deste padrão.

A organização de um sistema de assistência farmacêutica deve estar pautada nas relações (serviços) como fundamento para qualquer concepção, e não no objeto (medicamento). Para alcançar este padrão organizacional podemos obter das noções de interação e informação o seguinte aprendizado:

- As pessoas, independente de sua função, integram tanto as partes como a totalidade de um sistema e, a partir do sentido do seu trabalho, podem colaborar para a organização do sistema;
- É necessário empenhar-se na disponibilização de informação organizada e, portanto, de qualidade para diminuição de sua complexidade.

6 CONCLUSÕES

Este estudo sistematizou os modelos de organização dos serviços farmacêuticos no SUS, decorrente de uma articulação entre os conceitos de assistência farmacêutica vigentes no país, o *habitus* dos agentes sociais na prática da gestão e o pensamento complexo de Edgar Morin. O *habitus* foi revelado pelos indicadores, dando a conhecer as opções dos sujeitos na gestão estadual de assistência farmacêutica e os seus modos de organização.

Os indicadores demonstraram as várias deficiências dos processos de trabalho e de gestão nos Estados estudados, como a falta de planejamento efetivo, que acarreta na deficiência de estratégias técnicas, políticas e administrativas para a solução de problemas; que não assume a coordenação do sistema estadual de assistência farmacêutica; que apresenta descontinuidade das ações; com carência de recursos humanos, materiais e financeiros para estruturação e organização dos serviços; a utilização de modelo de organização direcionado para a disponibilização do medicamento sem um cuidado com a sua qualidade, sua eficácia e sua segurança.

Estes resultados evidenciaram que o *habitus* está impregnado por uma visão reducionista da gestão assistência farmacêutica; que não dá o devido valor a interação e integração; que prioriza atividades operacionais de curto prazo, em detrimento das técnicas e de longo prazo; que não dá importância à qualificação de recursos humanos, à apropriação técnica e ao acompanhamento dos processos de trabalho.

A análise da evolução dos vários conceitos de assistência farmacêutica ao longo dos anos, desde a sua implantação no país, evidenciou que o referencial teórico deste campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) já tem uma boa fundamentação.

Inicialmente a CEME foi projetada seguindo o modelo de serviços farmacêuticos reduzidos, porém a sua prática efetiva estava baseada no modelo medicamentocêntrico. Os conceitos foram evoluindo para o modelo de serviços farmacêuticos integrais, representado pelo conceito estabelecido pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

O modelo de organização dos serviços na amostra apresentou um caráter ambíguo. Alguns seguiam o modelo de serviços farmacêuticos reduzidos, porém outros se mantinham no modelo medicamentocêntrico. Na sua grande maioria, os serviços farmacêuticos demonstraram que a gestão estadual estava direcionada para o produto, sem uma visão ampla de serviços farmacêuticos integrais. As estratégias dos Estados do Paraná e de São Paulo também reforçam esses dados, fortalecendo a idéia de que não deve haver uma diferença significativa nos resultados dos indicadores nas gestões estaduais que não participaram do estudo.

Esta constatação demonstra que não há no país uma estratégia de organização dos serviços, com a definição de um modelo, o que acarreta em deficiência de financiamento para a organização dos serviços farmacêuticos e conseqüentemente, demonstram que há uma dissociação entre o conceito vigente e a sua prática. Torna-se notório que o modelo de serviços farmacêuticos integrais ainda é um modelo objetivo, a ser alcançado, não solidificado na prática.

Esta postura acaba resultando em desordens, acrescidas daquelas decorrentes da própria complexidade do sistema, que impõem uma não efetividade à assistência farmacêutica. Serviços não prestados ou mal prestados ocasionam danos à saúde, aumento de custos ao sistema e desperdício de recursos públicos, entre outros. Por outro lado, estas mesmas desordens apontam os problemas e são oportunidades para a busca de estratégias de organização do sistema, da sua ordem legal e técnica. Há um grande arcabouço legal vigente, porém ainda há muito caminho para que a ordem técnica se estabeleça. As boas práticas nos serviços farmacêuticos públicos precisam ser incorporadas. O investimento na estrutura e nos processos de trabalho na assistência farmacêutica depende de decisão política, que somente será viabilizado a partir de seu financiamento em larga escala no país.

O pensamento complexo assinalou algumas estratégias para a diminuição da complexidade do sistema de assistência farmacêutica, tais como:

- Incentivo ao aumento de *interações* entre os sujeitos, saindo do autoconfinamento que a assistência farmacêutica se impôs ou foi imposta, buscando a atuação multidisciplinar, com o objetivo de alcançar a transdisciplinaridade;
- Esforços para disponibilização de *informação* validada e organizada de forma que o sistema possa utilizá-la para a sua sobrevivência ou a continuidade das suas atividades, com o estabelecimento de quais dados são imprescindíveis, quais as formas de sua organização e como dar acesso a esses dados;
- Utilização do *planejamento* de cunho estratégico no nível nacional, na definição do modelo de organização dos serviços farmacêuticos para o país; e de cunho tático no nível estadual, com estabelecimento de um plano de ação para buscar a mudança do modelo de organização vigente neste âmbito de abrangência.

O pensamento complexo apontou ainda para outras questões. Todos os elementos do sistema de assistência farmacêutica são partes deste, apresentam emergências próprias e possuem interdependência. Há que se ter cuidado para que não seja dada importância exagerada a alguns elementos em detrimento de outros. O exemplo mais simbólico é a seleção de medicamentos, que é uma estratégia de racionalização da gestão e não o caminho apológico para a solução dos problemas da assistência farmacêutica. Sobre esta atividade foi possível inferir que é necessária uma reflexão sobre as competências de cada gestor quanto à mesma, do papel facilitador do gestor federal neste processo, para que esta possa ser efetivada como um processo técnico.

O estudo evidenciou que é indispensável à mudança de lógica daqueles que restringem a assistência farmacêutica somente às atividades do ciclo, com enfoque administrativo, em detrimento de serviços que irão de fato atender o cidadão em suas necessidades de saúde. Constatou-se também uma possível inadequação da composição do ciclo.

Não foi objeto deste estudo a avaliação do componente político da assistência farmacêutica e a importância do gestor neste processo. Porém, podemos deduzir que o apoio e o comprometimento deste ator na qualificação de sua gestão é relevante e imprescindível para alcançar serviços farmacêuticos que atendam a necessidade e os problemas de saúde da população.

Pelos resultados apresentados no estudo, o pensamento complexo mostrou-se um eficiente método/caminho/ensaio/estratégia de análise da gestão da assistência farmacêutica, alcançando o objetivo geral do estudo. Apresentou um contexto fecundo de idéias, revelando alternativas para o conhecimento e para a ação, discutindo práticas (*habitus*) por meio de novos pressupostos, revelando o seu modelo de organização e, assim, colaborando com a consolidação dos serviços farmacêuticos no SUS.

Portanto, o estudo lança o desafio da efetivação do modelo de serviços farmacêuticos integrais na organização do sistema de assistência farmacêutica, voltados para a atenção à saúde, tornando possível que esta se concretize como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individuais como coletiva. O medicamento, de qualidade, seguro e eficaz, com utilização racional, torna-se assim um instrumento de trabalho para que o cidadão usufrua a saúde, deixando de ser um fim em si mesmo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade não é um fundamento, e sim, é um princípio regulador (MORIN, 2006, p. 105). O pensamento complexo nos desafia a rever os conceitos e paradigmas da assistência farmacêutica levando em consideração que:

- Os problemas são multicausais e precisamos conhecer o contexto no qual um sistema está inserido, sem restringi-lo ao mesmo;
- A complexidade implica na aceitação da contradição, que a desordem é inerente a qualquer sistema e que apesar da oposição entre a ordem e a desordem, estas cooperam para organizar o universo;
- A desordem deve ser incorporada e utilizada o máximo possível como instrumento de reorganização por meio das interações/trocas, tão imprescindíveis para alcançar a ordem e a organização do sistema de assistência farmacêutica;
- *Que a ação é uma decisão, uma escolha, mas também é um desafio* (MORIN, 2006, p. 79);
- Perceber que para alcançarmos os objetivos de um sistema é necessário que as atividades sejam bem realizadas, sendo que estes objetivos devem estar apropriados pelos serviços que as executam, bem como é importante que as atividades sejam reconhecidas como inerentes e não podem ser desprezadas ante aos objetivos;
- A reorganização é um processo contínuo, porém nem sempre os resultados são proporcionais aos esforços despendidos e podem conduzir a afastamentos irremediáveis;
- É necessária uma redefinição das competências com base no modelo de organização da assistência farmacêutica efetivamente adotado;

- *Uma vez constituídas, a organização e sua ordem própria, são capazes de resistir a inúmeras desordens* (MORIN, 2005a, p. 76);

O *habitus* enraizado nem sempre é transformado, e pode neutralizar movimentos de mudança e organização. Mas sujeitos que tomam consciência da natureza e das conseqüências do seu *habitus*, abandonando as soluções simplistas decorrentes apenas das relações de causa-efeito, podem ser convencidos da necessidade de modificar seus processos de trabalho, potencializando mudanças.

Qual a teoria está orientando a ação? É preciso que reconheçamos a incerteza básica. Somos limitados pela insuficiência de conhecimento, pelas fronteiras do nosso entendimento, pela nossa visão de mundo, de onde observamos e o que concebemos. Precisamos reconhecer que quaisquer problemas têm múltiplas dimensões, cada qual com seu mérito e que devemos reter o que é bom em cada uma delas e redefinir as contradições básicas.

O estudo aponta para a necessidade de rediscutir a gestão, as competências e os serviços de assistência farmacêutica, não apenas os estaduais, inclusive quais as estratégias para efetivar a coordenação do sistema estadual de assistência farmacêutica. Para tanto, é necessário diferenciar qual o modelo que segue cada gestão municipal e estadual. A experiência profissional indica que não haveria diferença substancial no *habitus* apresentado neste estudo e o dos outros Estados da União e Distrito Federal. É pertinente, portanto, sugerir estudos que evidenciem o comportamento de pelo menos parte dos indicadores utilizados aplicados à gestão municipal e estadual para identificação do modelo utilizado.

Existem outros desafios levantados pelo presente trabalho como forma de contribuição para a consolidação dos serviços farmacêuticos no SUS:

- Qual é o impacto do Pacto pela Saúde sobre a forma de organização das gestões e dos serviços de assistência farmacêutica?
- Quais e como são, e qual é a qualidade da circulação das informações no campo da assistência farmacêutica?

- Existe diferença substancial do perfil epidemiológico nos Estados e do Distrito Federal que justifique um processo de trabalho para a elaboração de relações municipais de medicamentos essenciais?
- É real a falta de interesse de venda de medicamentos para locais distantes por parte da indústria farmacêutica?

O desafio está em por em prática os conceitos teóricos sem que estes sejam enrijecidos, limitados, ou ainda que percamos a objetividade, tendo o conhecimento como um objetivo em si mesmo. Também não podemos deixar de levar em conta o valor do conhecimento construído pelos sujeitos ao longo dos anos de construção.

Como será possível a mudança de paradigmas? Reconhecer, buscar os significados e implicações do padrão de comportamento do sistema de assistência farmacêutica é fundamental para a concepção ou alteração do modelo. A prestação de serviços farmacêuticos deve estar inserida no modelo de atenção à saúde, no trabalho multiprofissional e interdisciplinar, quiçá transdisciplinar, no acesso humanizado do medicamento e no uso racional. Para tanto precisamos construí-lo, o que também implica em sua dimensão política, criando condições para mudança, que esta não se limite a uma simples retórica, mas que nos permita modificar a *práxis*, respondendo as expectativas do interesse público.

É urgente que o país discuta quais são os serviços farmacêuticos adequados à necessidade da população brasileira.

8 REFERÊNCIAS

ACURCIO, F.A. (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2003.

ATLAN, H. **Entre o cristal e a fumaça**: ensaio sobre a organização do ser vivo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

BAUER, R. **Gestão da mudança**: caos e complexidade nas organizações. São Paulo: Atlas, 2008.

BERTALANFFY, L. V. **Teoria geral dos sistemas**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1975. 351 p.

BONFIM, J. R. A.; MERCUCI, V. L. (Org.). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: SOBRAVIME, HUCITEC, 1997. p.42-3.

BORDIN, R. **Definição de prioridades em saúde**: os conselhos municipais de saúde e os critérios para hierarquização de prioridades. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002. (Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde).

BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. 6. ed. Campinas, SP: Papirus, 2005.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 357 de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 abril de 2001, Seção 1, p. 24-30.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 2, de 19 de fevereiro de 2002a. Institui diretrizes curriculares nacionais de curso de graduação em Farmácia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004a. Institui a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em: 12 out 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília,DF: CONASS, 2007a. p. 13-36. (Coleção Progestores, 7).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional**. Brasília, DF: CONASS, 2004b. 100p. (CONASS Documenta, 3)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão administrativa e financeira do SUS**. Brasília,DF: CONASS, 2007b. (Coleção Progestores, 2).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília,DF: CONASS, 2007c. p. 13-36. (Coleção Progestores, 11).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica 13/05. Regulamentação do programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional. Brasília,DF: CONASS, 2005. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2013-05.pdf>>. Acesso em: 25 set 2008.

BRASIL. Constituição.(1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/civil_03/Constituicao/Constitui%E7ao.htm>. Acesso em: 15 mar 2008.

BRASIL. Decreto nº. 68.806, 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: 1971. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 8 jul 2008.

BRASIL. Decreto nº 72.552, de 30 de julho de 1973. Dispõe sobre as políticas e diretrizes gerais do Plano Diretor de Medicamentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Disponível em:< <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=121760>>. Acesso em: 2 fev 2008.

BRASIL. Decreto nº. 75.985, de 17 julho de 1975. Dispõe sobre a estrutura básica da Central de Medicamentos (CEME) e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: 1971. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=122892>>. Acesso 8 jul 2008.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: 20 de setembro de 1990. Disponível em: < [http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=16619&word=\(10\)](http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=16619&word=(10))>.Acesso em: 15 mar 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. 2.ed. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2006. 100 p. (Normas e Manuais Técnicos, Série A).

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Indicadores e dados básicos – Brasil**, 2006. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>>.Acesso em: 7 mar 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2.ed. Brasília, DF: OPAS, 2008. 349p. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>>. Acesso em: 17 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **O processo de trabalho da vigilância em saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2004c. 60 p. (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - PROFORMAR, 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 8 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 699, de 30 de março de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 03 de abril de 2006. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=21918&word>>. Acesso em: 16 jul 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2814, de 29 de maio de 1998a. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Poder Executivo, de 01 de junho de 1998. Disponível em:< <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=16665&word=>> Acesso em :11 ago 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº MPAS/MS/MEC 03, de 15 de dezembro de 1982. Dispõe sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Disponível em: <http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00006216&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 out 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de medicamentos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998b. 40 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25)

CAMPOS, C. M. F. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estados (os trabalhadores de saúde). Tese. (Doutorado Programa de Interunidades em Enfermagem) - Ribeirão Preto, São Paulo (USP), 2004. 193 p.

CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde. CARLOS, I. C. C. *et al.* **Sistema Integral de Assistência Farmacêutica: o modelo do Ceará**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2003. p. 10.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS. 2001. **Resumo**. disponível em: < http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inford=93&tpl=view_participantes>. Acesso em 8 jul 2008.

CONGRESSO DA FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS, 3. **Rio de Janeiro. Programa**. Disponível em:< <http://www.fenafar.org.br/>>. Acesso em: set 2007.

ESTEFAN, I. J. S. O ensino de Farmácia. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p.511-532 1986. ISSN 0102-311X. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400011&lang=pt>. Acesso em: 4 out 2008.

FERREIRA, A. B.H. **Dicionário Aurélio eletrônico**: século XXI.Versão 3.0. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999.

FIEDLER-FERRARA, N. O pensar complexo: construção de um novo paradigma. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE ENSINO DE FÍSICA, 15., 2003, Curitiba. **Anais...Curitiba CEFET:2003.Conferência**. Disponível em: <www.aplei.esc.sp.r/sap5865/leitura_emanal/03_O%20Pensar%20Complexo.rtf>. Acesso em: 13 jun 2008.

FOUCAULT, M. (1979).**Microfísica do poder**.8. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

FUNCHAL D. Curso de Pós-Graduação Lato Sensu Atenção Farmacêutica - **Formação em Farmácia Clínica** Disponível em:< <http://www.racine.com.br/default.asp?UrlSite=conteudo.asp&idpagina=4543&IdNavegacao=484&IdPortal=2&IdFerramenta=1>>. Acesso em: 2 maio 2008.

IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.16, n. 3, 2003.

KAST, F.E.; ROSENZWEIG, J.E. **Organização e administração**: um enfoque sistêmico. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1980. 2v.

LEMGRUBER, A. **Farmacoeconomia e o uso racional de medicamentos**. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, 1., 2005,PortoAlegre.Disponível em:<http://www.farmacia.ufg.brecaf/farmacoeconomia/alexandre.pdf> (39). Acesso em: 14 mar 2008.

MACHLINE, C. A assistência à saúde no Brasil. In: STORPIRTIS S.; MORI, A.L.P.M.; YOCHIY A.; RIBEIRO E. **Farmácia Clínica e atenção farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 10.

MARIN, N. *et al.* (Org.) **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARQUES, D. C.; JEREMIAS, S. A. Uma carência do Sistema Único de Saúde (SUS): a assistência farmacêutica integra. In: STORPIRTIS S.; MORI, A.L.P.M.; YOCHIY A.; RIBEIRO E. **Farmácia Clínica e atenção farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 15.

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente**: governantes governados. São Paulo: FUNDAP, 1996a.

MATUS, C. **Estratégias políticas**: chimpanzé, Maquiavel e Ghandi. São Paulo: FUNDAP, 1996b.

MENDES-GONÇALVES, R. B. O saber como tecnologia na produção de serviços de saúde: a epidemiologia e a clínica. In:_____.**Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Editora Hucitec/ABRASCO, 1994. p. 55-104.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; CAMACHO, L. A. B. Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil: uma proposta de hierarquização dos serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 6, 2007.

MORGAN, G. Usando a metáfora para gerenciar um mundo turbulento. In:_____. **Imagens da organização**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2006. 120 p.

MORIN, E. **O método 1: a natureza da natureza**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2005a. 480 p.

MORIN, E. **O Método 2: a vida da vida**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2005b. 528 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud**. Barcelona: OMS, 1993. p. 27.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Federación Internacional Farmacéutica. **El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud**. Buenas prácticas de farmacia: normas de calidad de servicios farmacéuticos. La declaración de Tokio. WHO/PHARM/94.569. 1993. Disponível em:< <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/ops-hss-hse-95-01.pdf>>. Acesso em: 9 jul 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS**. Selección de medicamentos esenciales. v. 4. Ginebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos**. Relatório da Oficina de Trabalho. Fortaleza, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/RelatorioAtenfar20012002.pdf>> . Acesso em: 16 mar 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; Brasil; Ministério da Saúde, 2005.

PERINI, E. **Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais**. Faculdade de Farmácia, UFMG, 1999. Disponível em: < <http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text2.htm>>. Acesso em: 18 out 2007.

REIS, A. M .M., PERINI, P. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, p. 603-10, 2008.

RIECK, E. B. **Assistência farmacêutica na Atenção Básica de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul**: análise dos indicadores de avaliação do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica. 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: ESP, 2002a.

RIECK, E. B. Assistência farmacêutica na Atenção Básica de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul: indicadores de avaliação do plano estadual de assistência

farmacêutica básica. In: FERLA, A. A., FAGUNDES, S.M.S. (Org.). **O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: DaCasa:Escola de Saúde Pública/RS, 2002b. 244 p. (Coleção Escola de Gestão).

SANTICH, I. R. Bases conceptuales para la estructuracion y organizacion. In: _____; GALLI, A. **La asistencia farmaceutica en el Sistema Unico de Salud de Ceará: elementos para su transformación**. Fortaleza: SES, 1995. p.101-12.

SILVA, R. C. S. **Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil**. (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000. 215 p.

SOUZA, A. M. A. F. **Vigilância sanitária na saúde pública brasileira e a sua aproximação com o caso mexicano: proteger, vigiar e regular**. 2007. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) - USP, São Paulo, 2007.

SPINK, M.J. **A centralidade da regulação na sociedade de risco**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco>>. Acesso em: 9 jul 2008.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J.; VILABÔAS, A. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, DF: v. 7, n. 2, p. 8-28. 1998c.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, out/dez, 1994.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 1, p. 213-220, 2007

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **How to develop and implement a national drug policy: Guidelines for developing National Drug Policies**. Geneva: WHO, 2001. 2nd. ed. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/ndp-2ed-en.pdf>> (6)>. Acesso em: 15 mar 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Planning and evaluation of health education services**. Geneva: WHO, 1969. Technical Report Series nº. 409. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_409.pdf>. Acesso em: 15 mar 2008.

9 ANEXO A - Instrumento de Coleta de Dados

**CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
INSTRUMENTO PARA DIAGNÓSTICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Projeto SUSGESTÃO**

A	IND	INFORMAÇÕES GERAIS SES E AF	RESPOSTA
		Estado:	
		População:	
		Nº. Municípios:	
		Tipo de gestão de saúde no Estado:	
		<i>(P) Gestão Plena do Sistema de Saúde</i>	
		<i>(B) Gestão Avançada do Sistema de Saúde</i>	
		As ações de saúde são desenvolvidas pela administração direta da SES?	
		Se não, qual a estrutura indireta que as executam?	
		A SES ou a estrutura responsável pela execução das ações de saúde possui unidades administrativas descentralizadas?	
		Como estão organizadas?	
		Solicitar cópia do organograma da SES	
1	G1	O organograma está formalizado?	
2		Através de que instrumento?	
		Observações	
		LEVANTAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	
B		ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E PLANEJAMENTO	
3		Responsável pela assistência farmacêutica:	
4	G5	Há quanto tempo é responsável pela assistência farmacêutica?	
5	G6	Qual a formação profissional e a qualificação do responsável pela assistência farmacêutica?	
6	G2	A assistência farmacêutica está contemplada no organograma da SES?	
7	G3	Subordinação da assistência farmacêutica no organograma da SES	
a		Gabinete Secretário ou Diretor da SES	
b		Políticas de Saúde	
c		Regulação	
d		Direção Administrativa SES	
e		Vigilância em saúde	
f		Outros:	
g	G4	Qual?	

8		A AF está contemplada no Regimento Interno da SES?	
9		Possui Regimento exclusivo?	
10		O regimento reflete a realidade do setor/área?	
11		Descrição da missão da AF:	
12		Organograma da AF	
13		Setores que compõem a AF	
a		Medicamentos Básicos	
b		Medicamentos Alto Custo	
c		Medicamentos Estratégicos	
d		Medicamentos Judiciais	
e		Medicamentos Hospitalares	
f		Assessoria Técnica	
h		Outros:	
		Descrever	
14		Existem atividades da AF que são descentralizadas?	
15		Quais atividades?	
16		Onde e como se dá a descentralização (ver por área/setor)?	
17	G7	A AF é contemplada no site da SES?	
		www.	
18		Como é feito o planejamento das atividades da AF?	
19		Qual o período habitualmente abrangido pelo planejamento?	
20		Quem participa de sua elaboração?	
21	G8	Existe um documento que formalize a política estadual de assistência farmacêutica?	
22	G9	Existe um plano estadual de assistência farmacêutica?	
23		O plano estadual de assistência farmacêutica está em consonância com o plano estadual de saúde?	
24		Quando ocorreu a última atualização do PEAf?	
25		Existe um Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica?	
26		O Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica está integra o Plano Estadual de Saúde?	
27		Quando ocorreu a última atualização do PEAf?	
28		A AF está contemplada no PPA (Plano Plurianual)?	
29		A AF está contemplada na PPI (Programação Pactuada e Integrada) da Assistência?	
30		A AF está sendo contemplada no Relatório de Gestão?	
		Observações:	
C		PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA E RECURSOS APLICADOS	
31	G10	A assistência farmacêutica possui uma rubrica específica para	

		suas atividades no orçamento do Estado?	
32		Quais os elementos de despesa que essa rubrica contempla?	
33	G11	A gerência de assistência farmacêutica elabora a sua previsão orçamentária?	
34		Como está montada a previsão orçamentária (ações previstas)?	
35		Previsão orçamentária no ano de 2005 e 2006 (cópia)	
a		2005 - R\$	
b		2006 - R\$	
36		Recursos gastos pela AF em 2005, até a presente data:	
a		compra de medicamentos	R\$
b		estrutura física	R\$
c		equipamentos	R\$
d		capacitação de RH	R\$
e		educação permanente	R\$
f		Outros, quais?	R\$
		Observações:	
D		INTERFACE COM SETORES DA SES	
37	G12	Com quais setores da SES a assistência farmacêutica mantém interface?	
38	G13	Como se estabelece a articulação da assistência farmacêutica com as coordenações dos programas estratégicos da SES?	
39	G14	Ocorrem reuniões periódicas entre os setores envolvidos com a assistência farmacêutica?	
40		Com quais setores a interface é maior?	
		Observações:	
E		RECURSOS HUMANOS	
41		Composição da equipe:	
42		Quantos funcionários trabalham na assistência farmacêutica?	
43		Relacionar funções, atividades desenvolvidas e formação.	
a		Nível central	
b		Nível regional	
44		Quantos farmacêuticos trabalham na assistência farmacêutica?	
a		Nível central	
b		Nível regional	
45		Lotação de profissionais por atividades na AF no nível central (tabela anexa)	
46		As atividades inerentes a AF são cobertas pelo número de funcionários disponíveis?	

47		Caso não seja, informe as áreas deficientes.	
48	G15	As funções dos cargos estão descritas?	
49	G16	Relacionar as capacitações, no âmbito da assistência farmacêutica, realizadas nos anos de 2003/04/05	
50	G17	Existe programa de capacitação periódica na assistência farmacêutica?	
a		Público Alvo	
b		Número de pessoas alcançadas	
c		Qual foi o tema das capacitações?	
51		Eventos programados ou previstos para 2006	
		Observações:	
D		ESTRUTURAÇÃO DA AF	
		SELEÇÃO	
52	S1	Possui uma padronização (relação) estadual de medicamentos essenciais? Para que nível de atenção?	
53	S2	Qual é o setor (diretoria, gerência, comissão, comitê) na SES responsável pela seleção (inclusões/exclusões/revisões) de medicamentos?	
54		O Comissão/Comitê Estadual de Farmácia e Terapêutica (CEFT) está formalmente constituídas?	
55		Está regulamentado?	
56		Este setor tem articulação com a coordenação/diretoria/gerencia de assistência farmacêutica ou atua de forma independente?	
57		Qual é o nível de articulação existente com a assistência farmacêutica?	
58		Com base em que informações o setor faz os estudos de seleção para os medicamentos de uso ambulatorial e hospitalar?	
59		Atua por Programas: básicos, saúde mental, estratégicos, alto custo?	
60		Como é constituída? Critérios e requisitos para compô-la.	
61		Quais e quantos profissionais participam?	
a		Médicos	
b		Enfermeiros	
c		Farmacêuticos	
d		Outros, quais?	
62		Que titulação tem os membros?	
a		graduação	
b		especialização	
c		mestrado	
d		doutorado	
e		Estagiários	
f		Outros, quais?	
63	S3	Os membros assinaram Termo de Isenção ou de Conflito de Interesses?	

64	S4	O setor utiliza-se de consultores externos à SES para a realização de estudos de seleção (inclusões/exclusões) de medicamentos?	
65		Qual periodicidade com que se reúnem?	
66	S5	Quantas reuniões da CEFT aconteceram nos últimos doze meses?	
67		Qual o perfil das deliberações adotadas?	
68	S6	Como o setor expressa suas decisões?	
a		Atas	
b		Portarias do secretário/coordenador/diretor/gerente	
c		Outras, quais?	
69	S7	Quais são os critérios utilizados para analisar solicitações de inclusão ou exclusão de medicamentos?	
a		eficácia e segurança comprovadas	
b		menor custo de tratamento	
c		farmacocinética mais favorável	
d		facilidade de administração e comodidade para o paciente	
e		disponibilidade no mercado	
f		mais de uma indicação terapêutica	
g		maior estabilidade e facilidade de armazenamento	
h		monodrogas, exceto quando a análise custo-efetividade indicar significativa superioridade da associação sobre a monodroga	
i		Outros, quais?	
70		Os critérios usados para seleção estão formalizados?	
71		Qual metodologia utiliza para a realização dos estudos de seleção?	
72		A inclusão de um novo medicamento é acompanhado da definição dos respectivos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas?	
73		Qual a periodicidade das revisões do(s) elenco(s) já padronizados/selecionados?	
74	S8	Como é feita a divulgação aos prescritores dos medicamentos selecionados?	
75		Que estratégias de vinculação são utilizadas?	
		Observações:	
G		PROGRAMAÇÃO	
76	L1	Como é realizada a programação da necessidade de medicamentos?	
a		Centralizada na gerência da AF?	
b		Descentralizada ?	
77		Quais setores que se responsabilizam pela programação:	
a		Medicamentos Básicos:	
b		Medicamentos "Excepcionais" / Alto Custo:	
c		Medicamentos Estratégicos:	

d		Medicamentos para atender demandas judiciais:	
e		Medicamentos Saúde Mental:	
f		Medicamentos Hospitalares:	
g		Outros, quais?	
78	L2	Quais são os métodos utilizados de programação das reais necessidades de medicamentos da população?	
		A. Perfil epidemiológico; B. Consumo histórico; C. Oferta de serviços D. Pacientes cadastrados E. Outros (especificar)	
a		Medicamentos Básicos:	
b		Medicamentos Alto Custo:	
c		Medicamentos Estratégicos:	
d		Medicamentos Judiciais:	
e		Medicamentos Hospitalares:	
f		Medicamentos Saúde Mental	
g		Outros	
79		A programação é efetivada (medicamentos são adquiridos)? Se não, informar quais as dificuldades apresentadas.	
a		Medicamentos Básicos:	
b		Medicamentos Alto Custo:	
c		Medicamentos Estratégicos:	
d		Medicamentos Judiciais:	
e		Medicamentos Hospitalares:	
f		Medicamentos Saúde Mental	
g		Outros, quais?	
80	L3	Na programação os medicamentos são descritos conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI)?	
		Observações:	
H		AQUISIÇÃO	
81		Que grupo de medicamentos (quais áreas) são adquiridos pela assistência farmacêutica estadual?	
a		Medicamentos Básicos:	
b		Medicamentos Alto Custo:	
c		Medicamentos Estratégicos:	
d		Medicamentos Judiciais:	
e		Medicamentos Hospitalares:	
f		Medicamentos Saúde Mental	
g		Outros, quais?	
82		Quem define que medicamentos serão comprados?	
a		Gabinete ou Diretoria Geral da SES	
b		Gerente/Diretor da AF	

		Equipe responsável pelo gerenciamento dos medicamentos	
c		Programas de saúde	
d		Sociedades médicas	
e		Outros, qual?	
83	L4	Qual a periodicidade das aquisições?	
a		Mensal:	
b		Bimensal:	
c		Trimestral:	
d		Semestral:	
e		Anual	
f		Conforme necessidade	
g		Outra, qual?	
84	L5	Qual o método empregado para o planejamento das quantidades de medicamentos a serem adquiridos, adequando os recursos financeiros disponíveis à demanda de serviços?	
a		Custo	
b		Programa prioritário:	
c		Necessidades mais urgentes:	
d		Patologia (ex.: transplantados):	
e		Outro, qual?	
85		Caso seja necessário readequar as quantidades, quem é responsável pela definição?	
86	L6	Qual a forma de aquisição executada com maior frequência?	
a		Compra direta	
b		Tomada de Preços	
c		Pregão eletrônico	
d		Pregão presencial	
e		Concorrência Pública.	
f		Inexigibilidade de Licitação	
g		Carta convite	
h		Outro, qual?	
87	L8	Qual o tipo de fornecedor que abastece o Estado com maior frequência?	
a		Distribuidora(s). Locais?	
b		Laboratório(s) oficial (ais).Quais?	
c		Laboratório(s) Privado(s). Quais?	
d		Outro(s). Quais?	
88		Quais são as exigências solicitadas na aquisição de medicamentos?	
89		Quais são os requisitos e documentos para habilitação das empresas?	
90	L9	Condições a serem atendidas na entrega dos medicamentos	
		(Solicitar um modelo de edital)	
a		Laudo de Controle de Qualidade por lote de medicamento.	
b		Inscrição de "Proibida a venda ao comércio".	

c		Procedência do medicamento, em caso de aquisição em distribuidora e farmácias.	
d		Empenho	
e		Nenhuma.	
91		Existe alguma especificação em edital quanto ao prazo de validade dos produtos recebido?	
92	L10	Qual?	
93	L11	Qual o tempo médio de tramitação dos processos de compra na SES?	
94	L7	A SES realiza Registro de Preços dos medicamentos?	
95		Para que grupos de medicamentos ou programas?	
a		Medicamentos Básicos:	
b		Medicamentos Alto Custo:	
c		Medicamentos Hospitalares:	
d		Medicamentos Saúde Mental	
e		Outros, quais?	
96	L12	São adquiridos medicamentos pertencentes a outras listas padronizadas?	
97		Quais?	
98		São utilizados estoques de segurança?	
99	L13	Qual percentual do estoque de segurança?	
100		Existe restrição para aquisição de medicamentos não padronizados?	
101		Qual?	
102	L14	É realizada a avaliação dos fornecedores?	
103		Como?	
104		O parecer técnico nos processos de aquisição é realizado pela AF?	
105	L15	Os fornecedores que não cumprem exigências do edital (prazos, produtos fora das especificações, etc.) são penalizados?	
106	L16	Como é realizada a divulgação dos editais?	
107		Existe site específico para divulgação de editais?	
		www.	
		Observações:	
I		ARMAZENAMENTO	
108		Qual a subordinação do almoxarifado?	
109		Quais os itens que são armazenados na área?	
110		Qual o local utilizado para o armazenamento (grande volume) dos medicamentos?	
a		Almoxarifado Central	

b		Almoxarifado regionalizados	
c		Outros. Qual?	
111		Onde está localizado?	
a		Capital	
b		Regionais	
c		Municípios	
d		Outros. Qual?	
112		Qual o tamanho da área física?	
113	L17	São cumpridas as Boas Práticas de Armazenamento?	
114	L18	O local de armazenamento necessita de reformas?	
115	L19	Quais?	
116	L20	Existe projeto para construção e/ou reforma?	
117	L21	Existem documentos padronizando os procedimentos de recebimento e armazenamento de medicamentos?	
118	L22	O almoxarifado conta com responsável técnico farmacêutico?	
119		Qual sua atribuições?	
120	L23	No recebimento de medicamentos é verificado o cumprimento das exigências contidas no edital?	
121	L24	Os fornecedores entregam os medicamentos adquiridos no prazo estabelecido pelo edital?	
122		Existe rede de frio instalada?	
123	L25	A rede de frio instalada é adequada?	
124	L26	Existe no almoxarifado sistema de segurança dos medicamentos para:	
a		furtos	
b		incêndio	
c		queda de energia	
d		controle da higienização	
e		manutenção rede de frio	
f		controle temperatura	
g		equipamentos de proteção individual	
h		Outros. Qual?	
125	L27	Como é realizado o gerenciamento de produtos inservíveis?	
a		Contrato com prestadora de serviços para recolhimento e destino	
b		Incineração	
c		Aterro sanitário	
d		Outros. Qual?	
126	L28	É respeitado o método FIFO na separação dos medicamentos?	
		Observações:	

J		DISTRIBUIÇÃO	
127	L29	Como está organizada a distribuição?	
a		hierarquização/fluxos	
b		cronograma/periodicidade	
128	L30	Quais os critérios utilizados para distribuição de medicamentos?	
a		Atendimento de solicitação	
b		Cotas	
c		Reposição automática	
129	L31	Que controles gerenciais são feitos para monitorar as solicitações encaminhadas à assistência farmacêutica?	
130	L32	Existem especificações técnicas para o transporte de medicamentos?	
131	L33	As entregas são documentadas?	
132		Por quantas conferências passam cada saída de medicamentos?	
133	L34	Qual é a estrutura de distribuição?	
a		Viaturas próprias. Quais?	
b		Viaturas municipais. Quais?	
c		Outros. Quais?	
		Observações:	
K		CONTROLE DE ESTOQUE	
134	L35	Qual é o tipo de controle de estoque realizado?	
a		Informatizado	
b		Manual	
c		Ambos	
d		Nenhum	
e		Outros. Qual?	
135	L36	Com que periodicidade é realizado o controle do estoque?	
a		Inventário anual	
b		Contagens Periódicas	
c		Quando necessário	
136	L37	As discrepâncias são avaliadas?	
137	L38	Como é calculado o valor financeiro dos medicamentos estocados?	
a		Preço médio	
b		Valor de entrada do último produto	
c		Outro. Qual?	
d		Não existe	
		Observações:	

L		DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS	
138		Relatar quais grupos de medicamentos tem sua dispensação feita pela SES e quais estão descentralizados e para quem	
139		Quais os critérios para dispensação?	
a		Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas	
b		Exige cadastramento	
c		Outros. Relacione	
140		Quem é responsável pela análise dos processos de solicitação de medicamentos excepcionais?	
141		No caso de haver análise, onde ela ocorre?	
142		Qual o tempo médio de tramitação de um processo de solicitação de medicamentos excepcionais desde sua entrada até o parecer final?	
143		Qual o tempo médio entre a aprovação de um processo de fornecimento e o efetivo acesso do paciente ao mesmo?	
144	L39	Aonde ocorre a dispensação dos medicamentos sob gerenciamento do Estado?	
a		Em farmácias regularmente constituídas?	
b		Nas Unidades do Estado	
c		Nos Centros de Referência	
d		Outras. Qual?	
145		Existe cadastramento de pacientes?	
146		Como é feita a dispensação?	
147	L40	Quem faz a dispensação?	
a		Farmacêuticos	
b		Estagiários de Farmácia	
c		Outros Estagiários	
d		Servidores administrativos	
e		Técnicos de Enfermagem	
f		Várias classes. Qual?	
148		No caso dos medicamentos excepcionais, que setor faz a emissão da APAC magnética	
149		As APAC são emitidas usando como base os pacientes cadastrados ou os pacientes que receberam o medicamento naquele mês (base: dispensação efetiva, devidamente comprovada por SME ou outro documento)	
150		Existe acompanhamento da emissão mensal das APAC pela AF?	
151		Como é feita a digitação das APAC?	
		Observações:	

		ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA	
152		Qual a pactuação para gerenciamento do IAFB no Estado?	
a		Totalmente centralizada no Estado	
b		Parcialmente centralizada no Estado	
c		Totalmente descentralizada nos Municípios	
d		Parcialmente descentralizada nos Municípios	
153		Como é a pactuação dos valores financeiros?	
154		Qual a forma de pactuação do repasse do IAFB /contrapartida estadual?	
155		Quais as dificuldades observadas no seu repasse?	
156		O SIFAB é alimentado regularmente?	
157		Quais os critérios utilizados para pactuação do Elenco de medicamentos do IAFB?	
		Observações:	
		MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS	
158		Quais os setores responsáveis	
a		Gerenciamento dos estratégicos	
b		Programação	
c		Controle e distribuição	
159		Quais as dificuldades enfrentadas?	
160		Como se dá o intercâmbio de informações da AF com os responsáveis pelos programas na SES	
		Observações:	
		MEDICAMENTOS HOSPITALARES	
161		Quais os setores responsáveis	
a		Gerenciamento dos hospitalares	
b		Programação	
c		Controle e distribuição	
162		Quais as dificuldades enfrentadas?	
163		Como se dá o intercâmbio de informações da AF com os hospitais?	
		Observações:	

		MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS	
164		A SES disponibiliza todos os medicamentos que estão incluídos nas Portarias 1318, 921 e 203?	
165		Caso não, quais são os critérios usados?	
166		A SES disponibiliza outros medicamentos de alto custo /alta complexidade, além daqueles da Portaria 1318?	
167		Quais?	
168		Quantos itens são adquiridos por inexigibilidade de licitação (exclusividade)?	
169		Quais?	
170		Qual o valor total dos itens de maior custo e qual o percentual em relação ao total?	
		1.	R\$ -
		2.	R\$ -
		3.	R\$ -
		4.	R\$ -
		5.	R\$ -
		6.	R\$ -
		7.	R\$ -
		8.	R\$ -
		9.	R\$ -
		10.	R\$ -
		Observações:	
		AVALIAÇÃO DA AF	
171	G18	Como a política de assistência farmacêutica é avaliada?	
a		Indicadores	
b		Avaliação por amostragem	
c		Outros. Qual?	
		Observações:	

Instruções de preenchimento: Sim=1 Não=0

10 ANEXO B – Ofício Conass nº 172 de 03 de abril de 2007



OFÍCIO CONASS Nº 172

Brasília, 03 de abril de 2007.

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação encaminhada a este Conselho, autorizamos a utilização e disponibilização dos dados levantados nos anos de 2005 e 2006 pelo projeto para aprimoramento da Gestão Estadual do SUS – SUGESTÃO ESTADUAL, financiado pelo Programa Progestores – Programa de Informação e Apoio Técnico as Equipes Gestoras Estaduais do SUS.

Atenciosamente,


Jurandi Frutuoso
Secretário Administrativo do CONASS

JURANDI FRUTUOSO
Secretário Executivo do CONASS

A Senhora
ELISA BRUST RIECK
Mestranda em Ciências Farmacêuticas – Faculdade de Farmácia - RS