

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

Mestrado Profissionalizante em Gestão Assistência Farmacêutica do Programa de Pós - Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCF/UFRGS)

**Regionalização da Assistência Farmacêutica no Estado de Goiás:  
Dilemas, Incertezas e Desafios . . .**

MARIA CRISTINA PIGORELLI CARNEIRO

PORTO ALEGRE, 2005



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

**Regionalização da Assistência Farmacêutica no Estado de Goiás:  
Dilemas, Incertezas e Desafios . . .**

Dissertação apresentada por Maria Cristina Pigorelli  
Carneiro para obtenção de GRAU DE MESTRE em  
Ciências Farmacêuticas

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ceci Misoczky

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, em nível de mestrado profissionalizante – Gestão em Assistência Farmacêutica - da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 06/09/2005 pela Comissão examinadora constituída por:

- Prof. Dr. Clézio Saldanha dos Santos

Escola de Administração da UFRGS

- Prof. Dr. Paulo Mayorga

Faculdade de Farmacia da UFRGS

- Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Departamento de Medicina Social da UFRGS

CAR  
reg  
2005

Carneiro, Maria Cristina Pigorelli

Regionalização da Assistência Farmacêutica no Estado de Goiás: Dilemas, Incertezas e Desafios / Maria Cristina Pigorelli Carneiro – Porto Alegre : UFRGS, 2005. – 112p.: il., graf., tab.

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

1. Assistência Farmacêutica - Regionalização. 2. Política – Saúde – Medicamento. I. Pigorelli Carneiro, Maria Cristina. II. Título.

CDU: 615.1:35

Bibliotecária responsável:

Eleny das Dores Pereira D´avila, CRB - 1470

## **DEDICATÓRIA**

A meu marido, Cleuter

A minha filha, Carla Cristina

A meu filho, Cleuter Antônio

A minha mãe, Delva Aparecida

Pelo amor, colaboração e paciência a mim dedicado nesses meses decorridos para execução de mais esse curso.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao idealizador e batalhador para a realização desse curso de mestrado, colega farmacêutico Carlos Alberto Pereira.

Ao Secretário de Estado da Saúde de Goiás, Dr. Fernando Cupertino, por permitir a ausência nos dias de curso.

Aos meus colegas de trabalho que me apoiaram e não deixaram o serviço acumular durante as minhas ausências, principalmente a Inayá, Bruno e Anapaula pela força e estímulo.

As pessoas que responderam ao questionário, todos com tanta solidariedade e presteza.

Aos meus colegas de curso pela amizade e ajuda.

A Zezé, Marlene, Mary Jane, Mônica, Flavia e Janaina, pela ajuda extra.

A Deja e Patricia, pela ajuda com os procedimentos administrativos da UFRGS.

A Cleuner pelo apoio operacional internacional.

A tia Elza e D. Eloisa pelo apoio operacional e logístico.



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	01
2 REVISÃO TEÓRICA	07
2.1 AS DIVERSAS ABORDAGENS SOBRE O TEMA REGIÃO	09
2.2 À DUVIDA . . . QUAL CONCEITO DE REGIÃO ADOTAR?	13
2.3 AS REGIÕES BRASILEIRAS	15
2.4 A DIVISÃO NO ESTADO DE GOIÁS	18
3 A SAÚDE GOIANA	23
3.1A DIVISÃO DO SETOR SAÚDE	25
3.2 QUADRO ATUAL DA SAÚDE	29
3.3 A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE	33
3.4 E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA?	38
3.4.1 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM GOIÁS	50
3.4.2 SITUAÇÃO ATUAL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	52
3.4.3 A REGIONALIZAÇÃO DA ASSIST. FARMACÊUTICA EM GOIÁS	56
4 OBJETIVOS	59
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	63
5.1 OBTENÇÃO DOS DADOS	67
5.2 APRESENTAÇÃO DOS DADOS	72
6 RESULTADOS DA PESQUISA	75
6.1 ANÁLISE DOS DADOS	83
7 CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS	107
ANEXO 1 QUESTIONÁRIO	117
ANEXO 2 DIVISÃO DO ESTADO EM ARS	119





## LISTAGEM DE QUADROS, TABELAS , FIGURAS E GRÁFICOS

QUADRO 2.1 Síntese das escolas e conceitos sobre região	14
QUADRO 2.2 Mesoregiões do Estado de Goiás, IBGE 2000	19
QUADRO 2.3 Microregiões do Estado de Goiás, IBGE 2000	20
QUADRO 3.1 Divisão Regional do Governo Irapuã Costa Junior 1975-1979	26
QUADRO 3.2 Divisão Regional do Estado pela reforma na área da Saúde	27
QUADRO 3.3 Divisão Estado de Goiás pela Secretaria de Estado da Saúde	28
QUADRO 3.4 Evolução dos gastos do MS com medicamentos de 2004 a 2004, separado por categorias, 2004	46
QUADRO 3.5 Quadro demonstrativo da hierarquia organizacional na SES-GO até 2002	53
QUADRO 3.6 Quadro demonstrativo da hierarquia organizacional na SES-GO após 12/2002	54
FIGURA 2.1 Mapa do Brasil com sua divisão regional oficial	16
FIGURA 2.2 Divisão política- administrativa do Governo Marconi Perilo 2000 – 2004	21
FIGURA 3.1 Divisão regional do setor saúde no Estado de Goiás	37
FIGURA 3.2 Demonstrativo da estrutura Organizacional da Secretaria de Estado da Saúde	52
Tabela 6.1 Demonstrativo da freqüência de questionários encaminhados e respondidos, separado por local de trabalho, em agosto de 2004.	77
Tabela 6.2 Demonstrativo da freqüência de respostas sobre as ações que deveriam ser regionalizadas na visão dos servidores SES-GO a nível central, que trabalham na área da assistência farmacêutica, em agosto de 2004.	78
Tabela 6.3 Demonstrativo da freqüência de respostas sobre ações que deveriam ser regionalizadas na visão dos servidores da SES-GO a nível regional, que trabalham na área de assistência farmacêutica , agosto de 2004.	78
Tabela 6.4 Demonstrativo da freqüência de respostas sobre ações que deveriam ser regionalizadas na visão dos servidores da SES -GO, que trabalham com ações da área de assistência farmacêutica, em agosto de 2004	79
Tabela 6.5 Demonstrativos da freqüência das notas dadas para a necessidade de se implantar ações regionalizadas de assistência farmacêutica, na visão dos servidores da SES-GO participaram dessa pesquisa e que trabalham na área, separado por local de trabalho, em agosto de 2004	79

Tabela 6.6 Demonstrativo, segundo a escala de Likert, da predisposição dos servidores da SES-GO, que trabalham com ações na área de assistência farmacêutica, no nível central e regional, sobre a realização da seleção de medicamentos regionalizada, em agosto de 2004	80
Tabela 6.7 Demonstrativo, segundo a escala de Likert, da predisposição dos servidores da SES-GO, que trabalham com ações na área de assistência farmacêutica, no nível central e regional, sobre a programação anual de medicamentos regionalizada, em agosto 2004	80
Tabela 6.8 Demonstrativos, segundo a escala de Likert, da predisposição dos servidores da SES-GO, que trabalham com ações na área de assistência farmacêutica, no nível central e regional, sobre a realização da aquisição de medicamentos, em agosto de 2004.	80
Tabela 6.9 Demonstrativos, segundo a escala de Likert, da predisposição dos servidores da SES-GO, que trabalham com ações na área de assistência farmacêutica, no nível central e regional, sobre a realização da distribuição de medicamentos aos municípios da região, em agosto de 2004	81
Tabela 6.10 Demonstrativos, segundo a escala de Likert, da predisposição dos servidores da SES-GO, que trabalham com ações na área de assistência farmacêutica, no nível central e regional, sobre a realização da dispensação de medicamentos a população da região, agosto de 2004	81
Tabela 9.11 Demonstrativos, segundo a escala de Likert, da predisposição dos servidores da SES-GO, que trabalham com ações na área de assistência farmacêutica, no nível central e regional, sobre a realização da avaliação das ações básicas do município da região, em agosto 2004	81
Tabela 9.12 Demonstrativos, segundo a escala de Likert, da necessidade de se implantar ações regionalizadas de assistência farmacêutica, na visão dos servidores da SES-GO participaram dessa pesquisa e que trabalham na área, separado por local de trabalho, em agosto de 2004	82
Tabela 9.13 Demonstrativo das atuais dificuldades organizacionais para implantar ações regionalizadas de assistência farmacêutica, na visão dos servidores da SES-GO que trabalham na área, separado por local de trabalho, agosto 2004	82
Gráfico 6.1 Demonstrativo da freqüência de questionários encaminhados e respondidos pelos servidores da SES-GO, que trabalham com ações de assistência farmacêutica, separado por local de trabalho, em agosto de 2004	77
Gráfico 6.2 Demonstrativo das atuais dificuldades organizacionais para implantar ações regionalizadas de assistência farmacêutica, na visão dos servidores da SES-GO que trabalham na área, agosto 2004	83

## **ABREVIATURAS**

AF – Assistência Farmacêutica

ARS – Administração Regional de Saúde

CEAF – Comissão Estadual de Assistência Farmacêutica

CEME – Central de Medicamentos

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

FSESP - Fundação Serviços de Saúde Pública

GETAF – Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

OSEGO - Organização de Saúde do Estado de Goiás

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PDR – Plano Diretor de Regionalização.

PIAFB - Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica

PNS – Política Nacional de Saúde

SES-GO – Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

SMS – Secretaria Municipal de Saúde



## RESUMO

O estado de Goiás deu início ao seu processo de regionalização das ações de saúde, seguindo as diretrizes do SUS e as normas preconizadas pela NOAS 2001. O Plano Diretor Regionalização (PDR) está pactuado desde 2002, entretanto ainda não se encontra em pleno funcionamento. As ações de assistência farmacêutica (AF) ainda não foram regionalizadas. Com a intenção que identificar quais ações deveriam ser regionalizadas, as maiores dificuldades para a regionalização desse setor e a necessidade de se regionalizar essas ações, questionou-se os servidores da Secretaria de Estado da Saúde SES-GO, do nível central e regional, que trabalham direta ou indiretamente com ações de AF. Utilizando a escala de Likert para medir a intenção (vontade, desejo) das atitudes desses servidores. Demonstrou-se, nesta pesquisa, a predisposição de realizar regionalmente as ações de programação anual, distribuição de medicamentos aos municípios e avaliação das ações básicas dos municípios da sua região, a neutralidade quanto a regionalização das ações de seleção de medicamentos e a dispensação de medicamentos especiais. Apenas com relação à ação de aquisição regionalizada se encontrou uma predisposição desfavorável, ainda que com a predisposição de concordar com a necessidade da regionalização da assistência farmacêutica estadual. As maiores dificuldades são a carência de recursos humanos, agenda política, programação anual e a estrutura física deficitária das administrações regionais de saúde.

Palavras Chaves: Assistência Farmacêutica, Regionalização da Assistência Farmacêutica, Políticas de Saúde/ Medicamento.



## **ABSTRACT**

### Regionalization of Pharmaceutical Assistance Actions in the state of Goiás: Quandaries, Hesitations and Challenges...

The state of Goiás started the process of regionalization of the Health Action, following the lines of direction of the SUS and the norms praised for NOAS 2001. The managing plan to decentralize the regions the execution of action (PDR) agreed to this since 2002. However, this still does not meet in full functioning. The actions of pharmaceutical assistance are still not executed by the health regions. With the intent of identifying which actions would have to be carried through by the regions, which is the biggest difficulty to carry through with the action of AF in the regions, and the necessity of it decentralized for the regions and of the execution of these actions, the servers of the State secretary of Health, of central and regional level, question that they work directly or indirectly with action of AF. Using the scale of Likert to measure the intention (want and desire) of the attitudes of these servers, it demonstrated, in this research, the predisposition of carrying through the actions of annually programming regionally, medicine distribution in the cities and evaluation of the basic actions of the cities of its region, the actions of medicine election and the dispensing of special medicines keep the neutrality how much the execution in the regions. But the action of acquisition executed in the regions has not favored predisposition. It has the predisposition to agree to the necessity to execute action of the pharmaceutical assistance in the region. The biggest difficulties are the lack of human resources, agenda politics, annual programming and the deficit physical structure of the regional administrations of health.

Key words: Drugs Program, Regionalization of pharmaceutical assistance action, Health and medicine politics.





# 1 INTRODUÇÃO



A Constituição Federal Brasileira de 1988, no capítulo que trata da saúde, em seu artigo nº 196, diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Dallari (1995) ressalta que o conceito de saúde referido no art.198 é complemento à definição do art. 196:

*“Especificamente com o caráter de regra jurídica, o conceito de saúde deve ser interpretado considerando que a legalidade obriga a organização das ações e serviços públicos destinados a garantir o direito à saúde – em condições de igualdade para todo o povo – o respeito das seguintes exigências: ‘descentralização [...] atendimento integral [...] e [...] participação da comunidade’.*

A assistência farmacêutica brasileira, apesar de estar inserida nas políticas públicas de saúde e consolidada na Política Nacional de Medicamentos (PNM), ainda hoje luta por melhor entendimento de suas atividades por parte dos gestores e de profissionais de saúde. Existem dúvidas quanto a suas atividades exclusivas e às interdisciplinares e, particularmente, quanto à sua reorientação. Está descrito na PNM que a assistência farmacêutica não se restringe à aquisição e distribuição de medicamentos, ela atua também na promoção, prevenção e recuperação da saúde, e ainda, na educação e informação sobre medicamentos para os profissionais da saúde e para os usuários das comunidades (BRASIL, 2002).

A descentralização política-administrativa das ações e serviços públicos de saúde é a espinha dorsal do Sistema Único de Saúde e coloca o responsável pela ação perto do fato. Carvalho (2001) comenta que, segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90), a execução de ações e serviços de saúde, bem como a de outros serviços de interesse social imediato, deve ser atribuída ao órgão ou autoridade que esteja em contato direto com o administrador ou usuário, e que a municipalização dessas ações e serviços é o grande avanço do SUS, porque a efetiva descentralização política-administrativa esta na base do federalismo.

O Estado de Goiás para obter maior resolutividade e intersectorialidade das ações preconizado pelo SUS iniciou o processo de descentralização, municipalizou as ações de saúde, entretanto dos 240 municípios apenas quinze (15), até dezembro de 2004, assumiram toda a gestão da área da saúde (a chamada gestão plena), os demais se restringiram a assumir as ações básicas.

A regionalização da saúde estadual segue as diretrizes políticas estabelecidas na Constituição de 1988 e as normas preconizadas na da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS de 2001 e 2002, além dos princípios da descentralização - a regionalização dos serviços de saúde e a hierarquização dos níveis com resolutividade própria. Para organizar a regionalização é indispensável suporte técnico, pessoal habilitado, suficiência de recursos para atender as necessidades da população regional. Em Goiás, para completar a regionalização será necessário rever ações, criar estruturas e avaliar serviços.

As regionais de saúde estaduais ainda não contam com uma assistência farmacêutica (AF) formal, sua implantação dependerá de uma nova organização estrutural, que precisará ser capaz de identificar e intervir sobre os fatores de risco que atingem os municípios, bem como articular políticas e programas de interesse para a região, tendo como meta à melhoria do acesso da população a medicamentos eficientes e eficazes, promovendo seu uso racional.

A regionalização do setor saúde, na área de serviços, segue as Normas Operacionais de Assistência a Saúde, mas e assistência farmacêutica (AF) no nível regional, em Goiás? Como conjugar ações administrativas sobre produto nas diretrizes de serviços? A NOAS deve ser o norte para a regionalização das ações de assistência farmacêutica?

Mesmo tomando como base às propostas de regionalização do estado e seguindo as diretrizes administrativas desse governo, fica a incerteza: A regionalização das ações de assistência farmacêutica deve ser implantada? Quais ações? De que maneira? São perguntas como esta que sintetizam no título desta dissertação: “A Regionalização da Assistência Farmacêutica no Estado de Goiás: Dilemas, Incertezas e Desafios ..... “

O levantamento de informações sobre conceitos de região, documentos e histórico, serão o início desse trabalho. A descrição da situação organizacional dos serviços regionalizados e o levantamento para medir atitudes dos servidores da SES-GO para realizar a transferência das ações objetivam esse estudo.

A pesquisa se pauta na intenção de atores com poder de transferência e execução dos serviços de saúde no estado, em executar ações regionalizadas de assistência farmacêutica (AF). Os atores que formaram a população de estudo, têm conhecimento da diretriz estadual de regionalização, do documento elaborado, aprovado e pactuado sobre a regionalização das ações de saúde, desde 2002 e algum poder de decisão e/ou influência sobre a execução dessas ações. Existe a intenção política de se realizar ações de assistência farmacêutica (AF) de forma regionalizada, mas quais ações? Qual é grau da necessidade, na visão desses atores, de realizar essas ações regionalmente?

A mudança do modelo organizacional alterará algumas ações executadas pelos atores que tomam decisão sobre o insumo medicamento e envolve, também, o poder de resolução, o controle financeiro e o prestígio que esse insumo representa no atual sistema saúde. A maneira de aceitar e a vontade desses atores de executar essas ações são de grande importância para a efetivação da regionalização no estado. A dissertação se pauta no levantamento sobre a formação da região e sua influência na tendência de realizar a regionalização da assistência farmacêutica (AF) em Goiás.

Estruturalmente o estudo se divide em: revisão bibliográfica, levantamentos da situação atual da regionalização e da assistência farmacêutica no estado de Goiás, construção do instrumento para coletar de dados, a coleta dos dados, análise sobre a intenção dos servidores estaduais que trabalham direta ou indiretamente com a AF em Goiás, em regionalizar suas ações.



## **2 REVISÃO TEÓRICA**





## 2.1 AS DIVERSAS ABORDAGENS SOBRE O TEMA REGIÃO

Na linguagem cotidiana a noção de região parece estar relacionada a dois princípios: o de localização e o de extensão. Empregam-se expressões rotineiras como “região dos lagos”, “região rica da cidade”, “região mais afastada”, “região mais suja”, etc., para indicar uma localização com características que as distinguem das demais. O termo, outras vezes, é utilizado como uma unidade hierárquica e administrativa sobre o controle do Estado (GOMES, 2001).

É na geografia que se encontram as bases para o desenvolvimento de conceitos ou noções relativos à região e às questões referentes a como regionalizar e elaborar a divisão regional. Vem também da geografia o conceito de espaço, território, região, arranjo espacial, que, ligados a outras ciências, são fundamentais para se construir o conceito de região. As correntes do pensamento geográfico influenciaram os novos paradigmas sobre região, desde o determinismo ambiental até a geografia crítica, passando pelo possibilismo, o método regional e a nova geografia com seus autores: Lamarck, Darwin, Frederic Ratzel, Vital de La Blache, Richard Hartshorne e outros (CORRÊA, 1991).

Como uma ciência social, a geografia tem como objeto de estudo a sociedade e utiliza cinco conceitos chave: paisagem, região, espaço, lugar e território, que se referem à ação humana modelando a superfície terrestre. Ao longo do tempo esses cinco conceitos se alternam tanto na forma quanto na importância. Esses conceitos têm sido objeto de debate, não só na geografia, e levam a várias acepções defendidas por diferentes correntes do pensamento. Os conceitos de paisagem e região foram os mais privilegiados no início da geografia como disciplina, e nos debates posteriores incluíram os conceitos de região natural e região paisagem. A relação causal entre o comportamento humano e a natureza, que se fundamenta nas teorias de Lamarck e Darwin, foi adotada pelas ciências

sociais que viam a possibilidade de justificar que os mecanismos que ocorriam na natureza explicavam as ações da sociedade. Na geografia essa abordagem constitui o paradigma do determinismo ambiental (CORRÊA, 1991).

Outro conceito que envolve a separação de terra e população é o conceito do espaço vital – onde o território representa o equilíbrio entre a população ali residente e os recursos disponíveis para as suas necessidades, definindo e relacionando as possibilidades de progresso e demanda territorial, legado pelo geógrafo alemão Frederic Ratzel (CORRÊA, 1991).

No século XIX, impulsionado pela expansão imperialista, o conceito dominante foi o de região natural, herança do determinismo ambiental, sendo entendida como um ecossistema onde seus elementos acham-se integrados e são interagentes (CORRÊA, 1991). Delgado de Carvalho (1913) introduziu o conceito de região natural no Brasil, considerou as grandes regiões naturais com sendo as regiões norte, nordeste, leste, sul e centro-oeste que se subdividem em zonas fisiográficas caracterizada por elementos de ordem humana.

A região geográfica, no possibilismo, abrange uma paisagem e sua extensão territorial, onde se entrelaçam de modo harmonioso os componentes humanos e a natureza, considerada uma entidade concreta. Para Vidal de la Blache e seus discípulos a região geográfica tem seus limites determinados por vários componentes (a fronteira pode ser o clima, o solo, um rio, etc.), onde haja uma combinação específica da diversidade, uma paisagem que acabe conferindo singularidade àquela região. A natureza como fornecedora de possibilidades para o homem modificá-la, sendo o homem o principal agente geográfico. No Brasil as bases para a divisão territorial utilizada no recenseamento de 1950 e 1960 foram fundamentadas no conceito de região geográfica de Vidal de la Blache (CORRÊA, 1991).

Fundamentada no positivismo lógico surge a *nova geografia*, que define região como um conjunto de lugares onde as diferenças internas entre esses lugares são menores que as existentes entre eles e qualquer outro elemento de outro conjunto de lugares. As diferenças entre lugares são definidas através de uma medida na qual se utilizam técnicas estatísticas, onde cada pesquisador norteia os

critérios para uma divisão regional (GRIGG,1974). Nos Departamentos de Geografia de Rio Claro e no Departamento de Estudos Geográficos do Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE), nos idos de 70, desenvolveu-se a nova geografia brasileira (CORRÊA,1991).

No método regional a área não é vista a partir da relação homem/natureza, mas na integração de fenômenos heterogêneos em uma dada porção da superfície da Terra. O norte americano Richard Hartshorne dá a esse paradigma uma outra dimensão, que evidencia a necessidade de produzir uma geografia regional buscando a integração entre fenômenos heterogêneos em seções do espaço terrestre (LENCIONI, 1999).

Hartshorne (1939), influenciado por Newton, vê o espaço como absoluto (um conjunto de pontos que têm existência em si mesmo), onde o espaço e o tempo associam-se a todas as dimensões da vida, fica o termo espaço empregado no sentido de área que: “... *é um quadro intelectual do fenômeno, um conceito abstrato que não existe na realidade (...) a área, em si, está relacionadas aos fenômenos dentro dela, somente naquilo que ela contém em tais e tais localizações.*” (HARTSHORNE,1939, citado por CORRÊA,1991).

Ratzel desenvolve, em sua antropogeografia, dois conceitos fundamentais que são de território (que se vincula à apropriação de uma porção de espaço por um determinado grupo) e de espaço vital (que expressa as necessidades territoriais de uma sociedade em função de seu desenvolvimento tecnológico, do total de população e dos recursos naturais). A preservação e ampliação desse espaço vital constituem-se, na forma ratzeliana, na própria razão de ser do Estado (MORAES, 1990).

A revolução teórico–quantitativa, calcada no positivismo lógico da década de 1950, provoca profundas modificações na geografia, adotando uma visão da unidade epistemológica da ciência. Os conceitos de lugar e território não são mais significativos, o de paisagem é deixado de lado e o de região é reduzido ao resultado do processo de classificação de unidades espaciais segundo procedimentos de agrupamentos e divisões lógicas com base em técnicas estatísticas (CORRÊA, 1991).

Segundo Schaefer (1953), Bunge (1966), Ullman (1954) e Watson (1955), o espaço aparece como conceito chave da geografia, através da noção de planície isotrópica e de sua representação matricial. Uma superfície uniforme se refere à geomorfologia (clima e cobertura vegetal) e a sua ocupação humana (uniformidade na densidade demográfica, renda e padrão cultural). Sobre esta planície de lugares iguais desenvolvem-se ações e mecanismos econômicos que levam à diferenciação do espaço. Surge daí a noção de distância (que determina, em um espaço previamente homogêneo, a diferenciação espacial), onde o ponto de partida é a homogeneidade e o de chegada é a diferenciação espacial. Esse espaço geográfico pode ser representado por uma matriz e sua expressão topográfica, o gráfico. As representações matriciais e topográficas se constituem em meios operacionais que permitem extrair conhecimentos sobre localizações e fluxos, hierarquias e especialidades funcionais, podendo ajudar na compreensão da organização espacial.

Após a 2ª Guerra Mundial, e com a expansão do capitalismo, surge outro paradigma da geografia de abordagem locacional: o espaço alterado resulta de um agregado de decisões locacionais. Essa abordagem é calcada no materialismo histórico, na dialética marxista, que ao realizar severas críticas ao capitalismo, desenvolve a geografia crítica, a qual tem a intenção de participar de um processo de transformação da sociedade, contestando o pensamento dominante (CORRÊA, 1991).

Lefèvre (1976) argumenta que o espaço não é nem o ponto de partida (espaço absoluto), nem o ponto de chegada (espaço com produto social), também não é um instrumento político e nem um campo de ações de um indivíduo ou grupo, ligado ao processo de reprodução da força de trabalho através do consumo, para ele, espaço engloba esta concepção e a ultrapassa, sendo o *locus* de reprodução das relações sociais de produção.

Milton Santos (1978) comenta não ser possível conceber uma determinada formação sócio-econômica sem se recorrer ao espaço, e admite que a formação sócio-espacial possa ser entendida como um meta-conceito, um paradigma, que contém e está contida nos conceitos chave de natureza operativa, de paisagem, região, espaço como organização espacial, lugar e território.

*“... o espaço organizado pelo homem é como as demais estruturas sociais, uma estrutura subordinada - subordinante. E como as outras instâncias, o espaço, embora submetido à lei da totalidade, dispõe de uma certa autonomia...”* (SANTOS,1978,p. 145)

Duarte (1980), com o foco da geografia crítica, comenta que para ele região é uma dimensão espacial das especificidades sociais em uma totalidade espaço-social, capaz de opor resistência à homogeneização da sociedade e do espaço pelo capital monopolístico e hegemônico, e que as regiões são espaços em que existe uma sociedade que dirige e organiza aquele espaço.

## **2.2 A DUVIDA . . . QUAL CONCEITO DE REGIÃO ADOTAR?**

Ao conceituar região se deve reconhecer que:

- a noção de região existe em outros domínios que não os da ciência, e, ao mesmo tempo a variedade de seu emprego no âmbito da própria ciência;
- a ciência, neste caso a geografia, procura diferentes usos correntes do conceito, ao invés de conceitos “puros”;
- ainda existem controvérsias sobre a melhor definição para o conceito de região, que estão calcadas nas raízes do pensamento geográfico.
- região está intimamente ligada à relação homem – meio ambiente, e o seu conceito tem implicações no campo da discussão política, da dinâmica do Estado e do estatuto da diversidade espacial.

<b>Escolas</b>	<b>Conceito de Região</b>	<b>Autores</b>
<b><i>Determinismo Ambiental</i></b> A natureza explica a ação da sociedade.	Um ecossistema onde seus elementos acham-se integrados e são interagentes (região natural).	Frederic Ratzel
<i>Possibilismo</i> O homem é capaz de modificar a natureza.	Abrange uma paisagem e sua extensão territorial, onde se entrelaçam de modo harmonioso, componentes humanos e natureza, considerada uma entidade concreta. O conceito de região e paisagem se equivalem na geografia possibilista.	Vital de la Blache
<i>Método Regional</i> A área é relacionada com os fenômenos dentro dela, que por sua vez delimitam a região.	A integração de fenômenos heterogêneos em uma dada porção da superfície da Terra. Busca a integração entre fenômenos heterogêneos em seções do espaço terrestre.	Richard Hatshorne
<i>Nova Geografia</i> O espaço alterado resulta de um agregado de decisões locais .	Conjunto de lugares onde as diferenças internas entre esses lugares são menores que as existentes entre eles e qualquer elemento de outro conjunto de lugares.	David Grigg Yves Lacoste
<i>Geografia Crítica</i> Reinterpretação com base na teoria Marxista das concepções anteriores associadas à organização espacial.	Uma entidade concreta, resultado de múltiplas determinações: de uma ocupação previa, da efetivação dos mecanismos de regionalização, caracterizado por uma natureza já transformada, com heranças culturais e materiais e com determinada estrutura social e seus conflitos .	William Bunge Aluizio Duarte Miguel Santos

Quadro 2.1 – Síntese das escolas e conceitos sobre região

O conceito dominante tem sido o de uma área vista por um ou mais aspectos aos quais se atribui alguma relevância, seja por uma determinada produção, um suposto problema social, a gravitação em torno de uma cidade dotada de funções regionais ou pertencentes a uma mesma bacia geográfica sobre a qual se quer garantir a reprodução da sociedade de classe, com uma dominante, que se localiza fora ou no interior da área submetida à regionalização e vinculada a uma ação num determinado tempo social e espacial (CORRÊA, 1991).

A dinâmica contemporânea decorre da lógica instrumental, lógica cultural, dos valores, expressa em movimentos diversos sociais diversos, converge para

processos de diferenciação espacial e valorização estratégica dos territórios. A reorganização do espaço, além dos processos econômicos e tecnológicos, são resultados de decisões políticas e estratégias organizacionais (BECKER, 1991).

A região tem um sentido bastante conhecido como unidade administrativa e a divisão regional é o meio pelo qual se exerce freqüentemente a hierarquização e o controle na administração do Estado (GOMES, 2001).

Nesta dissertação adotarei o conceito de região que surgiu com o método regional, pois acredito ser o que melhor se adequa ao tema e às características do contexto desse estudo.

### **2.3 AS REGIÕES BRASILEIRAS**

O Brasil começou a ser estruturado a partir do modelo colonial de exploração e formado por diversas áreas que não mantinham ligações, apresentando uma economia fragmentada e voltada para a exportação, só se constituiu como espaço integrado no final do século XIX. Até essa data, dizia-se que o Brasil parecia um arquipélago, pois seu espaço geográfico era composto de diversas áreas isoladas, como se fossem ilhas dentro do imenso território. A dinâmica interna de articulações (comercial e produtiva), do século XX, é que ligou as diversas regiões e envolveu os vários setores da economia levando a organização do espaço brasileiro, pautado na diferenciação regional que o caracterizou (MOREIRA, 2003).

A divisão espacial no Brasil ainda continua sendo discutida, devido à dificuldade em se estabelecer os limites e os critérios a serem adotados para proceder a divisão. Esses limites podem ser: a dinâmica da realidade espacial, os elementos econômicos e sociais, as grandes áreas onde as paisagens naturais sofreram pouca modificação pela ação humana, entretanto, dependerem da postura política e teóricas de quem propõe os critérios para a regionalização (COSTA, 1999).

Oficialmente o Brasil é dividido em cinco regiões: Sudeste, Sul, Nordeste, Norte e Centro-Oeste, seguindo a divisão político-administrativa elaborada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base na homogeneidade física, humana e econômica das regiões. Seus limites coincidem com os limites dos estados e essa divisão tem valor para fins estatísticos e de planejamento. Vale ressaltar que o critério de homogeneidade adotado pelo IBGE tem sido questionado, pois as características regionais não acompanham o traçado dos estados e devido as diferenças no interior de uma mesma região. Tem surgido várias propostas de criação de novos estados (COSTA, 1999).



Figura 2.1 – Mapa do Brasil com sua divisão regional  
Fonte : IBGE, 2000.



Uma forma alternativa de classificação regional é a dos espaços regionais que refletem com maior precisão os limites de homogeneidade de cada região ficando o Brasil dividido em três grandes espaços regionais: o Centro-Sul, o Nordeste e a Amazônia (COSTA, 1999).

1- A região Centro –Sul compreende o sul de Mato Grosso, Goiás, o sul do Tocantins, a maior parte de Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, São Paulo e Rio de Janeiro. É onde está o centro econômico do país e concentra-se 60% da população, o principal parque industrial, a mais moderna produção agropecuária, a maior produção de energia, as maiores redes ferroviárias e rodoviárias, as principais universidades e centros de pesquisa.

2- A região Nordeste compreende, além de todos os estados que compõem o Nordeste na classificação oficial, o extremo norte de Minas Gerais. Reúne 30% da população brasileira, e desde o processo de integração econômica destacou-se por ser uma zona de refluxo demográfico, fornecendo mão de obra para as demais regiões.

3- A Amazônia reúne todos os estados que correspondem o Norte na classificação oficial, o oeste do Maranhão, centro-norte de Mato Grosso e Tocantins. Essa região é associada às grandes paisagens naturais formadas pela floresta equatorial úmida e pela densa rede hidrográfica da bacia Amazônica, e tem a menor densidade demográfica (COSTA, 1999).

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD sugere uma nova regionalização com base no índice de desenvolvimento humano (IDH), que leva em consideração dimensões como a expectativa de vida, a escolaridade e a renda. Em 1996 surge uma nova estruturação do espaço brasileiro em três regiões, separada pela escalas de valores do IDH (COSTA , 1999), sendo:

1-  $IDH < 0,7 \rightarrow$  Acre, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Pará, Piauí, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Sergipe e Tocantins.

2-  $0,7 < IDH < 0,8 \rightarrow$  Amazonas, Amapá, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Rondônia e Roraima.

3- IDH > 0,8 → Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e o Distrito Federal.

A divisão oficial do Brasil com suas cinco regiões políticas - administrativas serão consideradas nesse estudo, por seguir o método regional.

## **2.4 AS REGIÕES DO ESTADO DE GOIÁS**

Do ponto de vista político-administrativo Goiás fica na região Centro-Oeste do Brasil, junto aos estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e do Distrito Federal, representando juntos 18% da superfície do país, mas compreendendo menos de 7% da população brasileira.

O estado de Goiás, em sua forma de divisão natural, ocupa uma área de 341.289,5 Km<sup>2</sup>, o que representa 3,99% da área do país. Constata-se, historicamente, que a realidade de Goiás em vez de um todo homogêneo, produziu um amplo leque de diversidade sociais, econômicas, culturais, demográficas, geográficas e ambientais, formando um grande e complexo mosaico (Estevam, 2000). O estado apresenta situações estruturais diferenciadas, com reivindicações, carências e potencialidades diversas e, até mesmo, contraditórias.

A Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divide o estado em cinco mesorregiões e 18 microrregiões.

<b>MESORREGIÃO GEOGRÁFICA DO ESTADO DE GOIAS</b>
NOROESTE GOIANO
NORTE GOIANO
CENTRO GOIANO
LESTE GOIANO
SUL GOIANO

Quadro 2.2 – Mesoregiões do Estado de Goiás  
Fonte: IBGE 2000.

O Noroeste Goiano é marcado pelas presenças do Rio Araguaia, da Serra Dourada e da cidade de Goiás. O potencial de incremento turístico do rio e da antiga capital (Patrimônio da Humanidade) é bastante significativo. Encontra-se nessa região um grande plantel de gado bovino de corte, porém com reduzida presença de frigoríficos, implicando em baixa agregação de valor à produção local.

No Norte Goiano predomina a estrutura econômica tradicional, com modesta produção agropecuária, agricultura familiar e tradição pecuarista com baixos índices de produtividade e estrutura fundiária altamente concentrada. A presença do Parque Nacional Chapada dos Veadeiros e o baixo nível de impacto ambiental decorrente da precária modernização das atividades econômicas, propiciam um grande potencial de turismo ecológico e de aproveitamento sustentável de riquezas naturais que vem se desenvolvendo nos últimos anos.

O Centro Goiano é constituído, no mínimo, por duas paisagens diferenciadas. De um lado, as regiões altamente urbanizadas, em torno de Goiânia (capital do estado) e Anápolis, com desenvolvimento de um parque industrial, formado por fábricas de calçados, roupas, embalagens de papel, alumínio, papelão e plástico, biscoitos, conservas, panificação, mobiliário, metalurgias, material elétrico, cerâmica e de medicamentos. Nessa região temos vinte e oito indústrias farmacêuticas. São quatro de produtos naturais, três de produtos farmacopeicos, uma farmoquímica, duas fracionadoras e as demais produtoras de medicamentos. Do outro lado, paisagem tipicamente rural, que tem sofrido os efeitos nefastos da modernização das técnicas de cultivo e da produção de larga escala, com baixos índices de ocupação de mão-de-obra.

O Leste Goiano sofre a influência da presença da Capital Federal (Brasília). Os problemas sociais gerados nas últimas décadas são devido ao crescimento

urbano acelerado e desordenado, com o surgimento de várias “cidades dormitório”, cuja população têm na capital do país sua principal referência, ocupando-se, em grande medida, nos setores formal e informal de serviços. Contudo, nas cidades dessa região, cresce o potencial de produção de hortifrutigranjeiros para o abastecimento dos centros urbanos, porém sem um planejamento e estruturação fundiária que correspondam a este potencial.

O Sul Goiano é marcado pela proximidade com o Sudeste do país e de seus grandes mercados consumidores. Está articulado, por meio de ferrovias e rodovias, com os principais corredores de exportação. Essa mesorregião apresenta realidades bastante diversificadas: seus municípios mais ao leste se caracterizam pela presença da pecuária extensiva, da fazenda tradicional, do surgimento recente de pequenas agroindústrias e do turismo, e na parte mais ocidental, o cultivo intensivo associado à emergência da grande agroindústria.

A divisão feita pelo IBGE em 2000, para as microregiões, é influenciada pelo domínio da noção de região como unidade administrativa, divide o estado de Goiás em dezoito (18) microregiões.

<b>MICRORREGIÃO GEOGRÁFICA DE GOIÁS</b>
1 - SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA
2 - RIO VERMELHO
3 - ARAGARÇAS
4 - PORANGATU
5 - CHAPADA DOS VEADEIROS
6 - CERES
7 - ANÁPOLIS
8 - IPORÁ
9 - ANICUNS
10 - GOIÂNIA
11 - VÃO DO PARANÃ
12 - ENTORNO DE BRASÍLIA
13 - SUDOESTE DE GOIÁS
14 - VALE DO RIO DOS BOIS
15 - MEIA PONTE
16 - PIRES DO RIO
17 - CATALÃO
18 - QUIRINÓPOLIS

Quadro 2.3 – Micro-regiões do Estado de Goiás  
Fonte: IBGE, 2000.

No governo do Marconi Perilo (1999 - 2004) o estado de Goiás com seus 246 (duzentos e quarenta e seis) municípios está dividido administrativamente em 10 regiões: Norte Goiano, Noroeste Goiano, Nordeste Goiano, Centro Goiano, Centro Goiano, Entorno do Distrito Federal, Região Metropolitana Goiânia, Sul Goiano, Sudeste Goiano e Oeste Goiano (Figura 2.2).

Embora sem a descrição sobre conceitos de região, o estado segue a base estabelecida pelo método regional, pois delimita limites políticos administrativos seguindo fatores como ocupações territoriais anteriores, heranças culturais, materiais e políticas e com determinada estrutura social e limites territoriais coincidindo com os municipais.

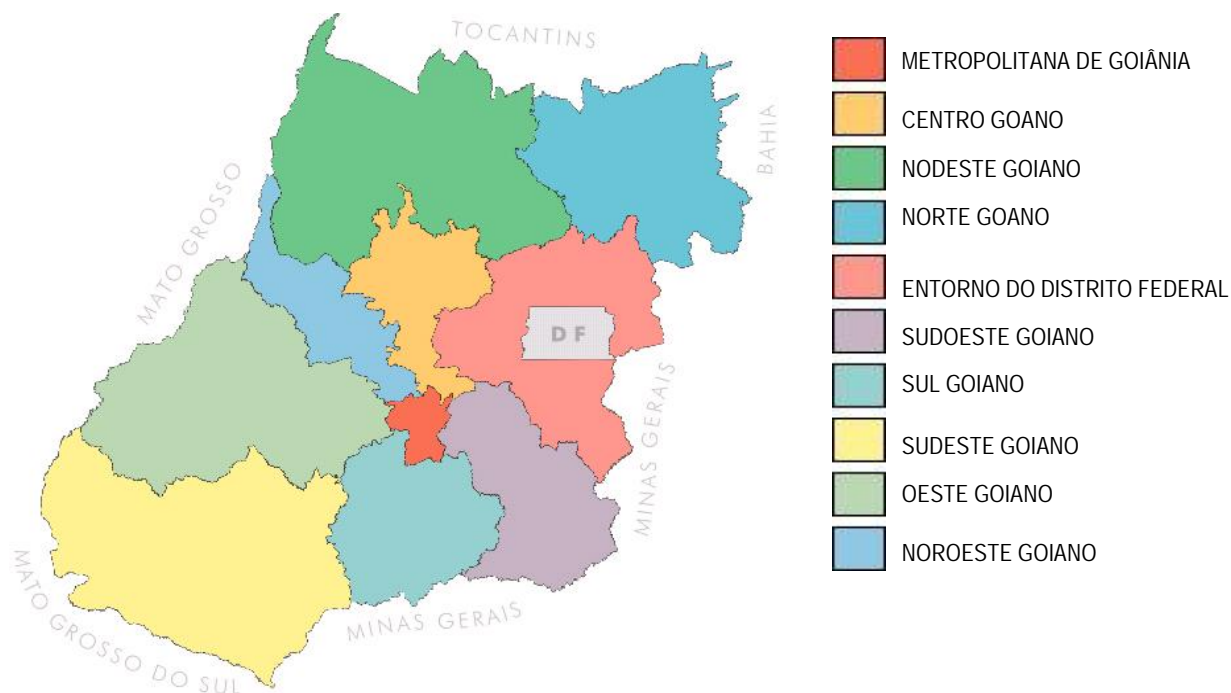


Figura 2.2 - Divisão Político - Administrativa do Governo Marconi Perilo – 2000- 2004  
Fonte : SEPLAN , 2003

A regionalização da rede pública é um dos pressupostos da descentralização dos serviços de uma forma organizativa do SUS, que se imbrica para operá-lo com racionalidade de meios e fins e, nesse sentido, instrumentaliza-se o processo de planejamento das ações de saúde. Exige-se a simultânea

hierarquização dos níveis de complexidade, que devem ser organizadas para atender a população de uma região com a distribuição espacial de serviços de saúde. Entretanto a regionalização não significa apenas distribuí-los espacialmente, mas organizá-los com o indispensável suporte técnico e de recursos humanos, com suficiência de recursos e poder decisório sempre de acordo com as necessidades da população, devendo-se evitar a duplicidade de meios para fins idênticos (inciso XII do art. 7º da lei nº 8.080/90).

### **3 A SAÚDE GOIANA**





### 3.1 DIVISÕES DO SETOR SAÚDE

Na época do governo de Mauro Borges (1961 a 1964) encontra-se registro, no Plano de Desenvolvimento do Estado, de propostas para a regionalizar o setor saúde. Os serviços de saúde oferecidos à população pelo Estado através da Secretaria de Saúde restringiam-se, até 1963, ao atendimento na capital. As atividades no interior eram exercidas principalmente por serviços itinerantes de saúde, ficando algumas áreas sob a responsabilidade da Fundação de Serviços de Saúde Pública – FSESP, criada em 1960 (GOIÁS, 1962).

Em 14 de novembro de 1964, seguindo as indicações do plano do governo, cria-se uma autarquia: a Organização de Saúde do Estado de Goiás – OSEGO, pela Lei Estadual nº 4.920, que passa a exercer os serviços de saúde pública do estado. As atividades de saúde e ações sanitárias ampliam-se, constituindo uma série de unidades sanitárias no interior, buscando expandir e dinamizar.

No governo de Irapuan Costa Júnior (15/03/1975 a 15/03/1979) é recriada a Secretaria de Estado da Saúde, pela Lei nº 7.928 de 21 de maio de 1975, com a atribuição de cumprir a política e executar os programas estaduais relacionados com a saúde à população, inclusive saneamento ambiental; cabendo a OSEGO a função de Órgão executor da política de saúde.

Os Distritos Sanitários (nome dado às regiões administrativas no setor saúde), nesse governo, passam a ser denominados de Escritórios Regionais de Supervisão, são em número de dez (10) e, através das resoluções nº 57/1977 e nº 40/1978 do Conselho deliberativo da OSEGO, estabelece também qual é o município sede e a abrangência das regiões (vide quadro 3.1). Não foram encontrados registros sobre os estudos realizados para a escolha desses municípios sede e nem os limites de sua abrangência, ficando nesse ponto a incógnita.

<b>Regiões</b>	<b>Quantidade de Municípios</b>
Campos Belos	28
Ceres	21
Goiânia	49
Goiás	21
Jataí	21
Miracema do Norte	29
Morrinhos	15
Pires do Rio	19
Porangatu	14
Tocantinópolis	09
<b>Total</b>	<b>226</b>

Quadro 3.1 - Divisão regional do Governo Irapuã Costa Júnior – 1975 a 1979  
 Fonte: OSEGO, 1976

Nota-se apenas que os municípios sede do escritório regional contavam com algum serviço de saúde, geralmente unidade hospitalar, que servia à população municipal e a alguns municípios vizinhos ou com proximidade física a esse ele. A abrangência desse serviço formava a região de saúde.

As unidades sanitárias, unidades hospitalares e unidades mistas da região formada ficaram administrativamente subordinadas aos escritórios regionais. Estes locais funcionam também como ponto de apoio de programas governamentais, tais como o de pneumologia sanitária, dermatologia sanitária, endemias focais e programa da mulher e criança (GOIÁS, 1976).

Em 1980 realiza se uma reforma na estrutura organizacional da OSEGO, pela Resolução nº. 02 de 29 de janeiro de 1980 – reorientando o sistema de regionalização e dividindo novamente as regiões, que recebem o nome de regionais de saúde, nome que prevaleceu até 2002 (vide Quadro 3.2). Novamente não foram encontrados registros dos estudos realizados para essa divisão em regional na área da saúde.

<b>REGIÃO DE SAÚDE</b>	<b>Quantidade de Municípios</b>
Goiânia	23
Área de Transição de Brasília	6
Anápolis	13
Ceres	12
Morrinhos	10
Itumbiara	6
Catalão	9
Pires do Rio	7
Goiás	14
Iporá	14
São Luis do Montes Belos (Anicuns)	10
Uruaçu	7
Porangatu	8
Jataí	10
Rio Verde	8
Campos Belos	7
Alto Paraíso / Alvorada do Norte	12
Dianópolis	6
Gurupi	5
Porto Nacional	8
Araguaína	18
Miracema do Norte	13
<b>Total</b>	<b>226</b>

Quadro 3.2 – Divisão Regional do Estado pela reforma na área da saúde  
Fonte: OSEGO, 1980.

As dificuldades de acesso dos habitantes do norte do estado à capital, o desejo de crescimento econômico e político da região leva à divisão do estado e em 27 de julho de 1988 foi aprovada a criação do estado do Tocantins, na área localizada no norte do antigo estado de Goiás.

Após essa divisão do estado de Goiás, a Secretaria de Estado da Saúde dividiu novamente o estado em regionais de saúde, agrupando numa região os municípios cuja população, por costume, se dirigia a determinadas unidades de saúde dentro de um limite de municípios. Esses limites dessas regiões, para efeito dessa divisão regional coincidem com os limites de municípios.

As regionais de saúde estaduais atuam como braço operacional da própria Secretaria de Saúde de Goiás, exercendo algumas funções delegadas pelo nível central, como serviços de fiscalização e controle de programas básicos de saúde, algumas ações de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica. Ligada a área dos medicamentos as regionais repassam os medicamentos dos programas

nacionais de saúde aos municípios (ação de entreposto de entrega) e consolida alguns de relatórios, além de recolher os farmacos controlados vencido nas drogarias e farmácias da região.

As regionais têm pouca autonomia e baixo grau de resolutiva, conseqüentemente oferece pouco apoio aos municípios ligados a ela. A divisão regional de Goiás é o meio pelo qual se exerce a hierarquização e controle administrativo estadual, como relatado por Gomes (2001).

Ao longo dos anos essa estrutura sofreu poucas mudanças, apenas alguns acréscimos de municípios recém emancipados.

<b>Regional</b>	<b>Nome da Regional</b>	<b>Quantidade de Municípios</b>
1 <sup>a</sup>	Goiânia	37
2 <sup>a</sup>	Formosa	8
3 <sup>a</sup>	Anápolis	12
4 <sup>a</sup>	Ceres	16
5 <sup>a</sup>	Morrinhos	8
6 <sup>a</sup>	Itumbiara	8
7 <sup>a</sup>	Catalão	9
8 <sup>a</sup>	Pires do Rio	6
9 <sup>a</sup>	Goiás	18
10 <sup>a</sup>	Iporá	14
11 <sup>a</sup>	Anicuns	9
12 <sup>a</sup>	Uruaçu	10
13 <sup>a</sup>	Porangatu	12
14 <sup>a</sup>	Jataí	11
15 <sup>a</sup>	Santa Helena de Goiás	8
16 <sup>a</sup>	Campos Belos	6
17 <sup>a</sup>	Posse	10
18 <sup>a</sup>	Luziânia	9
19 <sup>a</sup>	Quirinópolis	9
20 <sup>a</sup>	Crixás	6
21 <sup>a</sup>	Pontalina	8
22 <sup>a</sup>	São Luiz de Montes Belos	8
<b>Total</b>		<b>242</b>

Quadro 3.3 - Divisão do Estado de Goiás pela Secretaria de Estado da Saúde – 1988  
Fonte : SES, 1988

### 3.2 QUADRO ATUAL DA SAÚDE

O Estado de Goiás tem como determinantes para a saúde e a doença da sua população vários fatores: dentre eles podemos citar o crescimento populacional predominantemente urbano e, em algumas regiões, de forma desordenada, sofrendo grandes influências de pólos importantes, com peculiaridades sócio-econômicas e políticas diferenciadas dos demais estados brasileiros, como é o caso dos municípios que fazem parte do em torno do Distrito Federal (GOIÁS, 2003).

A taxa de mortalidade geral do estado tem permanecido em torno de 4,72 óbitos por 1000 habitantes. Na causalidade das mortes por grupos nosológicos, destaca-se o grupo das doenças do aparelho circulatório que se apresentam como primeiro grupo de causas de mortalidade geral do estado, com 25,45% dos casos registrados. Atinge a faixa etária acima dos 30 anos, com aumento significativo de ocorrências nas faixas etárias acima de 60 anos. O segundo grupo é constituído pelas causas externas com 15,74% dos óbitos do estado, sendo 36% por acidentes de trânsito, tendo uma distribuição importante em todas as faixas etárias, entre 15 e 69 anos. O terceiro grupo é formado pelas causas mal definidas, representando 14,73% do total de óbitos do Estado. Sendo que o maior número de casos registrados é entre menores de 01 ano e na faixa etária de 20 e 80 anos. Em quarto lugar aparecem as neoplasias em geral, com 10,11% dos casos registrados e, destes, 252 óbitos (25%) ocorrem em pessoas do sexo feminino. Os índices específicos de mortalidade por neoplasma maligna de útero são preocupantes, sendo atribuídos à ineficácia das ações de prevenção e à deficiência do atendimento na rede do SUS. As doenças do aparelho circulatório ocupam o quinto lugar (9,21%), seguido das doenças infecciosas e parasitárias (8,7%). A taxa de mortalidade materna no estado está em torno de 63,23/100.000 nascidos vivos. Destas, 75% são por causas evitáveis (eclampsia, infecções e hemorragias). Estes

indicadores tão negativos do estado revelam a necessidade de priorizar as ações básicas voltadas ao atendimento pré-natal, ao parto e ao planejamento familiar. (GOIÁS, 2003).

A taxa de mortalidade infantil registrada no estado é de 16,62 óbitos por mil nascidos vivos. O maior número de casos registrados ocorre no período perinatal, com 49,37%. As principais causas de óbitos nessa fase são, em primeiro lugar, as afecções originadas do período perinatal, em segundo as anomalias congênitas, em terceiro lugar as doenças infecciosas e parasitárias seguida das afecções mal definidas, doenças do aparelho respiratório e outras causas. As principais causas de internações hospitalares no estado de Goiás são, em primeiro lugar, as doenças do aparelho respiratório, seguindo-se a gravidez, puerpério e parto e transtornos Mentais (GOIÁS, 2003).

O Estado de Goiás foi habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual a partir de 16 de março de 2001, através da portaria GAB/MS nº 318 com o valor anual do teto financeiro de R\$ 306.081.887,00, divididos em: PAB - R\$51.843.924,00; Teto Livre - R\$ 212.450.277,00 e Alta Complexidade - R\$41.787.686,00 (BRASIL, 2001).

Atualmente, o estado possui uma população de 5.116.462 habitantes (IBGE, 2002) em 246 municípios. Sendo que 15 (6%) destes estão habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e 231 (94%) em Gestão Plena da Atenção Básica, com 100% do repasse dos recursos da atenção básica fundo a fundo. Dos recursos destinados à assistência da média e alta complexidade, 67,58% são repassados fundo a fundo, o restante ficando sob gestão estadual. Vale ressaltar que no estado temos 163 municípios com menos de 10.000 habitantes (61,74%) e apenas 14 municípios com mais de 50.000 habitantes (5,69%) (GOIÁS, 2003).

Sob a gerencia administrativa direta do Estado estão os serviços de algumas unidades de saúde localizada na capital, Goiânia, sendo:

- 01 Hospital de Urgências / HUGO;
- 01 Hospital Geral Especializado / HGG;
- 01 Hospital de Referência em Doenças Infecto Contagiosas / HDT;

- 01 Hospital Dermatologia Sanitária / HDS;
- 01 Hospital de Medicina Alternativa / HMA;
- 01 Hospital Materno Infantil / HMI;
- 01 Centro de Odontologia Especializada;
- 01 Laboratório de Saúde Pública / LACEN;
- 01 Centro Integrado Médico Psicopedagógico / CIMP;
- 01 Hemocentro - HEMOG;
- 02 Maternidades: Dona Íris e Nossa Sra. de Lourdes;
- 01 Central de Medicamentos de Alto Custo Juarez Barbosa / CMAC – Juarez Barbosa.

Os demais estabelecimentos assistenciais, anteriormente sob gestão estadual, foram municipalizados (por exemplo: os antigos hospitais regionais, centros e postos de saúde). Os locais de dispensação de medicamentos básicos e de programas do governo, como o de dermatologia e pneumologia sanitária, endemias focais e saúde mental, estão sob gestão municipal. As administrações regionais de saúde, nessa área, são apenas um entreposto de entrega de medicamentos aos municípios de sua abrangência (GOIÁS, 2003).

O controle e avaliação rede conveniada/ contratada é centralizado e permanece sob gestão estadual.

Historicamente os serviços de saúde no Estado de Goiás foram distribuídos geograficamente, de forma distorcida. Observa-se grande concentração destes na capital do estado, enquanto municípios mais distantes ficam quase totalmente desassistidos. Esta realidade é fruto de um modelo onde as necessidades efetivas da população não foram levadas em consideração, se instalavam serviços e se credenciavam prestadores de forma bastante aleatória e desvinculada de um planejamento mais global. A consequência é uma inadequada distribuição dos serviços, com dificuldades no seu acesso, determinando, assim, deslocamentos constantes dos usuários.

A descentralização dos serviços básicos de saúde para aos municípios (municipalização) gera uma maior autonomia municipal, mas a falta de infraestrutura de alguns municípios favorece a não execução de alguns serviços básicos. Para não prejudicar a população o estado assume ainda alguns serviços básicos como fiscalização sanitária de unidades de saúde como drogarias. O medicamento básico passa a ser responsabilidade municipal, entretanto o acesso da população aos medicamentos ainda é problemático. As queixas mais frequentes são devido a sua insuficiência e falta de regularidade (GOIÁS, 2003).

Temos um duplo problema em relação ao acesso aos medicamentos, por um lado um grupo populacional com amplo acesso aos medicamentos, consumindo-os de forma abusiva e equivocada, conseqüência da extrema liberalidade de ações das farmácias e drogarias que vendem qualquer medicamento a qualquer pessoa que consiga pagar; por outro lado temos uma grande categoria da população que não tem poder aquisitivo suficiente para comprar no mercado os produtos que necessita, ficam na dependência dos programas governamentais do SUS, assistência social ou caridade alheia (GOIÁS, 2003).

O Sistema de Saúde em Goiás não conta, até o momento, com mecanismos de referência e contra - referência formais entre os diversos gestores. Os atendimentos ambulatoriais especializados, os de média e alta complexidade, são geralmente encaminhados de forma aleatória, diretamente de um serviço para outro sem que haja prévia pactuação de critérios entre os gestores. Essas distorções apresentadas apontam para a necessidade de reestruturação deste modelo (GOIÁS, 2003).

Em meados de 2002, seguindo as diretrizes do SUS e as Normas Operacionais de Assistência a Saúde - NOAS, a Secretaria de Estado da Saúde – SES-GO, inicia negociações para estruturar o sistema de saúde público estadual de forma que amplie o acesso, garanta a equidade às ações e serviços de saúde, nos diferentes níveis de complexidade da assistência, adotada como estratégia à regionalização, além da ampliação e qualificação da atenção básica, da organização hierarquizada da atenção de média e alta complexidade, do fortalecimento da capacidade de gestão, com definições claras de responsabilidade e prerrogativas dos entes envolvidos nos termos de compromisso de garantia de acesso, com a



otimização dos recursos existentes em todo território e nas diversas esferas de governo.

### **3.3 A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE**

No início da gestão administrativa atual, em 1999, iniciou-se a estruturação do projeto de regionalização, que se baseou no exemplo do Canadá, país de cultura em ações de saúde regionalizadas. Vale ressaltar que a região canadense não se baseia no método regional, mas na região concebida na geografia crítica, ou seja, o conceito de região canadense tem como base escola diferente da utilizada no estado de Goiás. Deixando dúvidas quanto adequação do modelo a ser seguido aos moldes da divisão regional estadual existente.

Em outubro de 2002, durante o seminário Gestão de Resultados promovido pela secretaria de estado da saúde –SES-GO, em Goiânia, informes sobre o modelo de ações regionalizadas no Canadá foi apresentado por uma equipe da embaixada canadense. O evento gerou um convênio com troca de informações e experiências entre o estado e a região de Quebec e uma comissão composta por seis técnicos canadenses atuou efetivamente na elaboração do projeto de regionalização goiano (GOIÁS, 2001).

O estado de Goiás, por ter dado alguns passos na intenção de regionalizar o setor saúde, foi estado piloto na implantação das diretrizes descritas na norma operacional de assistência a saúde publicada em 2001 pelo Ministério da Saúde, que propõe a divisão de serviços de saúde e cooperação entre os Municípios do

estado de uma mesma região é baseada na existência do serviço e na capacidade (quantitativa) ofertada.

Na área de saúde a gestão atual descentralizou as ações básicas aos municípios, a chamada municipalização da saúde, que tem a meta de aproximar a saúde do cidadão. E dando continuidade ao processo de descentralização da saúde enfatiza-se a regionalização e o aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais que envolvessem os níveis de secundários e terciários da atenção a saúde, segundo as diretrizes da NOAS 01 / 02. Ressalta-se que a NOAS 01/02 é baseada em serviços de saúde, que são separados em níveis de complexidade.

A coordenação do processo de regionalização da SES-GO está com os técnicos da superintendência de planejamento, no nível central, que seguindo a lógica político – administrativa do governo atual, desenhou o sistema de regionalização da saúde. O estado planejou uma rede e uma autonomia dos entes governamentais na gestão, definindo o papel da SES-GO - Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e de cada uma das SMS – Secretaria Municipal de Saúde. Esse sistema funcional considera as noções de territorialidade, a identificação de prioridades e de intervenção na organização de uma assistência regionalizadas e resolutivas, seguindo também o paradigma do método regional onde os fenômenos dentro da área delimitam a região (GOIÁS, 2001).

O Secretário de Estado da Saúde, Dr. Fernando Cupertino de Barros, em entrevista para o Jornal Argumento, no mês de maio de 2003, comenta:

*"Nossa meta principal é aprofundar a regionalização dos serviços, ou seja, permitir que as pessoas tenham acesso ao serviço de saúde, de preferência próximo ao local onde moram. No momento em que dividirmos o Estado em regiões e estabelecermos um plano diretor para investimentos estaremos fortalecendo o sistema público de saúde e desafogando os serviços da capital."*

Entre as diretrizes da NOAS 01 / 02 está descrito a necessidade de se ter um Plano Diretor de Regionalização (PDR). Em Goiás, o PDR, foi amplamente debatido com os secretários municipais e os representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde em reuniões da comissão intergestora de bipartite - CIB. Esse plano visa ordenar o processo de regionalização do estado, estabelecer mecanismos e fluxos de referência intermunicipais, estabelecer compromissos entre os gestores para atendimento das referências intermunicipais, e definir as prioridades de intervenção coerentes com as necessidades da população.

A proposta inicial estabelecia que o setor saúde no estado de Goiás seria dividido em 15 regiões e 36 micro-regiões. Os municípios seriam agrupados segundo sua capacidade operacional como módulo assistencial ou como município satélite. Seriam 59 municípios como módulos assistenciais e 187 municípios, que alcançaram apenas a gestão da atenção básica, seriam enquadrados como municípios satélites.

Cada uma das Regiões da Saúde terá condições de realizar procedimentos como cesárea, ter Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal e, ainda, leitos de UTI, hemodiálise e referência em saúde mental. A extensão de cada uma das Regiões será dividida em 36 Microrregiões. Essas localidades devem oferecer no mínimo o atendimento de urgências clínicas e traumáticas e de pré-natal de alto risco. As 36 microrregiões, por sua vez, serão divididas em 59 módulos assistenciais que, na prática são agrupamento de municípios. Esses módulos devem resolver no mínimo ações consideradas de média complexidade como atividades nas áreas serviços de radiologia simples, ultra-sonografia, ginecologia e obstetrícia e exames de laboratório.

Em janeiro de 2004, foram estabelecidas dezesseis (16) Administrações Regionais de Saúde (no lugar das 24 regionais do estado), que seguem as diretrizes que estão preconizadas na norma da operacional de assistência a saúde (NOAS) publicada em 2001. Essas administrações têm como função organizar o fluxo, conduzir e avaliar os serviços prestados. A regionalização assim é utilizada como unidade hierárquica e administrativa sobre o controle do estado, da mesma maneira como foi descrita por Gomes, em 2001.

A divisão regional descrita no PDR - Plano Diretor de Regionalização do estado de Goiás, não se reporta a conceitos ou escolas, entretanto, comparada à revisão realizada, segue o conceito do método regional, onde ações administrativas de alguns municípios próximos fisicamente e fluxo de distribuição dos serviços entre esses municípios delimitam a região administrativa.

Segundo a Assessoria do Gabinete da Superintendência de Planejamento – SEPLAN – do estado dos 246 municípios do Estado de Goiás, apenas dezenove (19) se habilitaram à NOAS- SUS 01 / 02, o que representa 7.72% dos municípios. Ficando em dúvida sobre o porque da baixa adesão? Existem atas de reuniões em que foram debatidas as maneiras (modo pelo qual) os municípios se habilitarem a NOAS-SUS 01 / 02, porque tão poucos municípios se habilitaram? Será que esse modelo de região é o mais adequado para o estado? Ou não estamos no momento político para a regionalização?

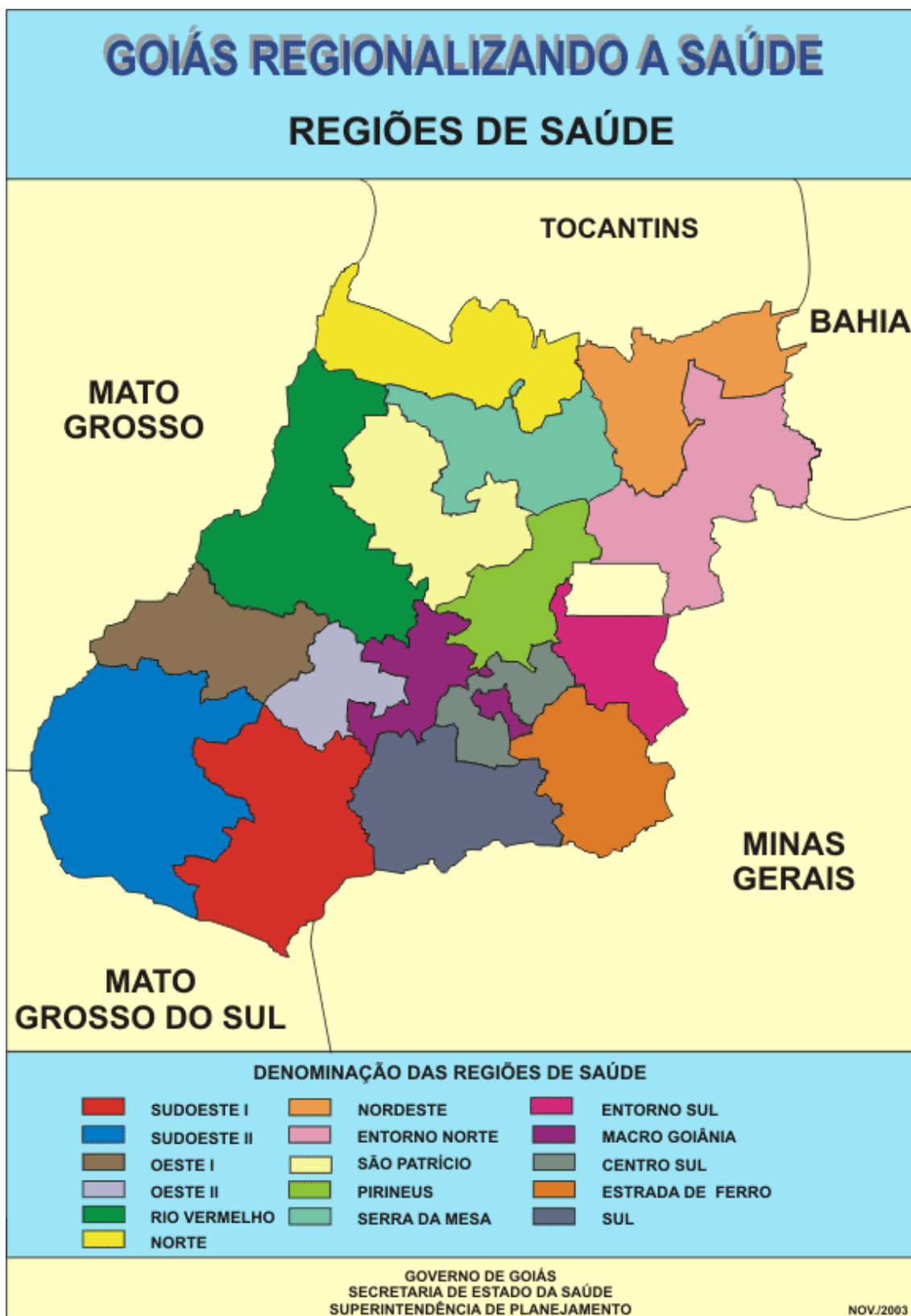


Figura 3.1: Divisão regional do setor saúde no estado de Goiás, 2003  
Fonte: SEPLAN, 2003

### **3.4 E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA?**

O medicamento é um insumo que tem, isoladamente, grande impacto sobre a capacidade resolutiva no âmbito dos serviços de saúde, sendo considerado estratégico para a melhoria das condições de saúde da população (LUCHESE, 1991).

Até 1971, apenas o trabalhador, com carteira de trabalho assinada, tinha direito ao tratamento farmacológico gratuito. Depois surgem os programas de saúde, como o de endemias focais, dermatologia sanitária e pneumologia, com distribuição de medicamentos a pacientes cadastrado. Posteriormente, cria-se a Central de Medicamentos (CEME) com o objetivo de promover e organizar o fornecimento, a preços acessíveis, de medicamentos de uso humano aos cidadãos com baixo poder aquisitivo, que recebiam até um salário mínimo. Isso aliado ao Sistema Único de Saúde – SUS, com suas metas e diretrizes, leva a um aumento no consumo de medicamentos (LUCHESE, 1991).

Para atender às demandas oriundas das esferas de governo que compõem o SUS, principalmente após a extinção do INAMPS e, mais tarde, com a desativação da Central de Medicamentos, ocorreram mudanças de maneira incisiva na forma da execução centralizada dos processos de aquisição de medicamentos. A área pública para fazer o abastecimento de medicamentos necessitava inserir no processo administrativo maneiras de promover a seleção de medicamentos a serem disponibilizados no mercado, orientar as promoções em nível municipal, estadual e federal, verificar a legitimidade de aquisição, ter condições de armazenamento e distribuição, atentar para o controle de qualidade e finalmente, conferir a utilização através das prescrições e dos registros de dispensação, assim com a missão de exercer essas atividades vem a assistência farmacêutica (LUCHESE, 1991).

Surge então a Política Nacional de Medicamento - PNM foi aprovada em 30 de outubro de 1998 pela portaria nº 3.916, oito anos após a Lei nº 8080/90 que regula as ações de saúde no SUS. Nessa referida Lei se menciona como parte do conjunto de ações e serviços do SUS o controle de qualidade, pesquisa e produção de medicamentos e em seu artigo 6º “ VI - a formulação da política de medicamentos, .....” dentro de um campo de atuação.

A PNM surge três anos após o Plano Diretor da Reforma do Estado que vislumbra uma reforma visando implementar de forma eficiente às políticas públicas, um ajustamento fiscal, reforma econômicas orientadas para o mercado, política industrial e tecnológica que garantam a concorrência interna e condições para o enfrentamento da competição internacional, reforma da previdência social, inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais. Onde a administração pública burocrática, rígida e ineficiente, voltada para si próprio e para o controle interno passe, através de uma transição programada, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento do cidadão. O Plano em sua avaliação estrutural tem por objetivo analisar as missões dos órgãos e entidades governamentais, identificando superposições, inadequações de funções e a possibilidade de descentralização visando dotar o Estado de uma estrutura organizacional moderna, ágil e permeável à participação popular.

Esta em vigência a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (Portaria nº2.203 de 6/11/1996), que invoca os ideais da carta magna no que diz respeito aos direitos a saúde, com finalidade primordial de promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção básica dos seus municípios com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS, com intuito de viabilizar com imprescindível cooperação técnica e financeira dos poderes públicos estaduais e federal. Busca-se a plena responsabilidade do poder público municipal, com a co-responsabilidades dos poderes públicos estadual e federal, não excluindo os papeis da comunidade e dos próprios indivíduos na promoção, proteção e recuperação da saúde. Isso implica o aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde e da organização do sistema.

Neste espaço social com discurso com grande poder de convencimento mascarando o foco no cidadão (quando as ações se fixam na pobreza) com as normatizações de produção predominantemente de comissões do Governo Federal conduzida com imposição prevista em contratos internacional (empréstimos do Banco Mundial) situa-se a Política Nacional de Medicamentos.

A PNM tem como propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

Para se efetivar a garantia necessária de segurança e eficácia cria-se, uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira pela Lei nº 9.782 de 26/01/1999 que é uma autarquia sob regime especial chamada de Agência Nacional de Vigilância Sanitária com a missão de "Proteger e promover a saúde, garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços", com a visão de "Ser agente da transformação do sistema descentralizado de vigilância sanitária em uma rede, ocupando um espaço diferenciado e legitimado pela população, como reguladora e promotora do bem-estar social" e com valores de Transparência, Conhecimento (como fonte da ação) e Cooperação. O Governo Federal justifica a criação das agências reguladoras como decorrentes de exigências sociais e políticas. Com esta situação, houve uma diluição do papel da administração pública como fornecedor exclusivo ou principal de serviços públicos e, simultaneamente, um processo, ainda em curso, de regular atividades produtivas de interesse público mediante o estímulo à competição e à inovação, atuando preferencialmente no gerenciamento de recursos e na função de controle.

A promoção do uso racional começa a engatinhar, faltam ações de conscientização tanto para prescritores quanto para usuários e a reestruturação da Assistência Farmacêutica pende na falta de estrutura física, fluxo de distribuição, carência de recursos humanos capacitados e burocrática legais nos processos de aquisição; Assim as ações preconizadas pela PNM tem um limitado exercício do controle social visto que ainda são poucas são as prioridades dos Conselhos de Saúde na área de Vigilância Sanitária, Assistência Farmacêutica, Uso Racional e acesso a medicamentos.



O modelo hegemônico de atenção a saúde voltado para a assistência individual não vem priorizando ações de caráter coletivo as quais também se enquadram se enquadram as ações da PNM.

Para tornar efetiva a PNM como componente do SUS, deve-se obedecer aos mesmos princípios e diretrizes do SUS que são:

- Universalidade – A PNM é desigual no Território Brasileira em decorrência da precária implementação entre outras as limitações das estruturas, recursos humanos e dos serviços em todas as regiões do país.

- Integridade - A PNM se organiza de forma dissociada visto que cada um dos municípios e estados tem o seu plano e sua programação delimitada por uma verba, falta as vezes articulação na atuação das três esferas do governo, dissociação das ações com outras áreas do SUS , com vigilância epidemiológica e sanitária, meio ambiente e saúde do trabalhador.

- Descentralização – Não há um projeto político de descentralização que leve em conta a estrutura organizacional, o financiamento adequado, a capacitação de recursos humanos. Os estados e municípios foram incumbidos de executar a descentralização sem que lhes tenham sido assegurado os recursos necessários.

- Participação popular e controle social - Ainda falta a parceria com os diversos atores; Os serviços executados pela área de atuação da PNM raramente são divulgados, as informações aos conselhos de saúde estadual e municipal ainda carecem de melhoria de acesso.

No contexto atual que a política nacional de medicamento segue os ditames da política nacional de saúde e os rumos políticos do país e ambos carecem de ajustes.

Conceitua-se a assistência farmacêutica como sendo a somatória de ações globais inseridas no âmbito da política de saúde, que objetivam assegurar o acesso da população aos medicamentos essenciais em todas as suas dimensões. A função do Estado é a de assegurar a disponibilidade e equidade no acesso de toda a

população a medicamentos eficazes, de qualidade, ao menor custo para o uso correto (OPAS,1995).

De acordo com Guerra Jr, a OMS, em sua revisão de conceitos, acrescentou a questão do custo ao conceito de acesso a medicamentos essenciais, que ficou assim definido: [...] medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades de saúde da maioria da população, devem estar disponíveis a todo momento, em quantidades adequadas e em dosagens apropriadas, a um preço com que os indivíduos e as comunidades possam arcar. [...].

Para regulamentar essa área específica, foi criada, ao longo dos anos, uma legislação, que fundamenta as ações de assistência farmacêutica. Destaque feito a:

1) Decreto nº 793 de 05/04/1993 – que altera os Decretos nº 74.170 e 79.094 e regulamenta, respectivamente, as leis nº 5.991 e 6.360, e dá outras providências. Fundamenta a questão da prescrição e denominação genérica dos medicamentos, a presença do profissional farmacêutico nas farmácias e o fracionamento de medicamentos com garantias de qualidade e eficácia terapêutica originais.

2) Lei nº 9.787 de 05/04/1994 - é a lei do medicamento genérico (Altera a Lei nº 6.360/76), que estabelece o medicamento genérico e dispõe sobre a utilização de nomes genéricos de produtos farmacêuticos.

3) Portaria MS nº 01 de 1997 - que considera as necessidades de implementar a execução da política de Assistência Farmacêutica nos três níveis de Governo, padronizar/ otimizar o processo de programação de medicamentos e otimizar os recursos orçamentários e financeiros para as três esferas de Governo .

4) Portaria GM nº 3916 de 30/10/1998 da Política de Medicamentos - que define Assistência Farmacêutica como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinado a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em toda e em cada uma de suas etapas construtivas, 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 informações sobre os medicamentos e a

educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.

5) Resolução RDC nº 391 (Agência de Vigilância Sanitária - ANVISA) de 09/08/1999 – que aprova o regulamento técnico para medicamentos genéricos.

Para o acesso aos medicamentos surgem milhares de portarias que aprovam o envio de incentivos financeiros, definem elencos, exigem criação de locais de atendimento, criam normas e protocolos clínicos. São portarias que regularizam o envio de incentivo para a aquisição de medicamentos básicos (Portaria nº 176/99) onde exige-se uma contrapartida tanto estadual quanto municipal, definindo valores *per capita* e uma prestação de contas (Port. nº 956 / 00 e 2050 /01) ou que implanta o Programa para Aquisição de Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental (Port.nº 1.077/99) ou que estabelece uma relação de medicamentos que deve constar de todos os elencos das farmácias básicas do país. (Port. 16/00) ou que cria o incentivo em forma de kits de medicamentos para o Programa Saúde da Família (Port. 343/01 ou que institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão e Diabetes Mellitus ( Port. nº 371/02) ou que amplia a lista de medicamentos excepcionais de alto custo com ressarcimento através de autorizações de procedimentos de alta complexidade/custo ( port. 1.318/02) e tantas outras.

Na saúde pública, de acordo com Machado dos Santos (2002, p. 371),

“[...]nas últimas quatro décadas, o modelo institucional de oferta de cuidados no campo da assistência farmacêutica acompanhou o desenvolvimento do modelo do sistema de atenção à saúde, mas com algumas diferenças e peculiaridades inerentes à área de fármacos”.

A modelo de sistema de atenção a saúde é baseado em serviços separados por nível de complexidade, já a assistência farmacêutica se baseia em ações sobre o insumo medicamento, sua produção/ manipulação, aquisição, distribuição, garantia de acesso a população, uso, custo e efetividade.

O acesso a serviços de saúde é agravado pelo desnível sócio-econômico e a dependência econômica existente no país. Paradoxalmente, em um país de dimensão continental como é o Brasil, existe um enorme contingente populacional

sem assistência, mas é considerado como um dos cinco maiores mercados de medicamentos do mundo. O mercado brasileiro também se situa hoje como um dos que possuem o maior potencial de expansão no curto e médio prazo (BERMUDES, 1999). O acesso a medicamentos é um assunto muito discutido e ainda se busca um consenso do que seria ideal para a saúde pública brasileira (LUCHESE, 1991).

A política de assistência farmacêutica no Brasil sofreu variadas mudanças de rumo ao longo das últimas décadas, mas sempre em via de mão única com as diretrizes do mercado ou de pactos estabelecidos entre o Banco Mundial e o Governo. Apesar da assistência farmacêutica, estar inserida nas políticas públicas de saúde, consolidada na Política Nacional de Medicamentos (PNM), ainda hoje luta por maior autonomia de atuação e melhor entendimento por parte dos gestores e de profissionais de saúde quanto a suas atividades exclusivas e interdisciplinares, particularmente quanto a sua reorientação, que também tem sua definição expressa na PNM (LUCHESE, 1991).

A assistência farmacêutica não se restringe à aquisição e distribuição de medicamentos, compartilha com outras profissões a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, ainda, educação e informação sobre medicamentos para os profissionais da saúde e para os usuários das comunidades (BRASIL, 2002).

Desde junho de 1997, na Oficina de Trabalho do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, realizada em Aracaju, Sergipe, até o hoje é abordado o tema “assistência farmacêutica” e pauta varias reuniões dos secretários estaduais e municipais de saúde no país.

O insumo medicamento é abordado pelos secretários sob os diversos aspectos como: o abastecimento de medicamentos no SUS, à capacidade de produção dos laboratórios oficiais, os elencos de medicamentos, as necessidades de medicamentos dos programas do Ministério da Saúde, as decorrências do processo de desativação da Central de Medicamentos e a comparação de preços entre os fornecimentos de medicamentos pelos laboratórios oficiais e pelo setor privado. São tantos os temas que levaram criação de uma Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica do CONASS, aprovada na Oficina de Trabalho realizada

em Campo Grande, MS, em agosto de 1997, para auxiliar tecnicamente as ações dos secretários.

A partir da criação da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica, todas as Oficinas de Trabalho do CONASS (Recife, PE, 12 a 14/11/97; Brasília, DF, 25 a 27/3/98; Caldas Novas, GO, 7 a 9/6/98; Brasília, DF, 25 a 26/8/98 e Maceió, AL, 3 a 4/12/98), enfatizaram a necessidade de descentralizar recursos para programas estaduais e municipais de assistência farmacêutica. Ao mesmo tempo, era enfatizada a necessidade de um fórum deliberativo que contasse com representantes das três esferas de governo e que considerasse a totalidade das ações relacionadas com política de medicamentos e assistência farmacêutica que vinham sendo implementadas pelo Ministério da Saúde após a desativação da Central de Medicamentos.

Cabe destaque ao documento aprovado na Assembléia do CONASS em Brasília, DF, em 27/3/98 e posteriormente também homologado no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, intitulado *“Por uma política descentralizada de assistência farmacêutica: uma proposta do CONASS com base nas experiências estaduais”*. O documento mencionado representa o primeiro passo efetivo em relação a definir os requisitos mínimos para estabelecer um modelo descentralizado capaz de promover o acesso da população a medicamentos no âmbito da atenção básica, respeitando a Norma Operacional Básica (NOB SUS 01/96), a legislação relativa à assistência farmacêutica, a Política Nacional de Medicamentos e a definição política de promover a descentralização de ações e serviços de saúde sob a égide do SUS.

Atualmente, o setor público brasileiro dedica uma atenção especial aos medicamentos. A estrutura organizacional do Ministério da Saúde conta com um departamento de assistência farmacêutica, que tem como linha de ação subsidiar na formulação de políticas, diretrizes e metas para as áreas e temas estratégicos, necessários à implementação da PNS - Política Nacional de Saúde no âmbito de suas atribuições e participar na formulação e implementação, assim como coordenar a gestão da política nacional de assistência farmacêutica e de medicamentos, incluindo sangue e hemoderivados, vacinas e imunobiológicos, enquanto partes integrantes da PNS, observando os princípios e diretrizes dos SUS. Também na

estrutura organizacional dos estados, do Distrito Federal e municípios encontra-se uma coordenação que exerce as ações de assistência farmacêutica.

O Ministério da Saúde ficou responsável pela aquisição e distribuição aos estados dos medicamentos relativos aos programas estratégicos, como o de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hemoderivados, AIDS e controle de endemias focais (Doença de Chagas, Malária, Esquistossomose, Filaríose, Peste e Tracoma). Foram definidos os elencos de medicamentos para cada um dos programas, ficando para estados e municípios a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição, controle de estoque e dispensação desses medicamentos (BRASIL, 2002).

Algumas ações desenvolvidas por essa área contam com verba pré-definida em todos os níveis de governo. A projeção de gastos federal, com medicamentos, para o ano de 2004 está estimada em cerca de R\$ 3.500.000.000,00.

Categorias	Valores em reais (R\$).4		
	Ano 2002	Ano 2003	Ano 2004
Medicamentos para atender os Programas estratégicos, incluindo os medicamentos para AIDS e imunobiológicos.	997.179.443,00	1.379.077.507,00	1.538.130.000,00
Incentivo financeiro a municípios habilitados a parte variável do Piso de atenção básica para a assistência farmacêutica básica (AFB). Medicamentos do programa de Assit. Farmac. Básica corresponde a R\$ 1,00/hab./ano	166.399.378,00	173.920.923,00	192.971.930,00
Medicamentos de dispensação em caráter excepcional (alto custo), medicamento ante repasse de teto financeiro aos estados.	489.533.000,00	519.789.868,00	763.000.000,00
Atenção aos pacientes portadores de coagulopatias.	273.140.592,00	112.445.058,00	208.000.000,00
Medicamentos cobertos na Atenção hospitalar (AIH) e oncológicos	560.896.153,00	703.523.0116,00	882.000.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>2.487.148.566,00</b>	<b>2.88.756.372,00</b>	<b>3.584.101.930,00</b>

Quadro 3.4 - Evolução dos gastos do MS com medicamentos de 2002 a 2004, separado por categorias, 2004.

Fonte: Ministério da Saúde / Secretaria Ciências Tecnologia e Insumos Estratégicos / Departamento de Assistência Farmacêutica, 2004

Em parceria com os estados, o Distrito Federal e os municípios, o Ministério da Saúde auxilia financeiramente outros programas, mantendo sempre a necessidade de uma contribuição financeira entre os parceiros e com mecanismos de controle pré-definidos.

Pela Portaria n.º 176, de 8/3/99, estabeleceu-se os critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados para ingressar no programa de incentivo à Assistência Farmacêutica Básica - PIAFB, e fixou os valores relativos aos tetos financeiros descentralizados, oriundos da parcela de recursos do governo federal e estabelece valores mínimos a serem alocados como contrapartidas estaduais e municipais, tomando por base os critérios populacionais.

O programa de incentivo à assistência farmacêutica básica tem como objetivo facilitar acesso da população aos medicamentos das patologias mais comuns no país, a meta é de atingir 163 milhões de pessoas no Brasil inteiro, nos 5.507 municípios, com um valor anual de R\$ 326 milhões de reais, sendo um valor mínimo de R\$ 2,00 (dois) reais por habitante /ano. O governo federal repassa aos municípios ou estados o equivalente a R\$ 192.971.930,00 (BRASIL, 2002).

As propostas dos estados referentes aos repasses de recursos financeiros para os municípios são discutidas no âmbito das diferentes comissões entre secretaria estadual e secretários municipais de saúde que formam a comissão intergestores bipartites (CIB) e mostra a diversidade dos estados brasileiros. Alguns estados estão optando por manter, de maneira centralizada, total ou parcialmente, os recursos financeiros para aquisição de medicamentos com vistas à operacionalização de programas estaduais. Outros irão repassar a verba aos municípios. A grande maioria dos estados pretende repassar em medicamentos o valor referente a cada município. A aquisição de medicamentos de maneira centralizada é defendida pelo discurso administrativo financeiro de que quando se compra em maior quantidade se obtêm melhores preços. Determinados municípios, em especial aqueles maiores e habilitados em gestão plena, optaram por receber os recursos financeiros fundo a fundo, ou seja diretamente do governo federal para o municipal, e fazer seus próprios processos de aquisição dos medicamentos. (BRASIL, 2001)

A escolha do elenco de medicamentos para o programa de incentivo à assistência farmacêutica básica cabe ao Estado e leva em consideração o seu perfil epidemiológico, entretanto, um levantamento comparativo realizado, em 2000, pela Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (GETAF/MS) nas relações de medicamentos apresentadas para esse programa de atenção básica de saúde, mostrou que apenas três medicamentos eram comuns a todos os estados. O Ministério da Saúde publica então uma portaria (Port. SPS nº 16 de 14 de dezembro de 2000) que contém: “o *elenco mínimo e obrigatório de medicamentos para a atenção básica*”, assim as listas de medicamentos dos estados passam obrigatoriamente a conter esses medicamentos, desconsiderando o uso ou não desses medicamentos no estado e as pactuações realizadas.

O Departamento de Assistência Farmacêutica faz parte da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (DAF/SPS/MS) e tem como objetivo prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional de estados, municípios e do Distrito Federal no âmbito da sua atuação e tem como missão (BRASIL, 2001):

- Propor acordos e convênios com os Estados, Distrito Federal e Municípios para a execução descentralizada de programas e projetos especiais no âmbito do SUS, no limite de suas atribuições;
- Coordenar a aquisição e distribuição de insumos estratégicos para a saúde, em particular para a assistência farmacêutica;
- Normatizar, promover e coordenar a organização da assistência farmacêutica, nos diferentes níveis da atenção à saúde, obedecendo os princípios e diretrizes do SUS;
- Elaborar e acompanhar a execução de programas e projetos relacionados à produção, aquisição, distribuição, dispensação e uso de medicamentos no âmbito do SUS;
- Formular, propor diretrizes e coordenar o desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas à produção de insumos para a saúde de interesse nacional;



- Formular e coordenar as ações de fomento à produção estatal de medicamentos, como suporte às ações governamentais em saúde e de balizamento do mercado farmacêutico nacional;

- Formular e propor diretrizes para as áreas e temas estratégicos com vistas à implementação da Política Nacional de Saúde.

- Coordenar a organização e o desenvolvimento de programas, projetos e ações, em áreas e temas de abrangência nacional, no âmbito de suas competências;

- Orientar, capacitar e promover ações de suporte aos agentes envolvidos no processo de assistência farmacêutica e insumos estratégicos, com vistas a sustentar os programas e projetos em sua área de atuação.

Esses pontos mencionados fundam as bases para a descentralização da assistência farmacêutica e colocam o estado, o Distrito Federal e os municípios frente a novos e mais difíceis desafios. Deve ser também considerado, o momento político e a demanda de ações articuladas, com vistas a promover o abastecimento da rede pública de serviços de saúde, conferindo equidade, universalidade e racionalidade ao sistema.

O setor produtivo, devido às incertezas da conjuntura econômica e à gravidade da escassez de recursos no país, alerta sobre as dificuldades de importação para o abastecimento de matéria prima e outros insumos que dependem em parte de importação parcial ou total e que levam a reajustes difíceis de serem absorvidos pelo sistema de saúde.

A experiência recente da operacionalização, pelo Ministério da Saúde, do Programa Farmácia Básica, mostrou a necessidade de que os programas de Assistência Básica sejam articulados e que cada unidade federada tenha um programa ou plano estadual que envolva o conjunto dos municípios, que seja articulado politicamente no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Enseja-se um processo maior de descentralização e é necessária a consolidação de instâncias estaduais, que sejam capazes de implementar políticas claras que envolvam a totalidade dos municípios, buscando racionalizar os

processos de aquisição dos medicamentos que passarão a compor os elencos estaduais, bem como otimizar e racionalizar custos em função da escala de produção.

### **3.4.1 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM GOIÁS**

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) vem assumindo seu papel de gestor promovendo as condições para incentivar o poder municipal a assumir a gestão da atenção à saúde, na perspectiva de atenção integral, como também promovendo a harmonização, integração e modernização dos sistemas de Saúde. Dentro deste contexto, a Assistência Farmacêutica e seus serviços assumem sua importância como componente das ações de saúde, visto que oferece os recursos terapêuticos e serviços de atenção à saúde e educação da comunidade, além de representar em termos de custos o 3º lugar como elementos de despesas dentro do sistema (SANTICHI, 1994).

Em janeiro de 1998 foi criada através da Portaria nº 140/98 – SES-GO a Comissão Estadual de Assistência Farmacêutica (CEAF), que tem por objetivo estruturar a Assistência Farmacêutica no Estado de Goiás em cumprimento ao Decreto n.º 4862 de 30/01/98, que dispõe sobre a criação do programa de Assistência Farmacêutica do Estado, visando assegurar o acesso da população aos cuidados essenciais de saúde e aos medicamentos, além de otimizar os recursos orçamentários e financeiros para as duas esferas de Governo .

A assistência farmacêutica goiana adota, também, as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM) preconizada pelo Ministério da Saúde que tem

como propósito garantir a necessária qualidade dos medicamentos, segurança, eficácia, a promoção do uso racional e o acesso da população aqueles considerados essenciais. Tendo como base os princípios e diretrizes do SUS define as prioridades relacionadas à legislação (incluindo a regulamentação), inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos, científico e tecnológico (GOIÁS,2002).

No Plano Estadual de Assistência Farmacêutica de 1998 estão descritas as diretrizes e ações que serão adotadas pela assistência farmacêutica goiana para assegurar o acesso da população a medicamentos básicos. Consta, também, nesse plano a descrição das responsabilidades dos quatro gestores (federal, estadual, regional e municipal), o levantamento da situação da assistência farmacêutica, suas maiores dificuldades, seus objetivos e estratégias de ação.

Em 1998, um momento político favorável, a OPAS – Organização Pan Americana de Saúde ajuda a reorganizar a assistência farmacêutica no estado de Goiás, desta maneira, um almoxarifado de medicamentos que tinha como ação receber medicamentos enviados pela CEME (Central de Medicamentos) e os distribuir as Regionais de Saúde do Estado, passa a exercer a Assistência Farmacêutica no Estado de Goiás.

A direção desse almoxarifado, na época, contava com profissionais farmacêuticos envolvido com os novos rumos da política de saúde, que se preocupavam com as distorções de estoque, problemas de distribuição, as constantes reclamações sobre a falta de medicamentos, a deficiência na infraestrutura local e das regionais, mas encontrou solo para brotar a assistência farmacêutica estadual.

### 3.4.2 - SITUAÇÃO ATUAL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O modelo organizacional do estado de Goiás está entre o modelo burocrático e o político, considerando as características burocráticas indicadas por Weber (1946), Baldrige et al.(1978), Prestes Motta e Bresser Pereira (1981), e as do modelo político de Baldrige et al.(1978) e Birnbaum (1988). O princípio orientador é a razão política, mas os papéis são definidos pela organização, existe uma hierarquia formal, normas escritas. Entretanto, em algumas áreas as pessoas que participam do processo decisório são temporárias e com autoridade formal limitada. A base da estrutura de decisão tem objetivos definidos politicamente e por um tempo político que dura a gestão.

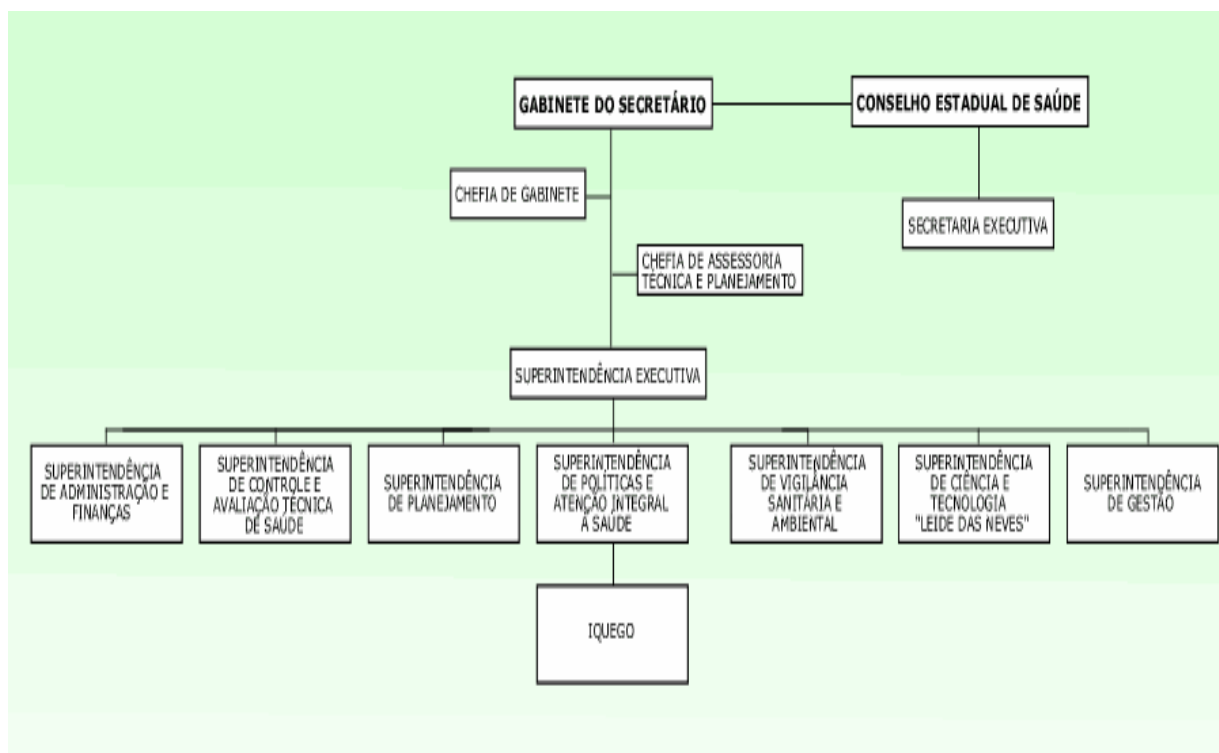


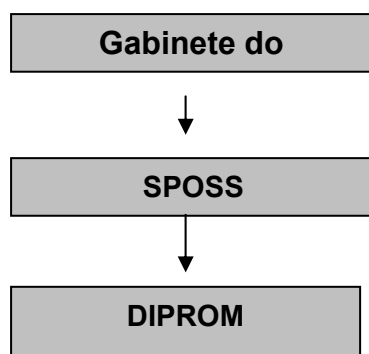
Figura 3.2 – Demonstrativo da estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde.  
Fonte : Superintendência de Planejamento da SES-GO, 2003

De 1998 a 2003 ocorreram mudanças na estrutura organizacional do Estado e o organograma atual da secretaria segue o padrão estabelecido pelo governo atual para todas as secretarias de estado.

Não se tem formalizado a estrutura organizacional abaixo das superintendências. Cada uma das superintendências tem liberdade para constituir suas gerencias e apresentar para o planejamento da secretaria as suas demais divisões administrativas.

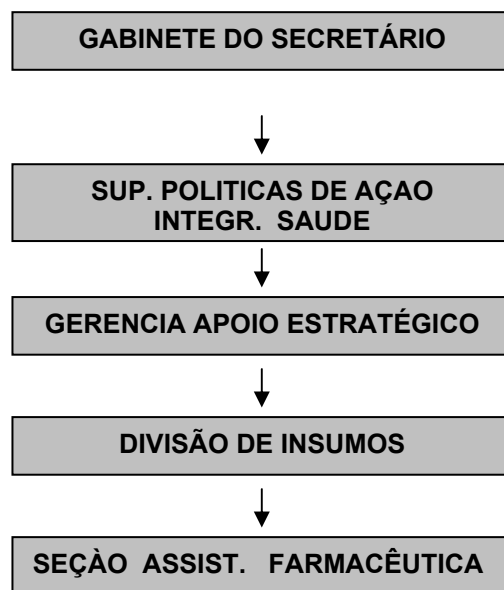
As Administrações Regionais de Saúde - ARS estão ligadas a Gerencia de Regionalização da Superintendência de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde.

Até o ano de 2002, a Assistência Farmacêutica era exercida em uma divisão, chamada de a Divisão de Programação e Distribuição de Medicamentos (DIPROM), entretanto, administrativamente agia como um apoio técnico especializado em medicamentos, e se encontrava estruturalmente subordinada à Superintendência de Planejamento e Organização dos Serviços de Saúde (SPOSS). As superintendências são ligadas diretamente ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde.



Quadro 3.5 - Demonstrativo da hierarquia organizacional na SES-GO até 2002

Ao final do ano de 2002 a Secretaria de Estado alterou seu modelo organizacional, assim a assistência farmacêutica passou a ser uma seção (Seção de Assistência Farmacêutica - SAF) dentro Divisão de Insumos (DI) da Gerência de Apoio Estratégico (GAE), da Superintendência de Política Integral à Saúde (SPAIS) e alterando seu status de apoio técnico.



Quadro 3.6- Demonstrativo da hierarquia organizacional na SES-GO após 12/02

Comparando os demonstrativos, constata-se que o poder de resolutividade das ações diminuiu consideravelmente, visto que as ações sugeridas pela seção têm que ser aprovada pela divisão, que repassa para uma segunda aprovação da gerência, que por sua vez a repassa a superintendência. Na nova estrutura a assistência estadual perdeu em poder de decisão, agilidade e resolutividade.

Vale ressaltar que algumas das ações atualmente são exercidas por outras superintendências dentro da Secretaria, como:

- controle e levantamento do quantitativo para a aquisição de medicamentos para as unidades hospitalares e a central de alto custo, auditorias e fiscalizações realizado pela Superintendência de Controle e Avaliação;
- a liberação da verba para a aquisição é realizada pelo Departamento Apoio Estratégico Financeiro e o pagamento pelo Departamento Financeiro, ambos da Superintendência de Finanças;
- a execução da compra é realizada pela Comissão Permanente de Licitação – CPL, essa ligada diretamente ao gabinete do secretário.

No levantamento, realizado na DIPROM, sobre as ações desenvolvidas até 2003, temos:

- O almoxarifado central estadual conta com uma estrutura física separada para receber, acondicionar e distribuir os medicamentos. Nesse local são acondicionados os medicamentos dos programas estratégicos do Ministério da Saúde e os do programa estadual dos hospitais. O almoxarifado conta com responsável técnico, que é um profissional farmacêutico, e uma equipe de apoio adequada para exercer as atuais funções. Cabe ressaltar que esses almoxarifados estão ligados à Superintendência de Finanças.

- Desde 1998, foi definida a relação estadual de medicamentos essenciais.

- Todos os 246 municípios do estado já estão habilitados no programa de incentivo à assistência farmacêutica básica. Entretanto, tem apenas uma unidade centralizada para dispensação de medicamentos excepcionais de alto custo, localizada na capital, que é ligada a secretaria estadual.

- Das vinte e quatro regionais de saúde do estado existentes até 2003, apenas cinco contam com profissional farmacêutica no seu quadro de funcionários, embora todas recebessem medicamentos dos programas estratégicos para ser repassado aos municípios. As áreas físicas estão deficitárias, sem as mínimas condições necessárias para o acondicionamento adequado dos medicamentos, e em muitas delas, às vezes, nem locais adequados para exercer as atividades administrativas, faltam equipamentos de apoio como telefone, fax e computadores ligados a internet, além de pessoal técnico e de apoio.

- Em todos os municípios existe uma assistência farmacêutica formal. Entretanto, não foi realizada até junho de 2004, uma avaliação sobre as ações executadas. Existir uma assistência farmacêutica municipal não é sinônimo da mesma estar funcionando, pois em levantamentos realizados em 2003, pela DIPROM, dos 246 municípios dos estado de Goiás, em grande parte, conta apenas com uma pessoa,

tomando conta de todas as ações pertinentes a áreas, tentando fazer o melhor, mas sem condições de realizá-las adequadamente.

Na capital do estado, município de Goiânia, a assistência farmacêutica está estruturada, conta com funcionários e instalações físicas em condições de oferecer um trabalho adequado. Em todos os seus postos de saúde onde há a dispensação de medicamentos, conta com profissional farmacêutico (no mínimo um em cada posto de entrega) e tem um bom sistema informatizado, ligado a todos os postos de saúde onde há dispensação de medicamentos no município, que controla a entrega de medicamentos.

A re-orientação da Assistência Farmacêutica em Goiás apesar de estar fundamentada na descentralização e regionalização da gestão ainda não está regionalizada, apesar de estar com ações de descrita desde 1998 no Plano Estadual de Assistência Farmacêutica, que faz parte do Plano Estadual de Saúde. Efetivamente, a assistência farmacêutica pública no estado está no nível central e no nível municipal.

A dúvida quanto à necessidade de se regionalizar ações de assistência farmacêutica volta à tona. Será que é necessário? Nesse modelo de regionalização seguido pelo estado a assistência farmacêutica deve ser regionalizada?

### **3.4.3 – A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

No Plano Diretor de Regionalização Goiano, as ações de assistência farmacêutica não são destacadas, podemos considerar que essas ações estariam



no contexto junto à determinação que “*as ações de saúde devem ser regionalizadas quando necessárias*”.

As Administrações Regionais de Saúde do Estado de Goiás, na área da assistência farmacêutica, exercem ação de entreposto de medicamentos, ou seja, recebem o medicamento, guardam por um período e encaminham a quantidade definida, ou pela Seção de Assistência Farmacêutica do Estado ou pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, para os municípios de sua área de abrangência. Poucas são as administrações regionais que auxiliam seus municípios a fazer a programação anual de medicamentos do programa de incentivo a assistência farmacêutica e consolidam esses dados para repassar ao nível central.

E a nova estruturação das regionais de saúde do estado na área da assistência farmacêutica precisará ser capaz de identificar e intervir sobre os fatores de risco que atingem os municípios que fazem parte a sua região, bem como articular políticas e programas de interesse para a região, sempre tendo como meta a melhoria do acesso da população a medicamentos eficientes e eficazes, promovendo seu uso racional. A regionalização das ações públicas de assistência farmacêutica, para ser resolutiva deve ser capaz de operacionalizar agilmente no mínimo com os elementos programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e avaliação, que fazem parte do ciclo da assistência farmacêutica, a fim de atender a meta de melhoria de acesso ao medicamento.

Seguindo o modelo da NOAS a região conta com municípios que atenderão serviços de baixa, média e alta complexidade, e o insumo medicamento pode ser utilizado em todos os níveis de complexidade dos serviços assistenciais e necessita estar disponível. Assim para efetivar as ações de assistência farmacêutica, além da reforma na infra-estrutura, enfrentará a vontade política, a disposição de técnicos para executar o serviço e as questões subjetivas dos atores envolvidos. A sensibilização e o apoio do gestor, reconhecendo a importância do serviço de assistência farmacêutica é fundamental para sua organização e estruturação.

Pela descrição da situação do processo de regionalização da saúde no estado de Goiás nota-se que existe a vontade política de realizar a regionalização,

pois deparamos com um Plano Diretor de Regionalização (PDR) já pactuado pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB), desde 2002, e algumas ações de saúde estão sendo repassadas para as administrações regionais, paulatinamente, dentro de um projeto que coloca em prática as novas estratégias para consolidar a descentralização de forma regionalizada no SUS em Goiás (SES-GO, 2004). A regionalização efetiva, entretanto, ainda não se encontra em plena execução. A dúvida: Por que não?

Segundo Carlos Matus (1996), na gestão pública existem vários fatores que devem ser considerados nas estratégias políticas, na organização e execução de serviços. A oposição, o apoio ou a indiferença de cada ator envolvido no jogo e as propostas de operação em discussão definem a sua motivação ou posição para realizar o serviço.

Neste contexto, entra no jogo da transferência das ações o acréscimo ou o decréscimo do poder e da responsabilidade na execução das ações, que serão vistas pelos atores (repletos de acúmulos pessoais e pré-conceitos) por óticas e estímulos contraditórios. A percepção do quanto esses atores estão dispostos a se envolver nesse jogo será o foco dessa pesquisa.

No caso da assistência farmacêutica que é o conjunto de ações voltadas à promoção e à recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial, a transferência na execução de serviços passa por algumas perdas, principalmente de prestígio, resolução e controle financeiro, o que mexe muito no inconsciente e pode retardar o processo. Até mesmo quem recebe o serviço, vislumbra prestígio, mas as perdas políticas recorrentes de qualquer dificuldade na falta desse insumo – o medicamento - podem ser desastrosas. O envolvimento e a intenção de realizar as ações são pontos preponderantes nessa transferência e o motivo dessa pesquisa, probabilidades da demora da transferência dessas ações.

O resultado deste estudo irá auxiliar a equipe do nível central da SES-GO que está coordenando a regionalização das ações de saúde a ter mais familiaridade e facilidade na condução do processo de regionalização da assistência farmacêutica, com parâmetros de intenção dos atores envolvidos.

## **4 OBJETIVOS**



O objetivo geral desta pesquisa é obter informações sobre a visão dos servidores da SES-GO sobre a possibilidade de regionalização das ações de assistência farmacêutica no estado de Goiás.

Os objetivos específicos são:

- identificar as ações de assistência farmacêutica que seriam mais facilmente aceitas, pela equipe da SES-GO, para serem realizadas regionalmente, tanto da visão dos executores atuais (os servidores do nível central), quanto dos futuros executores (os servidores do nível regional);

- identificar as maiores dificuldades para efetivar a transferência dessas ações, na visão desses servidores;

- conhecer a visão dessa equipe sobre a necessidade de regionalização da assistência farmacêutica estadual.

- introduzir a discussão sobre a estruturação da assistência farmacêutica regionalizada.



## **5 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**





Seguindo a classificação de Dankhe\* *apud* Sampieri (1991, pg 58), o tipo de estudo utilizado foi o exploratório, pois não se tem registro de estudos sobre a intenção de conhecer a visão dos executores do serviço de assistência farmacêutica na secretaria do estado de Goiás.

A utilização do método de medir as atitudes para se obter medições de variáveis intervenientes de uma organização humana é importante para medir não apenas o que a pessoa vê e sente, mas o que ela espera ou deseja. As atitudes estão relacionadas com o comportamento em torno do objeto a que se faz referência (SAMPIERI *et al.*, 1991).

A população desse estudo é constituída de atores que, no processo de regionalização estadual, têm poder de transferência, organização, estruturação e execução de ações. São pessoas que têm conhecimento prévio sobre o que é a assistência farmacêutica e as ações regionalizadas, e que trabalham no serviço público estadual com medicamento, tanto direta quanto indiretamente, seja na programação, seleção, aquisição, distribuição, dispensação, monitoramento da qualidade, coordenação/gerencia ou auditoria. A escolha intencional para este estudo é constituída de funcionários públicos estaduais goianos da área de saúde com conhecimento sobre o assunto.

Para obter esses dados elaborou-se um questionário com três (03) perguntas estruturadas, nas quais se pede, ao questionado, que escolha o item que mais se aproxima da sua opinião sobre a afirmação fornecida e uma questão de múltipla escolha. A escala de medição utilizada foi a de distribuição de freqüência de valores que indicará atitude favorável ou desfavorável em relação à regionalização das ações e à importância dessa regionalização. A escala de auto-relato recomendada quando se busca avaliar a intensidade de um sentimento ou percepção (se medir atitudes) é a escala tipo de Likert (CHURCHILL, 1998).

A mensuração de atitudes envolve uma série de variáveis internas sustentadas por três componentes: o cognitivo (conhecimento e crenças), o afetivo (gostos e preferências) e o comportamental (tendência à ação e intenção). As escalas de atitudes procuram medir as crenças dos respondentes em relação aos

---

\* DANKHE, Gordon, 1986- *Classificação dos tipos de estudo-s apud* SAMPIERI, R.H. et al. – *Metodología de la*

atributos da ação – componente cognitivo – os seus sentimentos em relação à qualidade esperada desses atributos – componente afetivo - e uma combinação de crenças e sentimentos é assumida para medir a intenção de executar a ação - componente comportamental. Opiniões e crenças gerais ou específicas dos profissionais da saúde, sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e econômicas) influenciam o comportamento e as ações individuais. As variáveis casuais influenciam a personalidade dos membros das organizações e, também, influenciam e determinam as percepções do indivíduo, assim a percepção leva orientações cognitivas e a forças motivadoras que determinam o comportamento. Esse comportamento reflete tanto o conceito que tem o indivíduo sobre o que ele deve fazer (orientação cognitiva) como sua vontade de fazê-lo (força motivadora). E o comportamento conduz ao resultado (LIKERT, 1971).

Os executores atuais das ações de assistência farmacêutica estadual estão no nível central e seguindo o modelo organizacional regionalizado proposto no estado de Goiás, no futuro, algumas ações serão exercidas pelos funcionários do nível regional, que pertencem ao mesmo sistema organizacional. Haverá, na realidade uma transferência de parte dos serviços, ações e poder para atores que estão no nível regional. A intenção favorável de realizar essa transferência é um facilitador para o fluir a regionalização no estado.

Os pontos questionados para medir a intenção dos atores envolvidos foram:

- 1) as ações do ciclo a assistência farmacêutica que a regional tem que exercer minimamente para ser resolutiva e capaz de operacionalizar agilmente a área;
- 2) as maiores dificuldades encontradas no momento para a regionalização dessas ações;
- 3) a pontuação que seria atribuída a necessidade de se ter uma área de assistência farmacêutica na administração regional do estado de Goiás.

## 5.1 OBTENÇÃO DOS DADOS

Foram encaminhados, via telefone (fax) e correio, no período de 10 de julho a 10 de agosto de 2004, os questionários para os servidores da SES-GO que trabalham nas administrações regionais do estado (ARS). Por contato telefônico solicitei ao(a) diretor(a) da regional que respondesse o questionário. Cabe ressaltar que o contato inicial foi com o(a) diretor(a) da ARS e que quando relatava o motivo do contato, em algumas vezes foi indicado uma pessoa da regional que trabalhava como medicamento para responder as questões. Esclareço, ainda, que nas cinco administrações regionais (ARS) que contavam com um profissional farmacêutico que trabalha nessa área, foi esse profissional a pessoa indicada pelo diretor para responder a esse questionário. Cada uma das Administrações Regionais de Saúde do estado de Goiás recebeu um (1) questionário.

De 15 de julho a 15 de agosto, foram entregues pessoalmente os questionários para os servidores selecionados da SES-GO que trabalham em Goiânia, no nível central, distribuindo-se:

- 1 para o Secretário de Estado da Saúde;
- 1 para cada um dos quatro superintendentes que trabalham com alguma ação da área da Assistência Farmacêutica (Superintendente de planejamento, administração e finanças, vigilância sanitária e políticas e ação integral a saúde);
- 1 para a gerente de Apoio Estratégico;
- 1 para gerente do Programa Ambulatório 24 Horas
- 1 para a gerente da Divisão de Insumos;
- 1 para a gerente da Seção de Assistência Farmacêutica;.

□ 1 para a diretoria do Central de Distribuição de Medicamentos de Alto Custo;

Ao todo foram distribuídos dezesseis (16) questionários para os servidores do nível regional e dez (10) questionários para os servidores do nível central. O dia 25 de agosto de 2004 foi estipulado como data limite para recebimentos das respostas. As respostas poderiam ser encaminhadas via telefone, pelo correio ou pessoalmente.

Os dados levantados pelos questionários foram transferidos para o computador para serem analisados. Utilizou-se o banco de dados do programa Excel, isso devido à pequena quantidade de dados a serem trabalhados e a facilidade que o software oferece no armazenamento dos dados e confecção de tabelas. A apresentação dos resultados será em forma de tabelas e escalas os valores separados por localidade de trabalho (nível regional ou central) e a junção das atitudes de ambos os níveis.

O questionário é formado por quatro perguntas (vide anexo 1). A primeira questão quantifica as pessoas selecionadas que responderam ao questionário, separada por nível de trabalho.

A questão nº 2 está dividida em 6 partes, onde se pergunta sobre ações de assistência farmacêutica a serem realizadas regionalmente. A resposta se dá pela escolha de um entre cinco itens, que vão da concordância total até discordância total, onde, seguindo o escalonamento de Likert, pretende-se identificar as atitudes (favoráveis ou desfavoráveis) para realizar cada uma das ações descritas.

Para realizar a tabulação dos limites da escala, para a segunda questão, foi levantada a quantidade de servidores que responderam ao questionário, separada por local de trabalho (valor verificado pela questão número 1), e a quantidade máxima de respostas assinaladas para cada uma das partes do item da questão. Esses dados foram repassados para a equação abaixo que formou os limites da escala de Likert:

(a) o nº de trabalhadores separado por local de trabalho que podem assinalar a resposta concordo plenamente essa resposta \* 5

(b) o nº de trabalhadores separado por local de trabalho que podem assinalar a resposta concordo \* 4

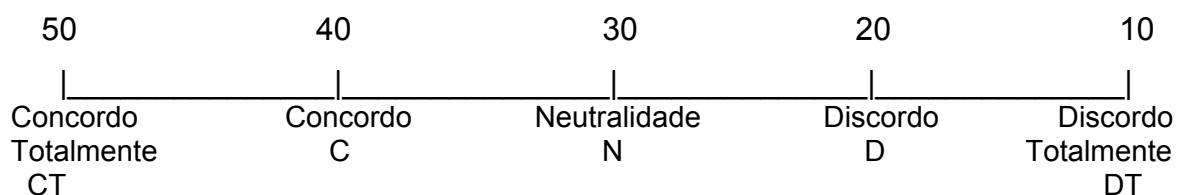
(c) o nº de trabalhadores separado por local de trabalho que podem assinalar a resposta não concordo nem discordo \* 3

(d) o nº de trabalhadores separado por local de trabalho que podem assinalar a resposta discordo \* 2

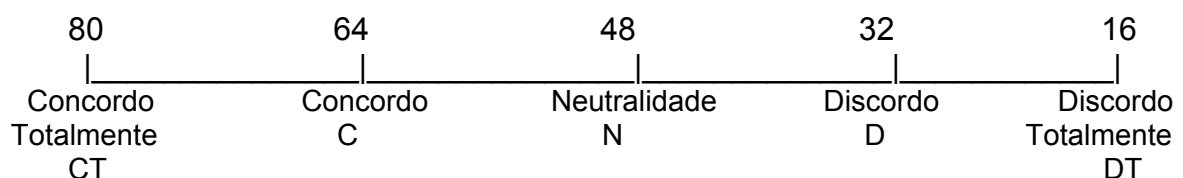
(e) o nº de trabalhadores separado por local de trabalho que podem assinalar a resposta discordo plenamente \* 1

Devido ao local de trabalho dos servidores alvo dessa pesquisa, teremos três representação da escala de cinco pontos, sendo:

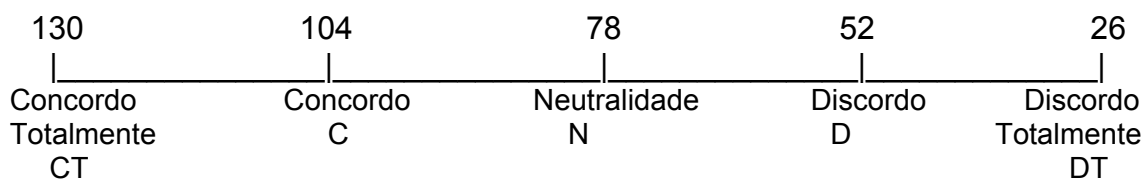
1) Ao considerar a quantidade de questionários respondidos pelos servidores do nível central, os limites da escala são:



2) Ao considerar a quantidade de questionários respondidos pelos servidores do nível regional, os limites da escala são:



3) Os limites da escala, considerando a quantidade de questionários respondidos pelos servidores da SES-GO alvo da pesquisa, os limites são:



A representação matemática (em valores) da intenção dos servidores ao responderem o questionário serão obtidos aplicando a formula para cada uma das partes dos itens da questão e separada por local de trabalho dos servidores alvo:

(a) (nº de respostas concordo plenamente assinaladas\* 5)

(b) (nº de respostas concordo \* 4)

(c) (nº de respostas não concordo nem discordo \* 3)

(e) (nº de respostas discordo \* 2 )\*

(f) (nº de respostas discordo plenamente \* 1 )\*

Posteriormente serão colocados na escala respectiva para se analisados, lembrando que, sendo separadas por local de trabalho os servidores da SES-GO alvo desta pesquisa, teremos três escalas para cada item da questão número dois.

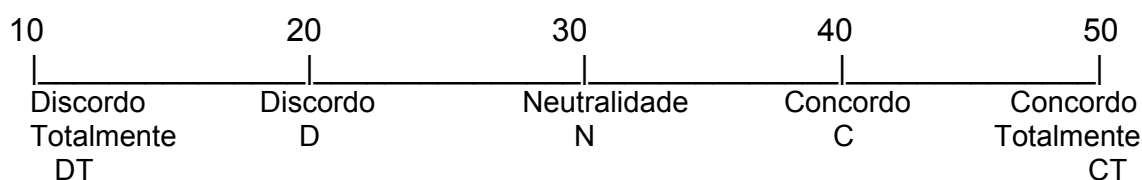
Na questão nº 3 foram fornecidos sete itens, que ressaltam seis problemas gerenciais independentes, elencados anteriormente gerencia de assistência farmacêutica estadual, para serem selecionados e um item aberto, para que o questionado possa acrescentar outra dificuldade organizacional na sua própria opinião. O questionado seleciona os itens mais problemáticos na sua opinião. Ficou a cargo do próprio questionado a quantidade de itens a ser assinalado. As respostas obtidas foram repassadas para uma tabela no Excel e no somatório simples das repostas assinaladas identificaremos os maiores problemas atualmente destacados na opinião dos servidos da SES-GO, separado por local de trabalho. Esclarece-se que o item em aberto será acrescido na forma que foi descrito.

Na questão nº 4 pergunta-se sobre a necessidade atual da regionalização das ações de assistência farmacêutica, apresentam-se cinco faixas de notas, de 1 a

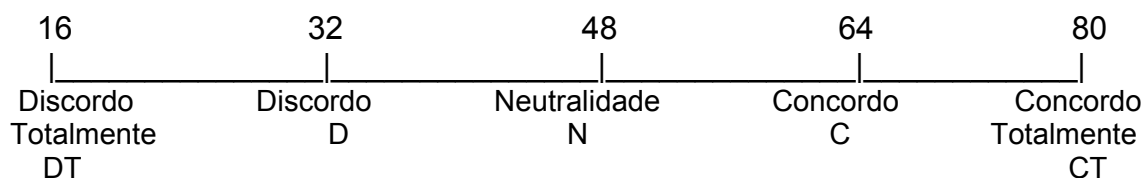
10. Utilizaremos também a escala de Likert como medidor de atitudes e nesse caso utilizaremos a forma invertida visto que a pergunta vai do desfavorável para o favorável.

Para a tabulação dos dados para essa questão, também serão levantadas as quantidades de respostas na questão nº 1 e a quantidade máxima de resposta por cada uma das partes do item, entretanto os valores serão invertidos. Teremos três escalas separadas por local de trabalho dos servidores alvo:

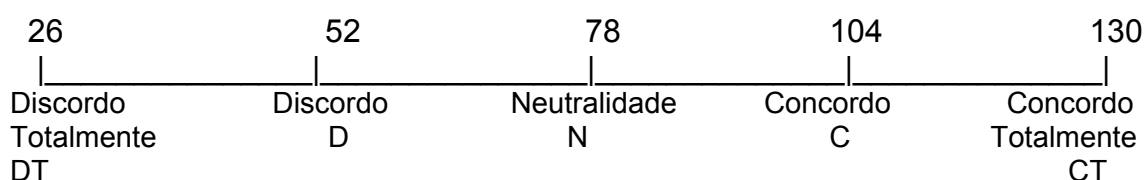
1) Considerando a quantidade de questionários respondidos pelos servidores da SES-GO do nível central, os limites são:



2) Considerando a quantidade de questionários respondidos pelos servidores da SES-GO que trabalham no nível regional, os limites da escala são :



3) Os limites da escala, considerando a quantidade de questionários respondidos pelos servidores da SES-GO alvo da pesquisa, os limites são:



Os valores da escala de cinco pontos da para essa questão serão obtidos aplicando a formula:

- (a) (nº de respostas 1 a 2\* 1)
- (b) (nº de respostas 3 a 4\* 2)
- (c) (nº de respostas 5 a 6\* 3)
- (d) (nº de respostas 7 a 8 \* 4)
- (e) (nº de respostas 9 a 10\* 5)

E também por ter a separação por local de trabalho dos servidores alvo teremos três escalas.

## **5.2 APRESENTAÇÃO DOS DADOS**

Dos dezesseis (16) questionários distribuídos aos funcionários da SES-GO que trabalham no nível regional, treze (13) foram respondidos até a data estipulada como limite e dos dez (10) questionários distribuídos aos servidores que trabalham no nível central, nove (9) foram respondidos.

Uma das administrações regional de saúde, a Administração Regional Centro Sul, ainda não está em funcionamento, os municípios ainda fazem parte da Administração Regional Macro Goiânia, assim foram dois questionários para o



mesmo local e apenas um foi considerado. Devido a esse fato, o total de questionários enviados para as administrações regionais sofreu um decréscimo, passa a ser quinze (15). Para duas administrações regionais foram encaminhados os questionários, entretanto não foi realizado o contato telefônico com o diretor da ARS.

Nas administrações regionais o questionário foi respondido pelo diretor ou pela pessoa que trabalha com medicamentos, pois todas as administrações regionais já realizam a ação de distribuição de medicamentos dos programas essenciais do Ministério da Saúde e do programa de incentivo a assistência farmacêutica básica (a parte estadual) para os municípios. No nível central, os questionários foram entregues pessoalmente ou as secretárias e dias após foram recolhidos. Esclareço que algumas respostas foram repassadas, via telefone e pela Internet.



## **6 RESULTADO DA PESQUISA**



**TABELA 6.1 - Demonstrativo da frequência de questionários encaminhados e respondidos, separado por local de trabalho, em agosto de 2004.**

	Questionários Encaminhados	Questionários Respondidos	% Questionários Respondidos
Nível Central	10	9	90
Nível Regional	15	13	87
Total	25	22	88

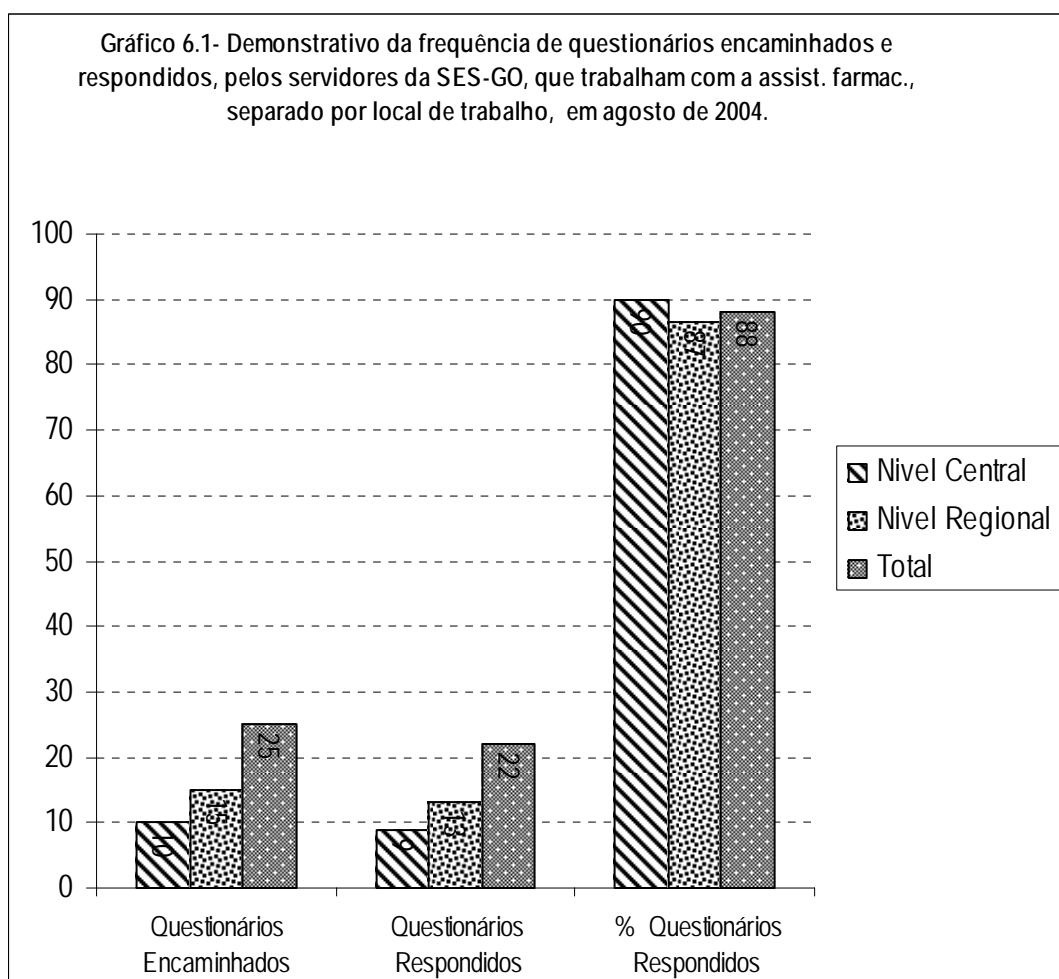


Tabela 6. 2 -Demonstrativo da freqüência de respostas sobre as ações que deveriam ser regionalizadas na visão dos servidores SES-GO a nível central, que participaram dessa pesquisa e trabalham na área da assistência farmacêutica, em agosto de 2004.

	Concordo totalmente	concordo	Não concordo nem discordo	discordo	Discordo Totalmente
Seleção de Medicamentos Regionalizada	3	3	0	3	0
Programação Anual Regionalizada	7	1	0	1	0
Aquisição dos medicamentos para Região	1	0	0	3	5
Distribuição medicamentos aos Municípios	7	2	0	0	0
Dispensação Medicamentos Especiais a população	5	2	0	0	2
Avaliação das Ações Básicas do Município	6	3	0	0	0

**Tabela 6.3 - Demonstrativo da freqüência de respostas sobre ações que deveriam ser regionalizadas na visão dos servidores da SES-GO do nível regional, que participaram dessa pesquisa e trabalham na área de assistência farmacêutica , agosto de 2004.**

	Concordo totalmente	concordo	Não concordo nem discordo	discordo	Discordo Totalmente
Seleção de Medicamentos Regionalizada	3	2	3	2	3
Programação Anual Regionalizada	9	3	0	1	0
Aquisição dos medicamentos para Região	0	5	2	4	2
Distribuição medicamentos aos Municípios	9	4	0	0	0
Dispensação Medicamentos Especiais a população	2	2	2	3	4
Avaliação das Ações Básicas do Município	3	4	1	1	4

**Tabela 6.4- Demonstrativo freqüência de respostas sobre as ações que deveriam ser regionalizadas na visão dos servidores da SES -GO, que participaram da pesquisa e trabalham com ações da área de assistência farmacêutica, em agosto de 2004**

	Concordo totalmente	concordo	Não concordo nem discordo	discordo	Discordo Totalmente
Seleção de Medicamentos Regionalizada	6	5	3	5	3
Programação Anual Regionalizada	16	4	0	2	0
Aquisição dos medicamentos para Região	1	5	2	7	7
Distribuição medicamentos aos Municípios	16	6	0	0	0
Dispensação Medicamentos Especiais a população	7	6	2	3	4
Avaliação das Ações Básicas do Município	9	7	1	1	4

**Tabela 6.5 -Demonstrativos da freqüência das notas dadas para a necessidade de se implantar ações regionalizadas de assistência farmacêutica, na visão dos servidores da SES-GO participaram dessa pesquisa e que trabalham na área, separado por local de trabalho, em agosto de 2004**

	Nível Central		Nível Regional		Servidores Pesquisados	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
01 a 02	0	0,00	0	0,00	0	0,00
03 a 04	3	33,33	0	0,00	3	13,64
05 a 06	0	0,00	5	38,46	5	22,73
07 a 08	3	33,33	4	30,77	7	31,82
09 a 10	3	33,33	4	30,77	7	31,82

Tabela 6.6 - Demonstrativo, segundo a escala de Likert, da predisposição dos servidores da SES-GO participantes dessa pesquisa, que trabalham com ações na área de assistência farmacêutica, no nível central e regional, sobre a realização da seleção de medicamentos regionalizada, em agosto de 2004.

Seleção de Medicamentos Regionalizada	Valores Máximos	Valores Mínimos	Valores segundo a escala de Likert
Servidores do nível central	45	9	<b>33</b>
Servidores do nível regional	65	13	<b>39</b>
Servidores Pesquisados	110	22	<b>72</b>

Tabela 6.7 - Demonstrativos, segundo a escala de Likert, da predisposição dos servidores da SES-GO, que participaram dessa pesquisa e trabalham com ações na área de assistência farmacêutica, no nível central e regional, sobre a programação anual de medicamentos regionalizada, em agosto 2004.

Programação Anual de Medicamentos Regionalizada	Valores Máximos	Valores Mínimos	Valores segundo a escala de Likert
Servidores do nível central	45	9	41
Servidores do nível regional	65	13	59
Servidores Pesquisados	110	22	100

Tabela 6.8 - Demonstrativos, segundo a escala de Likert, da predisposição dos servidores da SES-GO, que participaram dessa pesquisa e trabalham com ações na área de assistência farmacêutica, no nível central e regional, sobre a realização da aquisição de medicamentos, em agosto de 2004

Aquisição de Medicamentos Regionalizada	Valores Máximos	Valores Mínimos	Valores segundo a escala de Likert
Servidores do nível central	45	9	16
Servidores do nível regional	65	13	36
Servidores Pesquisados	110	22	52



Tabela 6.9 - Demonstrativos, segundo a escala de Likert, da predisposição dos servidores da SES-GO participantes dessa pesquisa, que trabalham com ações na área de assistência farmacêutica, no nível central e regional, sobre a realização da distribuição de medicamentos aos municípios da região, em agosto de 2004.

Distribuição de Medicamentos aos Municípios da Região	Valores Máximos	Valores Mínimos	Valores segundo a escala de Likert
Servidores do nível central	45	9	43
Servidores do nível regional	65	13	61
Servidores Pesquisados	110	22	104

Tabela 6.10 - Demonstrativos, segundo a escala de Likert, da predisposição dos servidores da SES-GO participantes dessa pesquisa, que trabalham com ações na área de assistência farmacêutica, no nível central e regional, sobre a realização da dispensação de medicamentos a população da região, agosto de 2004.

Dispensação de Medicamentos Especiais a População da Região	Valores Máximos	Valores Mínimos	Valores segundo a escala de Likert
Servidores do nível central	45	9	35
Servidores do nível regional	65	13	34
Servidores Pesquisados	110	22	69

Tabela 6.11 - Demonstrativos, segundo a escala de Likert, da predisposição dos servidores da SES-GO participantes dessa pesquisa, que trabalham com ações na área de assistência farmacêutica, no nível central e regional, sobre a realização da avaliação das ações básicas do município da região, em agosto 2004.

Avaliação da ações básicas dos Municípios da Região	Valores Máximos	Valores Mínimos	Valores segundo a escala de Likert
Servidores do nível central	45	9	<b>42</b>
Servidores do nível regional	65	13	<b>40</b>
Servidores Pesquisados	110	22	<b>82</b>

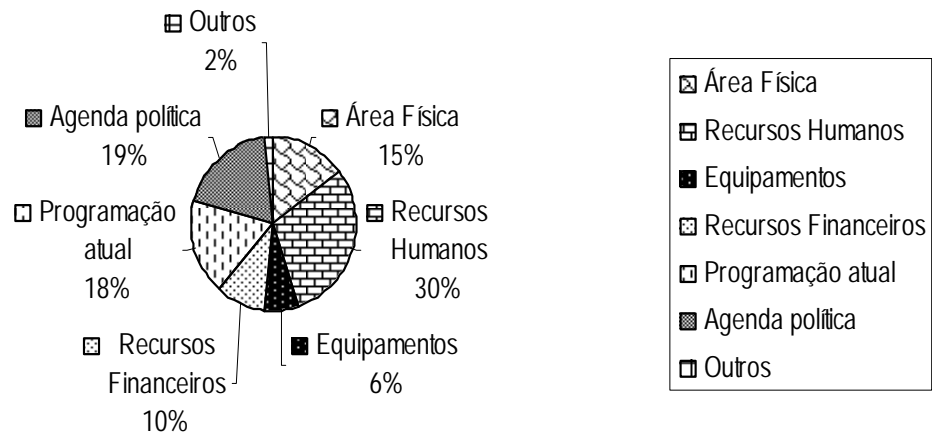
Tabela 6.12 - Demonstrativo, segundo a escala de Likert, da necessidade de se implantar ações regionalizadas de assistência farmacêutica, na visão dos servidores da SES-GO participaram dessa pesquisa e que trabalham na área, separado por local de trabalho, em agosto de 2004

Necessidade de implantar ações regionalizadas de AF	Limite Inferior	Limite Superior	Valores pela escala Likert
Nível Central	9	45	<b>33</b>
Nível Regional	13	65	<b>51</b>
Servidores Pesquisados	22	110	<b>84</b>

Tabela 6.13 - Demonstrativo das atuais dificuldades organizacionais para implantar ações regionalizadas de assistência farmacêutica, na visão dos servidores da SES-GO participantes dessa pesquisa, separado por local de trabalho, em agosto 2004

	Nível Central	Nível Regional	Somatório das maiores dificuldades apontadas	% das dificuldades elencadas
Área Física	3	6	9	14,52
Recursos Humanos	8	11	19	30,65
Equipamentos	2	2	4	6,45
Recursos Financeiros	3	3	6	9,68
Programação atual	3	8	11	17,74
Agenda política	4	8	12	19,35
Outros	0	1	1	1,61

**Gráfico 6.2 Demonstrativo do percentual das maiores dificuldades elencadas pelos participantes dessa pesquisa para regionalizar as ações de assistência farmacêutica, em agosto de 2004**



## 6.1 ANÁLISE DOS DADOS

Iniciaremos a análise pelo recebimento do questionário, questões formuladas, as frequências das respostas e finalmente pela escala de Likert.

O ato de receber o questionário provocou uma reação em quem recebeu, que influenciou as respostas, entretanto se a pessoa se dispôs a responder, seja qual foi o motivo impulsionador, aceitou colaborar com a pesquisa.

A primeira pergunta do questionário se destina à identificação do local de trabalho do servidor da SES-GO, quantificar as respostas e averiguar se encontraríamos diferenças significativas nas respostas dos servidores que estão no nível central já em contacto com as ações de assistência farmacêutica com os o nível regional. Observa-se que apenas um dos dez (10) questionários encaminhados aos servidores do nível central não foi respondido e dos quinze (15) questionários encaminhados aos servidores do nível regional treze (13) foram respondidos (vide tabela 6.1 e gráfico 6.1). Com um total de 88% dos questionários respondidos, pode-se dizer que os servidores participantes dessa pesquisa foram receptivos ao estudo apresentado.

A segunda questão ficou dividida em seis partes (a, b, c, d, e, f) sendo uma para cada ação de assistência farmacêutica que será analisada separadamente. As ações do ciclo escolhidas para esse questionário formam os elementos mínimos necessários na operacionalização do serviço, tendo como base os levantamentos descritos no Plano Estadual de Assistência Farmacêutica do estado de Goiás de 1998 a 2002.

A região tem que identificar as incidências de suas doenças, para selecionar a oferta de serviços de saúde e conseqüentemente os medicamentos que serão utilizados. Os medicamentos selecionados têm que atender as necessidades dessa região e seus hábitos, estar a disposição da população da região, o que carece de programação, distribuição e dispensação eficiente. Essas ações dependem de estrutura e organização administrativas.

Ao observar os valores numéricos das respostas na tabela 6.2, que expressão a visão dos servidores do nível central de SES-GO que participaram da pesquisa, nota-se que as respostas são homogêneas ou a maioria concorda ou discorda das ações, não se tem nenhuma resposta “não concordo nem discordo”. Vale lembrar que esses servidores são os que atualmente têm a responsabilidade e o poder de excetuar essas ações e a regionalização pode significar perda de poder ou responsabilidade direta.

Observando a quantidade de respostas assinaladas em cada uma das questões nota-se em alguns servidores do nível central a insegurança de se

repassar algumas ações para a regional, pois das nove respostas possíveis para cada uma das alternativas:

- Cinco servidores discordam totalmente com a aquisição de medicamentos de forma regionalizada. Cabe lembrar que entre esses servidores estão os responsáveis pela área financeira, repassar a verba para ser gasta no nível regional significa perder o poder financeiro.

- Dois dos nove discordam totalmente com a dispensação de medicamentos dos programas essenciais vindo do ministério da saúde e dos excepcionais de alto custo para a população de região. Essa pré-disposição em discordância totalmente podem indicar o receio de perder parte do poder de liberar o medicamento ou no caso de servidores que trabalham diretamente com essa ação, o medo de não ser mais necessário e transferido de local de trabalho.

- A discordância simples está presente em três de nove servidores do nível central que discordam com a seleção e aquisição de medicamentos de forma regionalizada. Na seleção e aquisição de medicamentos está o poder do prestígio, a importância de poder dar a opinião e, em alguns casos, escolher o medicamento que ser adquirido. Essa discordância pode se referir a essa perda.

- Existe um servidor que discorda da programação de forma regionalizada, nota-se que esse servidor não está predisposto a regionalizar essa ação, os motivos para tal predisposição podem ser vários.

- Em duas ações que não houve discordância na execução regionalizada: a de distribuição de medicamentos aos municípios (nota-se que essa ação já é desenvolvida regionalmente) e a de avaliação das ações básicas realizadas pelos municípios, que de uma maneira mais simplista, também é executada pela maioria das regionais.

- A concordância total também está presente na pré-disposição dos servidores, sendo que sete entre nove estão pré-dispostos a concordar totalmente com a programação anual e a distribuição de medicamentos regionalmente. Seis entre nove, concordam totalmente a avaliação das ações básicas. Cinco de nove concordam totalmente com a dispensação de

medicamentos especiais; Três de nove com a seleção regionalizada. Apenas um concorda totalmente com a aquisição de medicamentos de forma regional, pode-se até avaliar que esse servidor não se importa de passar o poder e a responsabilidade da compra de medicamentos para a regional, pois todos os outros oito servidores estão pré-dispostos a discordar com a execução dessa ação regionalmente.

- As demais respostas foram concordância simples, sendo que três entre nove concordam com a seleção de medicamentos e avaliação e controle das ações básicas nas administrações regionais. Dois de nove com a distribuição aos municípios e dispensação de medicamentos especiais à população, e um outro concorda com a programação anual regionalizada.

Se considerarmos só a concordância ou discordância, desconsiderando a intensidade das respostas, visto que nessa tabela não se observou a neutralidade sobre as questões, nota-se uma concordância de aproximadamente 66% nas respostas quanto a seleção regionalizada, analisa-se que como são pessoas envolvidas com a confecção da relação estadual de medicamentos essenciais, acreditam que é importante se ter uma seleção regionalizada, mas dentre os pesquisados estão pessoas que trabalham no setor de finanças, na avaliação de serviços e em distribuição ou dispensação de medicamentos que não se envolveram diretamente com seleção e discordam com essa seleção regionalizada já que existe uma seleção estadual. Aproximadamente 88% concordam com a programação e distribuição regionalizada e mais ou menos 77% concordam com a dispensação e avaliação das ações básicas dos municípios. Entretanto são aproximadamente 88,8% os que discordam com a aquisição regionalizada. Cabe aqui uma pesquisa mais aprofundada sobre esse assunto, pois como visto anteriormente, não temos a cultura de ações regionalizadas no estado, estamos aprendendo a criar essa instancia de gestão.

Na análise da tabela 6.3, que é o demonstrativo da freqüência das respostas sobre as ações da deveriam ser regionalizadas na visão dos servidores da SES-GO que trabalham no nível regional, aqueles que irão executar futuramente as ações, observamos que a pré-disposição em receber as ações está mais dispersas, com vários indecisos, fato não existente entre os funcionários do nível central. As ações

para esses servidores representam mais trabalho, responsabilidade e poder, assim das treze respostas possíveis para cada uma das alternativas temos:

- A discordância total ocorreu em quatro respostas sobre ação de dispensação de medicamentos e avaliação das ações básicas. Três discordam totalmente com a seleção regionalizada e duas discordam totalmente sobre a aquisição de medicamentos. Essa discordância total pode ser por medo do novo ou do aumento de trabalho e responsabilidade.

- A discordância simples nas treze respostas possíveis ocorreu em quatro respostas sobre a aquisição e em três, sobre a dispensação. Em duas, sobre seleção e uma sobre a programação e avaliação. Essas últimas ações (programação e avaliação) já são executadas, em parte, pelos servidores das administrações regionais. A discordância pode ser pelo aumento de trabalho e responsabilidade, e em alguns casos sem o estímulo financeiro.

- A neutralidade ou indiferença sobre a execução regionalizada esteve presente em três respostas entre treze sobre a seleção de medicamentos. Em duas, sobre a aquisição e a dispensação; e em uma sobre a avaliação das ações municipais. Essa neutralidade pode ser própria do funcionário que ainda não parou para pensar sobre a regionalização assim não tem opinião definida.

- A concordância a respeito da aquisição de medicamentos regionalmente está presente em cinco respostas dos servidores do nível regional. Quatro tem uma pré-disposição a concordar com a distribuição de medicamento aos municípios e com a avaliação das ações básicas. Apenas três concordam com a programação anual regionalizada. Dois concordam com a seleção regionalizada e a dispensação (entrega) de medicamentos especiais e de alto custo à população da sua região. No caso da concordância desses servidores pode estar na vontade de executar essas ações e talvez almejando o pequeno poder das decisões sobre o medicamento.

- A concordância total não aparece nas respostas que se refere a aquisição de medicamentos pela regional. Aqui pode estar o medo da perda do poder política decorrente de uma possível falta do medicamento e a responsabilidade da prestação de contas.

- Dois concordam totalmente com a entrega (dispensação) de medicamentos especiais e de alto custo à população e três concordam com a seleção e a avaliação das ações básicas dos seus municípios. No caso da entrega ou dispensação de medicamentos de alto custo a população da prestígio político sem o peso da falta de medicamentos, pois transfere a culpa da falta por falhas na aquisição que não foi sua.

- A pré-disposição de nove servidores em aceitar totalmente as ações de programação anual e dispensação de medicamentos, se deve ao fato de que já executam a ação de dispensação de medicamentos aos seus municípios e existem algumas administrações regionais que enviam ao nível central a consolidação da programação anual de medicamentos de seus municípios.

Os servidores do nível regional questionados acostumadas a um tipo de serviço podem ver a transferência das ações de assistência farmacêutica como mais responsabilidade e até mais liberdade de decisão sobre ações (a estrutura vigente das administrações regionais delimita as ações) mas são ações vindas no nível central e não por necessidade da região, mas imposta por um processo político de regionalização vigente.

A tabela 6.4 apresenta o demonstrativo da frequência da resposta obtidas sem a separação por nível de trabalho da população pesquisada, ou seja, dos vinte e dois servidores que responderam ao questionário. A pré-disposição em concordar ou não com a execução regionalizada das ações fica assim distribuída:

- A concordância total aparece em dezesseis das vinte e duas respostas possíveis no que se refere às ações de programação anual e dispensação de medicamentos aos municípios. Nove concordam totalmente com a avaliação das ações básicas dos seus municípios. Sete com a dispensação de medicamentos especiais e de alto custo a população. Seis com a seleção regionalizada e apenas um tem a pré disposição em concordar plenamente com a aquisição de medicamentos de forma regionalizada.

- Sete concordam com a avaliação das ações básicas dos seus municípios. Seis concordam com a regionalização da distribuição de medicamentos aos municípios e com a dispensação de medicamentos especiais



a população da sua região. Cinco servidores estão pré-dispostos a concordar com a seleção e aquisição de medicamentos de forma regionalizada e quatro concordam com a programação anual.

- A neutralidade ou indiferença sobre a execução regionalizada, esteve presente em três respostas entre vinte e duas sobre a seleção de medicamentos. Em duas, sobre a aquisição e a dispensação; e em uma sobre a avaliação das ações municipais, vale lembrar que apenas os servidores da SES-GO que trabalham a nível regional responderam com a pré-disposição de nem discordar e nem concordar.

- Sete pessoas estão pré-dispostas a não concordar com a aquisição de medicamentos de forma regionalizada. Cinco estão pré-dispostas a discordar com a seleção de medicamentos de forma regionalizada. Três em não concordar com a dispensação de medicamentos especiais a população da região. Duas discordam da programação regionalizada e uma discorda da avaliação de forma regionalizada.

- Sete pessoas estão pré-dispostas a discordar totalmente com a aquisição de medicamentos de forma regionalizada. Quatro discordam totalmente de se regionalizar a dispensação de medicamentos especiais a população da região e a avaliação das ações municipais e três, com a seleção de medicamentos.

As observações quando se unem as respostas dos servidores da SES-GO que fizeram parte da pesquisa os quantitativos se perdem em possibilidade, pois passam a ser uma vantagem numérica, dificultando uma análise por números simples.

A tabela 6.5 demonstra a freqüência das notas fornecidas pela população questionada, quando se observa a equipe questionada que trabalha no nível regional nota-se que existe a necessidade ter ações de assistência farmacêutica, (não obtivemos nenhuma nota menor que 5 que é a média), entretanto 33% dos que trabalham no nível central acredita que é baixa a necessidade de se regionalizar essas ações, é bom lembrar que são esses gestores que irão repassar o serviço para ser executado regionalmente. O “porque” vem carregado de dúvida. Pode-se

disser que como o serviço está sendo executado não existe a urgência de se repassar essas ações, pois existem outras mais urgentes a serem realizadas regionalmente? Ou não acreditam na necessidade da regionalização da assistência farmacêutica?

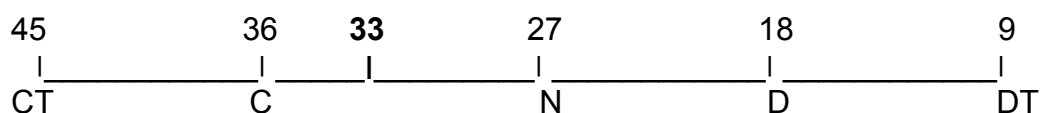
A análise das notas em conjunto dos servidores questionados, levam a crer na necessidade de realizar as ações regionalizadas.

Aplicando a escala de Likert passamos a analisar a questão número dois separada por partes:

A parte “a” se referia a ação de seleção de medicamentos, que seria específica para cada uma das regiões do estado. Para realizar essa ação necessitada de uma equipe multiprofissional e estudos prévios de epidemiologia e hábitos culturais da região. Para selecionar os medicamentos a equipe deve contar com técnicos capacitados para decidir o melhor fármaco para a situação, englobando, além da eficácia terapêutica e a melhor via de administração, o custo adequado e a acessibilidade de aquisição. A construção da primeira lista de medicamentos regionalizada requer pesquisa e conhecimento das situações e custo administrativo elevado, entretanto após a construção da primeira, as revisões são realizadas de tempos em tempos.

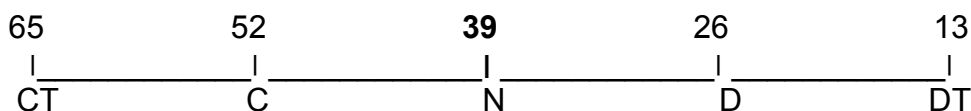
Os seus valores obtidos, pela escala de Likert, para a seleção regionalizada estão representados na tabela 6.6. Colocando os resultados da tabela na escala de cinco pontos, teremos:

Entre os servidores que trabalham no nível central o valor fica em 33.



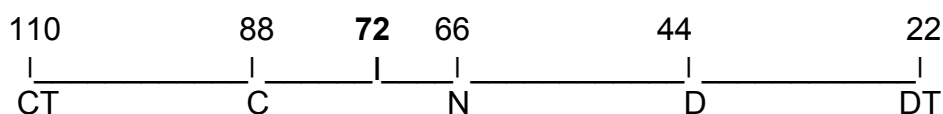
Esse valor expressa a pré-disposição para esses servidores em concordar com a realização da seleção de medicamentos de forma regionalizada. O valor 33 está próximo da concordância.

Já entre os servidores que trabalham no nível regional, o valor é de 39.



Existe uma pré-disposição à indiferença para realizar a seleção de medicamentos de forma regionalizada. Esses servidores não concordam, mas também não discordam em realizar uma seleção regionalizada de medicamentos.

Se, entretanto, analisarmos na totalidade das respostas dos servidores da SES-GO o valor é de 72.



Devido à neutralidade dos servidores do nível regional, e esse são a maioria numérica, a pré disposição pende à neutralidade no que se refere a realização da seleção. A equipe que vai trabalhar com a regionalização, vai ter que combater essa neutralidade para que essa ação possa ser regionalizada.

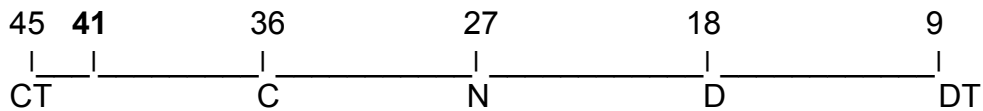
As dificuldades decorrentes da formação de equipe é um ponto forte nessa neutralidade, visto que algumas regiões existe uma carência de profissionais

Na parte “b” da segunda questão está em jogo a pré-disposição da realização de uma programação anual de medicamentos própria para a região. A programação de medicamentos deve considerar as necessidades da região, a capacidade de armazenamento, tempo de recebimento e distribuição para que a dispensação não fique prejudicada. A organização administrativa é essencial na programação.

No estado de Goiás algumas administrações regionais participam das programações de medicamentos de programas de saúde federal, que tem elenco definido e aquisição definida pelo nível federal, como os programas de dermatologia sanitária, pneumologia, endemias focais e DST. Ressalto que não são todas as administrações regionais que participam.

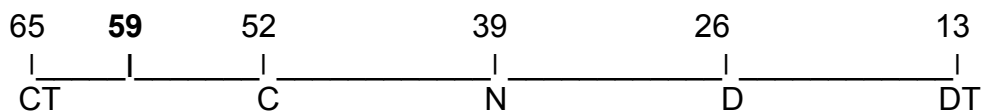
Os resultados obtidos para a regionalização da ação de programação estão descritos na tabela 6.7 e apresentando esses resultados escala Likert de cinco pontos, temos:

Com relação aos servidores que trabalham no nível central que participaram dessa pesquisa o valor de 41.



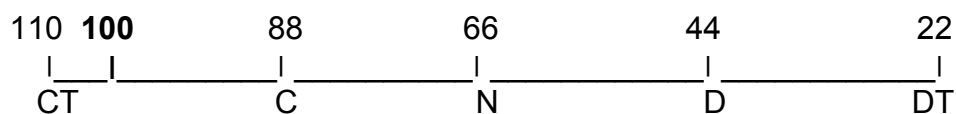
Esse valor demonstra uma pré-disposição à concordância total para se realizar a programação anual de medicamentos regionalmente.

Entre os servidores pesquisados que trabalham no nível regional, o valor é de 59.



Também um valor próximo à concordância total, uma pré-disposição para aceitar a realização regional da programação anual de medicamentos.

Então a totalidade os servidores da SES-GO questionados apresentam uma pré-disposição para a realização regionalizada da programação anual de medicamentos, com valores próximos da concordância total.

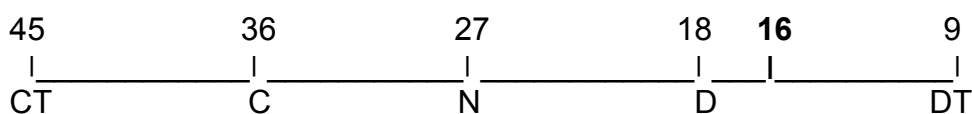


Essa se apresenta uma ação de fácil regionalização, pois os servidores que participaram dessa pesquisa que trabalham no nível central estão dispostos a repassar o serviço e este é bem aceito pelos servidores do nível regional questionados nesse trabalho, que por ser a ação que necessita apenas de organização administrativa e não ser novidade, pois os servidores regionais fazem programação anual de vários materiais como por exemplo de escritório e informática, não encontraram dificuldades em exercê-la.

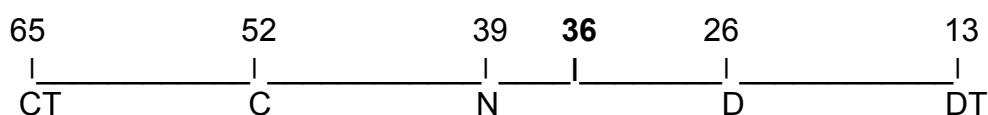
Na parte “c” da segunda questão está a aquisição de medicamentos de forma regionalizada para ser avaliada. Essa ação necessita da formação de uma equipe para de compra, visto que as aquisições realizadas por administrações públicas devem seguir a legislação vigente. A equipe administrativa deve se ter conhecimento técnico sobre processos licitatórios e noções sobre prestação de contas e regras para pagamento de contas públicas.

A ação de aquisição tem o poder financeiro agregado a ela, e está em jogo, de um lado a perda do poder de compra dos servidores do nível central, e do outro lado, os servidores do nível regional ganhando esse poder. Os resultados observados na tabela 6.8 e representando esses resultados na escala de cinco pontos, temos:

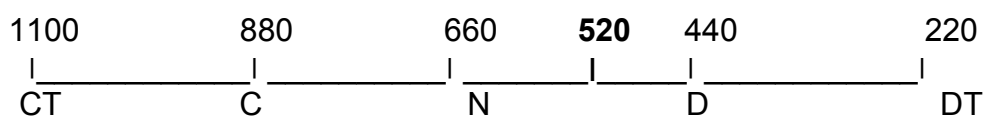
A predisposição a discordância, com valor entre discordância e discordância total, para a realização da aquisição regionalizada dos medicamentos por parte dos servidores do nível central questionados nessa pesquisa.



E entre os servidores questionados que trabalham no nível regional, a predisposição para a realização da aquisição regionalizada dos medicamentos, apresenta valor próximo a neutralidade. Curiosamente, indo para o lado da discordância.



Então quando é observada a totalidade dos servidores da SES-GO que participaram dessa pesquisa, a pré-disposição para a realização da aquisição regionalizada dos medicamentos fica com valores próximos a discordância.



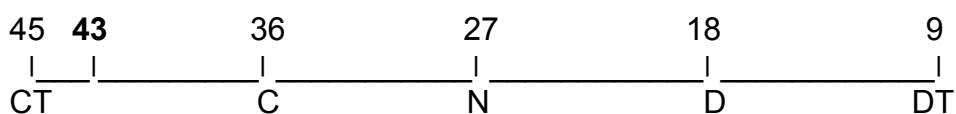
A regionalização da ação de aquisição de medicamentos está mais difícil de ser concretizada, pois se de um lado o poder financeiro é difícil de ser entregue, do

outro as perdas políticas decorrentes da falta do medicamento dentro de uma região pode ser um desgaste total e fim de carreira política. A equipe de regionalização se decidir regionalizar essa ação vai enfrentar muitas barreiras, principalmente pela discordância dos gestores do nível central onde a regionalização esta sendo planejada e coordenada.

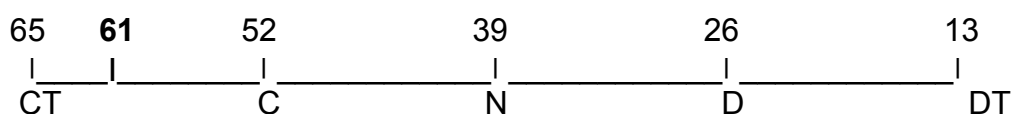
Na parte “d” da segunda questão está a distribuição de medicamentos para os municípios da região. Essa ação necessita basicamente de local adequado para a guarda e distribuição dos medicamentos, organização administrativa e pessoal de almoxarifado. Todas as administrações regionais do estado já realizam essa ação.

Colocando os resultados da tabela 6.9 na escala de cinco pontos, os resultados encontrados são próximos à concordância total em todos os níveis.

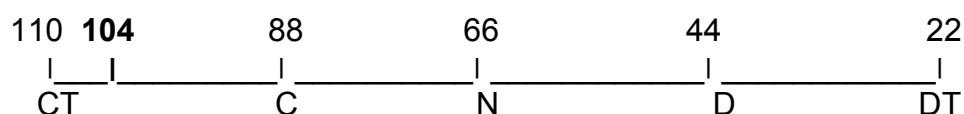
A predisposição para a realização da distribuição medicamentos aos municípios da região apresenta valor próximo da concordância total entre os servidores questionados que trabalham no nível central.



A predisposição também apresenta valor próximo a concordância total quando se observa o resultado dos servidores do nível regional pesquisados para a realização da distribuição medicamentos aos municípios da área de abrangência da região.



De igual forma, observando a totalidade os servidores da SES-GO questionados nessa pesquisa, estes apresentam uma predisposição para a realização da distribuição medicamentos aos municípios da região com valores próximos da concordância total.



Essa é outra ação de fácil regionalização, a equipe da regionalização não terá dificuldades em regionalizar a ação de distribuição medicamentos aos municípios da região.

Na parte “e” da segunda pergunta está a ação de dispensação (entrega) de medicamentos de programas especiais vindo do Ministério da Saúde e de medicamentos excepcionais de alto custo para a população da região.

A ação dispensação necessita de infra-estrutura adequada. Os programas de dermatologia sanitária, pneumologia sanitária, endemias focais e doenças sexualmente transmissíveis (chamados de Programas Especiais), são programas que o Ministério da Saúde decidiu coordenar, assim o ministério adquire os medicamentos (que estão na relação de medicamentos para cada um dos programas) e os encaminha aos estados para a distribuição. Atualmente as administrações do estado de Goiás recebem esses medicamentos e os repassam aos municípios da sua região que fazem a dispensação a população.

O programa de medicamentos excepcionais de alto custo, assim chamados por serem medicamentos cujo custo financeiro é elevado ou que seja de uso contínuo necessário após uma ações de saúde cujo custo foi elevado. Esse programa tem financiamento conjunto (nível federal e estadual) com de prestação de contas trimestrais. O estado adquire e dispensa os medicamentos a população, o gestor federal ressarcir o valor estipulado do medicamento após a prestação de conta do gestor estadual, ou seja, quando se prova que o medicamento foi entregue a quem realmente necessita de especiais vindo do Ministério da Saúde são os programas que necessitam, o governo federal paga a sua parte. Esclarecemos que no estado de Goiás a dispensação desses medicamentos de alto custo é realizada em uma unidade de saúde situada na capital.

Os resultados obtidos estão na tabela 6.10 e repassando-os para a escala de cinco pontos, temos:

Entre os servidores que trabalham no nível central que fizeram parte da pesquisa, a predisposição para a realização da dispensação de medicamentos especiais a população da região apresenta valor próximo da concordância.

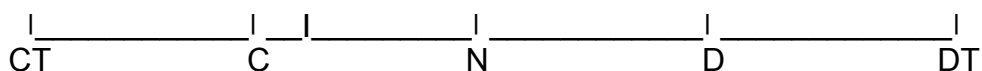
45

36 **35**

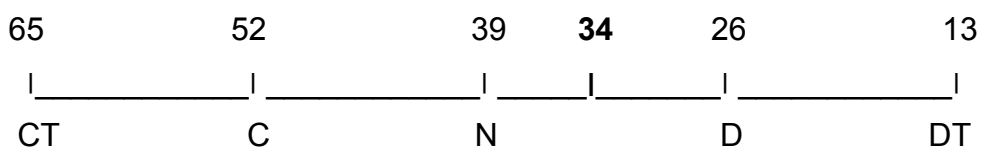
27

18

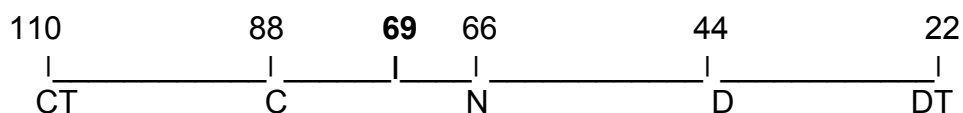
9



Já a predisposição para a realização da dispensação de medicamentos especiais à população da região entre os servidores que trabalham no nível regional pesquisados se apresenta com valor próximo à neutralidade.



Ao se observar os valores na totalidade dos servidores da SES-GO que foram alvo dessa pesquisa apresentam uma predisposição, com valores próximos à neutralidade, para a realização da dispensação de medicamentos especiais a população da região.



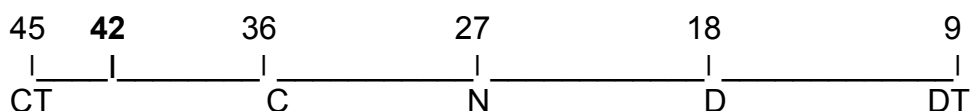
Os resultado obtidos nessa pesquisa por se tratar de uma ação que é executada pelo município (caso da dispensação dos medicamentos especiais) e por apenas uma unidade de saúde centralizada (caso medicamento de alto custo), e necessitar de estrutura física adequada, pessoal para atendimento e controle de entregas, tem em jogo muitas variantes. É incontestável a melhoria do acesso aos medicamentos por parte da população, principalmente no caso dos medicamentos de alto custo, mas se montar estrutura física para região? O atendimento direto a população não seria uma recentralização?

Na parte “f” da segunda questão está a avaliação e controle das ações básicas de Assistência Farmacêutica dos municípios sendo realizadas pela administração regional. Também é uma ação apenas de organização administrativa. No estado de Goiás algumas ações municipais já são avaliadas regionalmente, como campanha de vacinação.

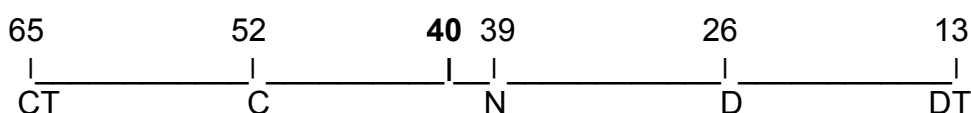
Os resultados obtidos sobre a avaliação e controle regionalizado de ações básicas dos municípios estão na tabela 6.11 e colocado na escala de cinco pontos, temos:



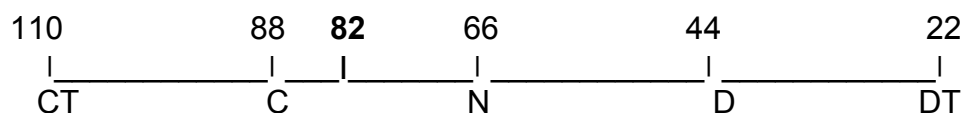
A predisposição para a realização da avaliação das ações básicas dos municípios da região apresenta valor próximo da concordância total, entre os servidores que trabalham no nível central que foram questionados.



Já entre os servidores que trabalham no nível regional que participaram dessa pesquisa, a predisposição para a realização da avaliação das ações básicas dos municípios da região, apresenta valor próximo à neutralidade.



Assim na totalidade dos servidores da SES-GO que fizeram parte dessa pesquisa, observamos uma predisposição para a realização da avaliação das ações básicas dos municípios da região com valores próximos à concordância.



Na concepção do SUS, ações de avaliação e controle deveriam existir em todos os níveis, é de se estranhar essa quase neutralidade das respostas dos servidores do nível regional que participaram dessa pesquisa.

A questão de numero 3 tem a intenção de elencar (visualizar) as maiores dificuldades para implantar as ações regionalizadas de assistência farmacêutica na visão desses servidores da SES - GO que trabalham com a assistência farmacêutica que fizeram parte dessa pesquisa (tabela 6.13). As dificuldades apontadas na questão são as encontradas quando da realização do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica nos anos de 1998 a 2003.

Na visão desses servidores do nível central a maior dificuldade para implantar a AF regionalizada é a carência de recursos humano (8 entre 9), seguido

da agenda política (4 entre 9). A carência de profissionais de saúde é uma constante dentro da SES-GO como um todo, assim para se realizar a regionalização de qualquer ação essa carência seria apontada, entretanto a segunda e a terceira maior dificuldade apontada, a agenda política e programação atual, contradiz a imagem do gestor descrita anteriormente nessa dissertação de que é o momento político para a regionalização. Ou indica que não é o momento político da regionalização da assistência farmacêutica?

E na visão desses servidores do nível regional a maior dificuldade também é o recurso humano (11 entre 13), seguido de programação atual e agenda política (8 entre 13).

Em percentuais temos: (Vide gráfico 6.2)

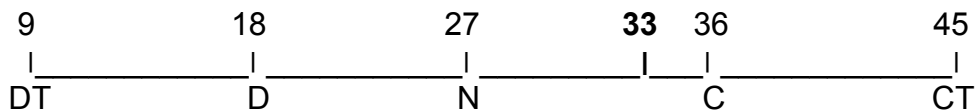
- ✓ Recursos humanos - 30%;
- ✓ Agenda política – 19%;
- ✓ Programação atual - 18%;
- ✓ Área Física – 15%;
- ✓ Recursos financeiros – 10%;
- ✓ Equipamentos – 6%;
- ✓ Outros- 2%.

Na questão numero 4 verifica-se a pré-disposição em se realizar a regionalização marcando uma nota (de 1 a 10) para a necessidade de regionalizar as ações de assistência farmacêutica.

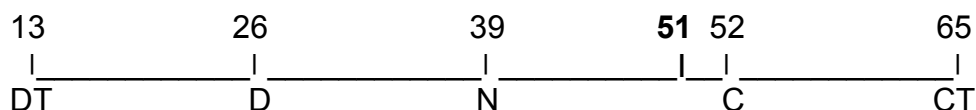
Regionalizar é uma das diretrizes do SUS, entretanto regionalizar ações de assistência farmacêutica é necessário? Ou uma imposição? Nessa questão a intenção saber a opinião dessas pessoas.

Os resultado obtidos estão na tabela 9.11 e passando esses resultados, para a escala de cinco pontos invertida, se tem:

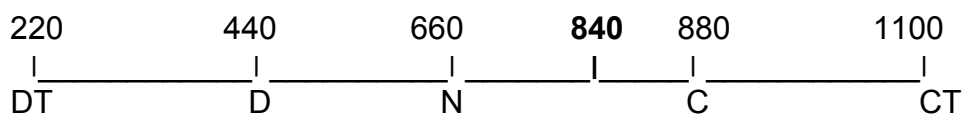
A predisposição para achar necessária a regionalização das ações assistência farmacêutica, apresenta valor próximo da concordância na visão dos servidores que trabalham no nível central que foram questionados nessa pesquisa.



Entre os servidores que trabalham no nível regional que foram questionados nessa pesquisa a predisposição também se apresenta com valor próximo à concordância.



Quando reúnem-se as respostas dos servidores da SES-GO que fizeram parte dessa pesquisa, igualmente apresentam valor próximo a concordância, uma predisposição para achar necessária a regionalização das ações assistência farmacêutica.



Valor entre a neutralidade e a concordância simples pode refletir uma posição de acomodação, como as ações de assistência farmacêutica estão sendo executadas pelo nível central da secretaria, a transferência para as administrações regionais não é para esses servidores uma necessidade urgente. A pode ser por causa essa acomodação é que a regionalização ainda não está efetivada.

A estrutura regional para realizar ações regionalizadas de assistência farmacêutica carece de pessoal técnico capacitado, estrutura física e administrativa adequada, além da vontade política. Na programação anual deve constar essa estruturação para se ter recursos financeiros. As estruturas físicas das administrações regionais de saúde necessitam de adaptações e poucas têm um almoxarifado adequado e nenhuma conta com estrutura montada para realizar atendimento à população no que se refere às ações de atenção farmacêutica, farmacovigilância e dispensação de medicamentos.

No serviço público do estado de Goiás temos carência de profissionais farmacêuticos, enfermeiros e médicos, principalmente nas cidades de interior. Os dois últimos concursos públicos na área de saúde estadual foram específicos para formação de equipe de novos hospitais. Será preciso realizar concurso público para formar a equipe das administrações regionais de saúde.

Realizar novos estudos sobre a forma da regionalização no estado, pois ela ainda está em fase de implementação, pois observou que apesar da regionalização estar definida ainda não foi totalmente efetivada. Cabe levantar os pontos de maior resistência para a implantação da regionalização, pois a regionalização de serviços e ações na visão dos gestores regionais e estaduais pode estar em conflito com a visão dos gestores municipais de cada região que vão oferecer os serviços e esse pode ser um dos motivos da não implementação.

Pesquisar também sobre o momento político, e a viabilidade da regionalização, verificar se é favorável ou não a regionalização nesse momento, (a pesquisa levantou dificuldades de implantar ações regionalizadas devido à falta de agenda política. E essas são sugestões de estudos complementares.

## **7 CONCLUSÃO**



A região tem em sua etimologia o significado de domínio, de relação entre o poder e um espaço diversificado. Numa regionalização há sempre uma proposição política, vista de um ângulo territorial, que coloca em jogo comunidades de interesse idênticos de uma certa área em discussão com os limites da autonomia face ao poder central (BECKER, 1984). É é nessa discussão sobre limites de autonomia e poder que encontramos a regionalização da assistência farmacêutica.

A divisão regional do estado de Goiás, seguiu os moldes da divisão regional oficial do Brasil, com base na homogeneidade física, humana e econômica das regiões e que seus limites coincidem com os limites territoriais dos municípios. A divisão regionalizada da área da saúde no estado segue as normas descritas no plano diretor de regionalização, aprovado pelos municípios em 2002, com base na disponibilidade de prestação de serviços e ações em saúde de municípios vizinhos e seus limites também coincidem com os limites territoriais do município. Nota-se que aqui a região é vista como na escola do método regional, onde a área (uma dada porção da superfície da Terra) é relacionada com os fenômenos heterogêneos dentro dela, que por sua vez delimitam a região (em seções do espaço terrestre).

As ações públicas de assistência farmacêutica (pois poucas ações privadas foram desenvolvidas), realizadas no estado são gerenciadas ou no nível central do estado ou no município, o objetivo dessa pesquisa foi obter informações sobre a visão dos servidores da SES-GO que trabalham com a assistência farmacêutica sobre a possibilidade de regionalização das ações de assistência farmacêutica (AF) no estado de Goiás.

As maiores dificuldades apontadas foram: recursos humanos (30%), agenda política (19%), programação atual (18%), área física (15%), recursos financeiros (10%) e equipamentos (6%) Atualmente o que se vê nas unidades de dispensação pública de medicamentos é uma infra-estrutura precária, com espaços físicos limitados e inadequados para o acondicionamento de medicamentos, o atendimento é crítico devido a falta de capacitação de pessoal e raramente conta com profissional farmacêutico. Essa situação não deve se repetir em uma estrutura regional por isso recursos humanos e área física estão dentro das dificuldades de se regionalizar a AF. Quando se fala em agenda política e programação atual, leva a uma contradição ao discurso de regionalização estadual, pois se as ações não

fazem parte da agenda e programação política dificilmente serão realizadas. Por essa pesquisa, a regionalização das ações de AF para se efetivar tem que entrar na agenda política, para assim entrar na programação atual.

A utilização da escala de Likert, para avaliar a pré-disposição da equipe da SES-GO, que trabalha com a área de assistência farmacêutica em seus níveis de trabalho (o central e o regional), foi preferida por se um instrumento de medição que fornece direções e o grau de concordância ou discordância sobre a atitude do pesquisado em relação a cada afirmação. O estudo do comportamento humano tem grande aplicação e importância no mundo organizacional e as mensurações de atitudes devem ser sensíveis aos pressupostos e as restrições que os pressupostos impõe na análise dos dados e existem outros procedimentos mais complexos que poderão ser utilizados nas próximas pesquisas.

A equipe que trabalha no nível central da SES-GO que foi alvo dessa pesquisa tem uma pré-disposição a favorecer a regionalização das ações de seleção de medicamentos, programação anual, distribuição aos municípios e dispensação de medicamentos especiais a população da região. Embora não tenha a pré-disposição de regionalizar a ação de aquisição de medicamentos. Tem a pré-disposição de concordar com a necessidade de se regionalizar a assistência farmacêutica no estado, entretanto 33% desses servidores vêem uma baixa necessidade de se regionalizar essas ações.

A equipe que trabalha no nível regional que foi alvo dessa pesquisa tem uma predisposição a favorecer a regionalização da ação de programação anual e distribuição de medicamentos aos municípios. Nota-se que atualmente algumas já participam da programação anual e distribuem mensalmente os medicamentos para seus municípios. Quanto à pré-disposição de regionalizar as demais ações de assistência farmacêutica se colocam em uma posição de neutralidade. Os motivos dessa neutralidade poderiam estar relacionados com as dificuldades por eles elencadas, onde as mais mencionadas foram a carência de recursos humanos e a estrutura física deficitária. É um dos pontos a deve ser observado mais a fundo pela equipe que realizará a regionalização. Entretanto, esses servidores também têm a predisposição de concordar com a necessidade da regionalização da assistência farmacêutica.



Quando se observa o questionário sem a separação do local de trabalho, nota-se que como um todo a predisposição de realizar regionalmente as ações de programação anual, distribuição de medicamentos aos municípios e avaliação das ações básicas dos municípios da sua região é favorável, mantêm a neutralidade quanto à regionalização das ações de seleção de medicamentos e à dispensação de medicamentos especiais. Apenas a ação de aquisição regionalizada tem uma predisposição desfavorável, mas tem a predisposição de concordar com a necessidade da regionalização da assistência farmacêutica estadual.

Pelos dados obtidos a regionalização das ações de assistência farmacêutica, na visão dos servidores da SES-GO que foram alvo dessa pesquisa, é necessária, mas quando se trata de transferir ações que envolvem recursos financeiro direto, como aquisição de medicamentos, nota-se uma resistência de ambos os lados, entretanto de um modo geral, a regionalização é viável.

Maiores levantamentos e estudos devem ser realizados para efetivar a regionalização da assistência farmacêutica no estado, mas de início esses pontos acima destacados devem servir de alerta para a organização da estrutura administrativa no estado. Ressalta-se que a forma de foi descrita a regionalização pode não ser a mais adequada para se regionalizar as ações de assistência farmacêutica em Goiás, pois o medicamento carrega não apenas o poder resolutivo, conta também com uma carga política e financeira que afeta os gestores com um espelho de sua administração na saúde.

A regionalização das ações de assistência farmacêutica depende também da reorientação da própria assistência farmacêutica que não está totalmente definida e instituída, fica também no limiar da autonomia e poder, na dependência e influencia da gestão delimitada por seu tempo, com carência de recursos humanos e estruturas físicas deficitárias. Ainda carrega a idéia o binômio aquisição e distribuição de medicamento, muitas vezes por ainda não ser adequado, temos problemas na aquisição e distribuição, e a população não tem acesso regular aos medicamentos.

O dilema, as incertezas e as dúvidas sobre a regionalização da AF em Goiás continuam ... mas começar a pensar sobre o assunto é um bom começo...



## **REFERÊNCIAS**



AFFONSO, Rui Britto Alvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (organizadores); Maria Hermínia Tavares de Almeida...et al. – São Paulo: FUNDAP, 1996. 376p.

BARROS, José Augusto Cabral de. – *Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?* – Brasília: UNESCO, 2004, 272p.

BECKER, Bertha K. – “*Geografia Política e Gestão do Território no Limiar do século XXI*”. Revista Brasileira de Geografia, Ano 50, vol. 2 Rio de Janeiro : IBGE, 1991.

\_\_\_\_\_, - *A Crise do Estado e Região: Estratégia de Descentralização em questão, Ordenação do território: Uma Questão de Política?*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro , 1984, 1-35p.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda. *Remédio: saúde ou indústria?A produção de medicamento no Brasil.*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

\_\_\_\_\_, *Industria farmacêutica, Estado e Sociedade*. São Paulo: HUCITEC,1995

\_\_\_\_\_, BONFIM, José Rubens de Alcântara. *Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde*. São Paulo, Editora Hucitec/ Sobravime,1999 .

\_\_\_\_\_, REIS, A . L. A . *A necessidade de se comparar preços nos mercados farmacêuticos*. In: BERMUDEZ, J. A .Z.; BONFIM, J. R. A (Orgs). *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. São Paulo: Hucitec,1999. p. 179-91.  
BERMUDEZ, J. A . Z. ; BONFIM, J. R. de (Orgs). *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999. 236p.

\_\_\_\_\_. *Produção de medicamentos no setor governamental e as necessidades do sistema único de saúde*. In: BONFIM, J.R.A.; MERCUCCHI, V, L. (Org.). *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.72-80.

BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispões sobre o controle de drogas medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. Diário oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, 19 dezembro, 1973.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providencias. Diário oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, 20 setembro, 1990.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142 , de 28 de dezembro de 1990. Dispões sobre a participação da comunidade na gestão SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providencias. Diário oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, 25 dezembro, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, 10 novembro, 1998.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria GM nº 176/99, publicada em 08 de março de 1999 – Cria o programa de incentivo a assistência farmacêutica básica. Diário oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, março, 1999.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria GM nº 1.077/99, publicada em 24 de agosto de 1999 – Cria o programa para aquisição de medicamentos essenciais para Saúde Mental. Diário oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, agosto, 1999.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria GM nº 16/00, publicada em 14 de dezembro de 2000 – elenco mínimo e obrigatório de medicamentos para a atenção básica. Diário oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, dezembro, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria GM nº 544/2001, publicada em 11 de abril de 2001 – Aprova as recomendações para orientar os convênios de investimentos no processo de regionalização da assistência a saúde. Diário oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, abril, 2001.

\_\_\_\_\_. Constituição da Republica Federativa do Brasil: 1988. 17 ed. Brasília: Câmara dos deputados, Coordenações de Publicações, 2001. 405p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde. - Descentralização, Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. – Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização -. Brasília, Ministério da Saúde 2001.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. - Relatório de Gestão. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde. - Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde . Brasília: CONASS. 2003.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. - Cadernos do CONASS n.º 2. Os estados nas Construção do SUS – Coletâneas das oficinas de trabalho do CONASS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde . Brasília: CONASS. 1998.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. - Cadernos do CONASS n.º 4. Os estados nas Construção do SUS – Coletâneas das oficinas de trabalho do CONASS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde . Brasília : CONASS.1999.

BENKO, George, LIPIETZY, Alain ( Traduzido por Antônio Gonçalves) – *As Regiões Ganadoras: Distritos e redes os novos paradigmas de geografia econômica* – Oeiras: Celta Editora, 1994. 275 p.

BOURDIEU, Pierre. - *Contrafogos: Táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Traduzido por Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 1998.

- BUSS, Paulo Marchiori – *Saúde e qualidade de vida*. In: Costa NR, Mendes Ribeiro J, organizadores. Políticas de saúde e inovações institucional: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1996.
- CASTRO, Iná Elias de, et al. - *Geografia: Conceitos e Temas*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil. Brasil. 2001.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (org), MEHRY, Emerson Elias, et al. – *Inventando a Mudança na Saúde* – São Paulo: Editora HUCITEC Ltda., 1994. 333p.
- COSTA, Wanderley Messias – *Estados e Políticas Territoriais no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto, 1999. 84p.
- CHAUI, Marilena de Souza. - *O que é ideologia?!* Marilena de Souza Chaui. 2ª Edição Revisada e Ampliada. São Paulo: Brasiliense, 2001.
- CHURCHULL, Gilbert A., PETER. J. Paul- *marketing: Creating value for customers*. 3ª edição. New York . McGraw- Hill College, Hardcover, 1998.
- CARVALHO, José Murilo – *Cidadania no Brasil – O longo caminho*. Rio de Janeiro: Editora Civilizações Brasileiras, 2001. 236p.
- CORRÊA, Roberto Lobato. - *Região e Organização Espacial*. 4ª Edição Série Princípios. São Paulo : Editora Ática. 1991. Brasil.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. *A saúde do brasileiro*. 6. ed. São Paulo: Moderna, 1987. 88p.
- \_\_\_\_\_. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1995.133p.
- DUARTE, Aluizio C. - *Regionalização : Considerações Metodológicas* , *Boletim de Geografia Teorética*, vol. 10 n.º 20, Rio Claro: Associação de Geografia Teorética. 1980.
- FINKELMAN, Jacomo (organizador). - *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- FORTES, P. A . de C. *Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais*. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1998. 119p.
- FREIRE, Paulo. - *Pedagogia do Oprimido*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra S.A., 1975.
- GOIAS. Governo Mauro Borges Teixeira. *Plano de desenvolvimento econômico de Goiás*. Goiânia, Goiás, 1961 . vol.1.
- \_\_\_\_\_, Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Planejamento e Organização dos Serviços de Saúde da Secretaria. *Relatório de Gestão ano 2001*, SES-GO, 2002.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. *Relatório de Gestão ano 2002*, SES-GO, 2003.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ - Informativo semanal da SES-GO, Ano IV, edição nº 155 de 21 a 27 de junho de 2004.

GOMES, Paulo César da Costa. *A condição urbana: Ensaio de geopolítica da cidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 304p.

GOUVEIA, R.; PALMA, J. J. L. - *O SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social*. In: GOUVEIA, R. *Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde*. São Paulo: Mandacaru, 2000. 223p.

GRIGG, David. - *Regiões, modelos e classes*. In: Cholley, R, & Haggatt, P, *Modelos Integrados em Geografia*. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos/ Edusp, 1974.

HARTSHORNE, R. - *Propósitos e Natureza da Geografia*. São Paulo. Hucitec/ Edusp, 1978.

HEIMANN, Luiza S., et al. - *Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal*. São Paulo : Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000.

LENCCIONE, Sandra – *Região e Geografia*. São Paulo. Ed. USP, 1999, 214p.

LIKERT, Rensis. – *Novos Padrões de Administração*. Traduzido por Albertino Pinheiro Jr e Ernesto D’Orsi. São Paulo: Pioneira, 1971. 293p.

LUCHESE, G. *Dependência e autonomia no setor farmacêutico: um estudo da CEME*. 1991. Dissertação (mestrado em saúde coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991. 365 p.

MATUS, Carlos – *Chipamzé, Maquiavel e Ghandi: Estratégias Políticas*. São Paulo Editora FUNDAP ,1996, 294p.

MARIM, Nely (Org) et al – *Assistência farmacêutica para gestores municipais*. Rio de Janeiro: Opas/OMS, 2003.

MARTINS, Carlos B. - *O que é sociologia?* Carlos B. Martins. 5ª Edição. São Paulo: Brasiliense, 1984. (Coleção primeiros passos; 57).

MEDRONHO, Roberto A.(editor) et al – *Epidemiologia* – São Paulo . Editora Ateneu, 2003, 493p.

MINAYO, M. C. S. *O conceito de metodologia de pesquisa*. In: MINAYO, M. C. S. (Org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed.



- São Paulo: Hucitec, 2000. 269p.
- MISOCZKY, Maria Ceci Araujo. - *O Campo da atenção à saúde após a constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social*. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002, 191p.
- \_\_\_\_\_ & BECH, J. - *Estratégia de Organização de Atenção à Saúde*. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002.
- MOREIRA, Igor, - *O Espaço Geográfico – Geografia geral e do Brasil*. São Paulo: Editora Ática, 2003, 454p.
- MOREIRA, Ruy – *O que é geografia*. São Paulo: Editora Brasiliense. 1981
- MORAES, Antonio Carlos Robert. *Geografia – pequena história crítica*. 2ª edição. São Paulo: Editora HUCITEC, 1990
- NEGRI, Barjas – *A Política de Saúde no Brasil nos anos 90 : Avanços e Limites*, Brasília: Editora MS, 2002. 51p.
- NEGRI, B. ; DÁVILA, A . L (Org.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Editora Sobravime, 2002. 630p.
- OPAS/OMS; MARIN, N. (Org.). *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 334p.
- PACHECO, Mário Victor de Assis – *Abuso da Multinacionais Farmacêuticas*. Rio de Janeiro: Civilizações Brasileiras, 1983.
- SAMPIERI, Roberto Hernández, *et al – Metodología de La Investigación – Mexico*: McGRAW-HILL , 1994.
- SANTOS, Milton. *Por uma geografia nova*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1978.
- \_\_\_\_\_. *Novos rumos da geografia brasileira*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1982.
- SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da – *Modelos Tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1998. 143p.
- TESTA, M. *Pensar em saúde*. Tradução de Walkiria Maria Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226p.
- YIN, Roberto K. – *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Traduzido por Daniel Grassi. 2ª Edição. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205p.



**ANEXOS**



# 1 - QUESTIONÁRIO

Estou fazendo o mestrado profissionalizante em Gestão de Assistência Farmacêutica e apresentarei uma dissertação sobre a Regionalização da Assistência Farmacêutica em Goiás e dificuldades atuais para a implementação das ações regionalizadas de assistência farmacêutica na perspectiva dos atores envolvidos na execução do serviço.

A opinião dos atuais executores do serviço e a dos futuros executores desse serviço, visto que o nível central e as administrações regionais irão dividir a responsabilidade na execução dos serviços é de grande valia para o meu projeto de pesquisa.

Esclareço que as respostas farão parte de estatística sobre a dificuldades atuais para a implementação das ações regionalizadas de assistência farmacêutica (AF) na perspectiva dos atores envolvidos na execução do serviço.

Agradeceria o auxílio a minha pesquisa e desde já agradeço as respostas sinceras.

## 1 - Identificação :

você trabalha : ( ) nível central  
( ) administração regional.

2 - De a sua opinião, da concordância total a discordância total, sobre ações de Assistência Farmacêutica que deveriam ser realizadas regionalmente:

### a - Seleção regionalizada da lista de medicamentos

( ) Concordo totalmente ( ) Concordo  
( ) Não concordo nem discordo ( ) Discordo ( ) Discordo totalmente

### b - Programação regional anual de medicamentos

( ) Concordo totalmente ( ) Concordo  
( ) Não concordo nem discordo ( ) Discordo ( ) Discordo totalmente

### c - Aquisição (compra) dos medicamentos para região

( ) Concordo totalmente ( ) Concordo  
( ) Não concordo nem discordo ( ) Discordo ( ) Discordo totalmente

### d - Distribuição dos medicamentos aos Municípios

( ) Concordo totalmente ( ) Concordo  
( ) Não concordo nem discordo ( ) Discordo ( ) Discordo totalmente

### e - Entrega (dispensação) dos medicamentos dos programas de essenciais vindo do ministério e de excepcionais de alto custo a população da região.

( ) Concordo totalmente ( ) Concordo  
( ) Não concordo nem discordo ( ) Discordo ( ) Discordo totalmente

### f - Avaliação e controle das ações básicas de AF executadas pelos municípios da região

( ) Concordo totalmente ( ) Concordo  
( ) Não concordo nem discordo ( ) Discordo ( ) Discordo totalmente

**3- Quais as maiores dificuldades organizacionais para a implantação das ações regionalizadas de AF?**

- ( ) Área Física
- ( ) Recursos Humanos qualificado
- ( ) Equipamentos
- ( ) Recursos financeiros
- ( ) Programação anual
- ( ) Agenda política
- ( ) outros

---

**4 – Na sua opinião que a nota você daria para a necessidade atual da regionalização das ações de AF no estado de Goiás?**

- ( ) 1 a 2
- ( ) 3 a 4
- ( ) 5 a 6
- ( ) 7 a 8
- ( ) 9 a 10

Desde Já agradeço a colaboração,  
Maria Cristina Pigorelli Carneiro

Telefones :  
(62) 282-7845  
(62) 9979-3827

Fax:  
(62) 201-4101

Endereço:  
Rua B-4 Quadra 54 Lote 08  
Parque das Laranjeiras  
CEP: 74.855-080 Goiânia -Goiás

## 2 – DIVISÃO DO ESTADO EM ARS

A divisão do Estado em Administrações Regionais de Saúde - ARS adotada pela SES-GO, seguindo a NOAS/2001 é formada pela:

1) Administração Regional de Saúde Centro- Sul , que conta com onze municípios, com 524.119 pessoas segundo IBGE, 2000.

1 Aparecida de Goiânia	369.617 hab.
2 Aragoiania	6.792 hab.
3 Caldazinha	3.053 hab.
4 Hidrolandia	16.682 hab.
5 Leopoldo de Bulhões	7.848 hab.
6 Piracanjuba	23.790 hab.
7 Professor Jamil	3.525 hab.
8 São Miguel Passa Quatro	3.620 hab.
9 Senador Canedo	59.249 hab.
10 Silvania	18.173 hab.
11 Vianópolis	11.770 hab.

2) Administração Regional de Saúde do Entorno Norte, que conta com dezesseis municípios, com 263.304 pessoas, segundo IBGE, 2000.

1 Água Fria de Goiás	4.573 hab.
2 Alvorada do Norte	7.596 hab.
3 Buritinópolis	3.452 hab.
4 Cabeceiras	6.820 hab.
5 Damianópolis	3.225 hab.
6 Flores de Goiás	8.028 hab.
7 Formosa	82.545 hab.
8 Guarani de Goiás	8.028 hab.
9 Iaciara	11.450 hab.
10 Mambai	5.026 hab.
11 Nova Roma	3.057 hab.
12 Planaltina	80.770 hab.
13 Posse	26.332 hab.
14 Simolândia	6.354 hab.
15 Sítio d'Abadia	2.667 hab.
16 Vila Boa	3.381 hab.

3) Administração Regional de Saúde do Entorno Sul, que conta com sete municípios, com 600.275 pessoas segundo IBGE, 2000

1 Águas Lindas de Goiás	123.830 hab.
2 Cidade Ocidental	42.769 hab.
3 Cristalina	36.047 hab.
4 Luziania	154.228 hab.
5 Novo Gama	80.660 hab.
6 Santo Antonio do Descoberto	59.611 hab.
7 Valparaíso de Goiás	103.130 hab.

4) Administração Regional de Saúde da Estrada de Ferro, que conta com quinze municípios, com 600.275 pessoas segundo o IBGE, 2000.

1 Anhanguera	900 hab.
2 Campo Alegre de Goiás	4.526 hab.
3 Catalão	66.414 hab.
4 Cumari	3.152 hab.
5 Davinópolis	2.107 hab.
6 Goiandira	4.883 hab.
7 Ipameri	23.014 hab.
8 Nova Aurora	1.944 hab.
9 Orizona	13.192 hab.
10 Ouvidor	4.391 hab.
11 Palmelo	2.348 hab.
12 Pires do Rio	27.091 hab.
13 Santa Cruz de Goiás	3.514 hab.
14 Tres Ranchos	2.951 hab.
15 Urutai	3.161 hab.

5) Administração Regional de Saúde da Macro Goiânia, que conta com trinta municípios, com 1.469.814 pessoas segundo IBGE, 2000

1 Abadia de Goiás	5.415 hab.
2 Anicuns	18.869 hab.
3 Araçu	4.219 hab.
4 Avelinópolis	2.543 hab.
5 Bela Vista de Goiás	20.016 hab.
6 Bonfinópolis	5.780 hab.
7 Brazabrantes	2.864 hab.
8 Campestre de Goiás	3.346 hab.
9 Caturai	4.371 hab.
10 Cezarina	6.676 hab.
11 Cristianópolis	3.038 hab.
12 Damolândia	2.569 hab.
13 Goiânia	1.129.274 hab.
14 Goianira	20.362 hab.
15 Guapó	14.312 hab.
16 Indiara	12.231 hab.
17 Inhumas	45.060 hab.
18 Itaguari	4.448 hab.
19 Itauçu	8.192 hab.
20 Jandaia	6.314 hab.
21 Nazario	6.712 hab.
22 Nerópolis	19.754 hab.
23 Nova Veneza	6.711 hab.
24 Petrolina de Goiás	10.305 hab.
25 Santa Barbara de Goiás	5.183 hab.
26 Santa Rosa de Goiás	3.457 hab.
27 Santo Antonio de Goiás	3.341 hab.
28 Taquaral de Goiás	3.486 hab.
29 Trindade	87.427 hab.
30 Varjão	3.539 hab.

6) A Administração Regional Nordeste, que conta com oito municípios e uma



população de 70.766 habitantes segundo o IBGE, 2000.

1 Alto Paraíso	6.600 hab.
2 Campos Belos	17.531 hab.
3 Cavalcante	9.359 hab.
4 Divinópolis de Goiás	5.203 hab.
5 Monte Alegre de Goiás	6.666 hab.
6 São Domingos	9.490 hab.
7 São João d'Aliança	7.077 hab.
8 Terezina de Goiás	8.840 hab.

7) A Administração Regional Norte, que conta com doze municípios e uma população de 131.434 habitantes segundo o IBGE, 2000.

1 Bonópolis	2.591 hab.
2 Campinaçu	3.544 hab.
3 Estrela do Norte	3.400 hab.
4 Formoso	5.469 hab.
5 Minaçu	33.886 hab.
6 Montividiu do Norte	4.068 hab.
7 Mutunópolis	3.936 hab.
8 Novo Planalto	3.230 hab.
9 Porangatu	39.833 hab.
10 Santa Tereza de Goiás	4.612 hab.
11 São Miguel do Araguaia	23.556 hab.
12 Trombas	3.309 hab.

8) A Administração Regional Oeste 1, que conta com dezesseis municípios e uma população de 114.915 habitantes segundo o IBGE, 2000.

1 Amarinópolis	4.085 hab.
2 Aragarças	17.192 hab.
3 Arenópolis	3.968 hab.
4 Baliza	1.897 hab.
5 Bom Jardim de Goiás	8.085 hab.
6 Diorama	2.469 hab.
7 Fazenda Nova	7.078 hab.
8 Iporá	31.639 hab.
9 Israelândia	2.930 hab.
10 Ivolândia	2.987 hab.
11 Jaupaci	3.154 hab.
12 Moiporá	1.974 hab.
13 Montes Claros de Goiás	7.894 hab.
14 Novo Brasil	4.051 hab.
15 Palestina de Goiás	3.335 hab.
16 Piranhas	12.177 hab.

9) A Administração Regional Oeste 2, que conta com treze municípios e uma população de 9.892 habitantes segundo o IBGE, 2000.

1 Adelândia	2.485 hab.
2 Aurilândia	4.229 hab.
3 Buriti de Goiás	2.786 hab.

4	Cachoeira de Goiás	1.511 hab.
5	Córrego do Ouro	2.907 hab.
6	Firminópolis	9.941 hab.
7	Palmeiras de Goiás	18.072 hab.
8	Palminópolis	3.547 hab.
9	Paraúna	11.045 hab.
10	Sanclerlândia	7.567 hab.
11	São João da Paraúna	2.055 hab.
12	São Luis de Montes Belos	26.666 hab.
13	Turvânia	5.081 hab.

10) A Administração Regional Pirineus, que conta com quinze municípios e uma população de 434.724 habitantes segundo o IBGE, 2000.

1	Abadiânia	11.883 hab.
2	Alexania	20.799 hab.
3	Anápolis	293.475 hab.
4	Campo Limpo de Goiás	4.858 hab.
5	Cocalzinho de Goiás	15.524 hab.
6	Corumbá de Goiás	9.758 hab.
7	Gameleira de Goiás	2.658 hab.
8	Goianápolis	11.394 hab.
9	Jesúpolis	2.129 hab.
10	Mimoso de Goiás	2.601 hab.
11	Ouro Verde de Goiás	4.379 hab.
12	Padre Bernardo	22.569 hab.
13	Pirinópolis	21.244 hab.
14	São Francisco de Goiás	6.033 hab.
15	Terezópolis de Goiás	5.420 hab.

11) A Administração Regional Rio Vermelho, que conta com dezenove municípios e uma população de 200.449 habitantes segundo o IBGE, 2000.

1	Americano do Brasil	4.948 hab.
2	Araguapaz	7.297 hab.
3	Aruanã	5.134 hab.
4	Britania	5.404 hab.
5	Faina	7.296 hab.
6	Goiás	26.981 hab.
7	Guaraíta	2.808 hab.
8	Heitorai	3.534 hab.
9	Itaberaí	28.516 hab.
10	Itaguaru	5.537 hab.
11	Itapirapuã	11.236 hab.
12	Itapuranga	26.373 hab.
13	Jussara	19.848 hab.
14	Matrinchã	4.657 hab.
15	Mossamedes	5.545 hab.
16	Mozarlândia	11.419 hab.
17	Mundo Novo	8.663 hab.
18	Nova Crixas	11.052 hab.
19	Santa Fé de Goiás	4.201 hab.

12) A Administração Regional do São Patricio, que conta com vinte e quatro municípios e uma população de 248.633 habitantes segundo o IBGE, 2000.

1 Barro Alto	6.041 hab.
2 Campos Verdes	6.249 hab.
3 Carmo do Rio Verde	7.829 hab.
4 Ceres	19.268 hab.
5 Crixas	13.714 hab.
6 Goianesia	50.344 hab.
7 Guarinos	2.662 hab.
8 Ipiranga de Goiás	2.801 hab.
9 Itapaci	14.200 hab.
10 Jaraguá	34.357 hab.
11 Morro Agudo de Goiás	2.481 hab.
12 Nova América	2.219 hab.
13 Nova Glória	9.036 hab.
14 Pilar de Goias	3.022 hab.
15 Rialma	10.483 hab.
16 Rianópolis	4.380 hab.
17 Rubiataba	18.382 hab.
18 Santa Izabel	3.530 hab.
19 Santa Rita Novo Destino	3.061 hab.
20 Santa Terezinha de Goiás	11.067 hab.
21 São Patrício	1.838 hab.
22 Uirapuru	3.056 hab.
23 Uruana	13.976 hab.
24 Vila Propicio	4.637 hab.

13) A Administração Regional da Serra da Mesa, que conta com dez municípios e uma população de 113.936 habitantes segundo o IBGE, 2000.

1 Alto Horizonte	2.652 hab.
2 Amaralina	3.088 hab.
3 Campinorte	9.932 hab.
4 Colinas do Sul	3.753 hab.
5 Hidrolina	4.457 hab.
6 Mara Rosa	11.760 hab.
7 Niquelandia	38.115 hab.
8 Nova Iguaçu de Goiás	2.620 hab.
9 São Luiz do Norte	4.113 hab.
10 Uruaçu	33.446 hab.

14) A Administração Regional Sudoeste 1, que conta com dezoito municípios e uma população de 302.694 habitantes segundo o IBGE, 2000.

1 Acreúna	19.194 hab.
2 Aparecida do Rio Doce	2.511 hab.
3 Cachoeira Alta	8.655 hab.
4 Caçu	10.428 hab.
5 Castelândia	4.044 hab.
6 Gouverlândia	3.982 hab.
7 Itajá	5.730 hab.

8 Itarumã	5.359 hab.
9 Lagoa Santa	933 hab.
10 Maurilândia	9.316 hab.
11 Montividiu	8.186 hab.
12 Paranaiguara	8.342 hab.
13 Quirinópolis	36.982 hab.
14 Rio Verde	122.153 hab.
15 Santa Helena de Goiás	34.840 hab.
16 Santo Antonio da Barra	4.217 hab.
17 São Simão	14.069 hab.
18 Tuverlândia	3.753 hab.

15) A Administração Regional Sudoeste 2, que conta com dez municípios e uma população de 167.632 habitantes segundo o IBGE, 2000.

1 Aporé	3.451 hab.
2 Caiapônia	14.832 hab.
3 Chapadão do Céu	4.222 hab.
4 Doverlândia	8.210 hab.
5 Jataí	78.147 hab.
6 Mineiros	40.682 hab.
7 Perolândia	3.076 hab.
8 Portelândia	3.838 hab.
9 Santa Rita do Araguaia	5.023 hab.
10 Serranópolis	6.151 hab.

16) A Administração Regional Sul, que conta com vinte e dois municípios e uma população de 318.183 habitantes segundo o IBGE, 2000.

1 Água Limpa	2.255 hab.
2 Aloândia	2.157 hab.
3 Bom Jesus de Goiás	16.763 hab.
4 Buriti Alegre	8.713 hab.
5 Cachoeira Dourada	8.530 hab.
6 Caldas Novas	55.026 hab.
7 Corumbáiba	6.892 hab.
8 Crominia	3.715 hab.
9 Edealina	3.753 hab.
10 Édeia	10.481 hab.
11 Goiatuba	31.397 hab.
12 Inaciolândia	5.298 hab.
13 Itumbiara	82.872 hab.
14 Joviana	7.005 hab.
15 Mairipotaba	2.348 hab.
16 Marzagão	2.028 hab.
17 Morrinhos	37.915 hab.
18 Panamá	2.834 hab.
19 Pontalina	16.791 hab.
20 Porteirão	2.869 hab.
21 Rio Quente	2.362 hab.
22 Vicentinópolis	6.179 hab.

