

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

O Processo de Construção da Assistência
Farmacêutica Regionalizada no Estado de
Pernambuco

MÔNICA MARIA HENRIQUE DOS SANTOS

PORTO ALEGRE, 2005

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

O Processo de Construção da Assistência Farmacêutica Regionalizada no Estado de Pernambuco

Dissertação apresentada por **Mônica Maria Henrique dos Santos**
para obtenção do GRAU DE MESTRE em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof^a Dr^a Maria Ceci Misoczky

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, em nível de Mestrado Profissionalizante – Gestão da Assistência Farmacêutica – da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 24.8.2005, pela Banca Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Paulo Eduardo Mayorga Borges

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Sérgio Luiz Bassanesi

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

S237p Santos, Mônica Maria Henrique dos.

O processo de construção da assistência farmacêutica regionalizada no Estado de Pernambuco / Mônica Maria Henrique dos Santos – Porto Alegre : UFRGS, 2005. - 205p.: il., gráf., tab.

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

1. Administração farmacêutica. 2. Assistência farmacêutica : regionalização : Pernambuco. 3. Política de medicamentos. 4. Serviços de saúde. I. Misoczky, Maria Ceci. II. Título.

CDU: 615.15

Bibliotecárias responsáveis:

Heloísa do Canto Canabarro, CRB 10/1036

Margarida Cordeiro F. Ferreira, CRB 10/480

Em memória do meu pai e à vida da minha mãe.

Em especial ao meu esposo e à meus filhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade da realização de mais esta etapa na minha vida.

A Eniedson, Thiago, Cecília e Diogo, pela compreensão e apoio na minha ausência em tantos momentos importantes para nossa família.

A Dr. Carlos Alberto Pereira Gomes (Beto), mentor deste mestrado, enquanto responsável pela Gerência Técnica da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde.

Ao Dr. Guilherme Robalinho, pelo apoio e estímulo na minha participação deste mestrado, enquanto Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco.

As Dras. Cláudia Zírpoli, Silvana, Graça Pinto e Simone Leal, pelo apoio que me deram para participar deste mestrado, enquanto gestoras da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

A todos os meus colegas e funcionários da Coordenação de Apoio da Assistência Farmacêutica da SES/PE, em especial à Edileusa, Élide, Carmem, Helenita, Vera, Marcilene, Eva, Jôse e Sr. Júlio, pelo apoio direto no desenvolvimento de minhas atividades durante meu afastamento para participar dos módulos presenciais deste mestrado em Porto Alegre, enquanto ocupava o cargo de gerente da referida coordenação.

A Dra. Graça Pinto, então Gerente de Municipalização da Secretaria Estadual de Saúde, por todo apoio no repasse das informações sobre a condução da Regionalização da Saúde no Estado de Pernambuco.

Aos gestores estaduais e municipais de saúde que participaram desta pesquisa, sem os quais não teria alcançado o objetivo deste estudo.

A colega Juliane Avena, coordenadora de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia, pelas informações e colaboração no enfoque da regionalização das ações de Assistência Farmacêutica.

A meus colegas de trabalho da FUNASA, em especial à Dra. Fátima Brito, Antônio Fernando e demais técnicos do DSEI – PE, como também Dr. Alexandre Padilha, Dra. Iraneide Silva e Dra. Roberta Nascimento, do DESAI/FUNASA/MS, que minimizaram todas as adversidades que se colocaram à minha frente para conclusão deste trabalho, com o apoio e compreensão que recebi de todos.

As bibliotecárias Paula Rejane e Patrícia Lins, pelos esclarecimentos na normalização e digitação deste trabalho.

A amiga Gisela, por todo apoio que me deu na revisão ortográfica deste estudo.

A Marcilene e Carlos, pela colaboração na digitação no desenvolvimento preliminar desta pesquisa.

A todos os meus colegas do mestrado com quem dividi um tempo da minha vida e que através de muitas discussões e participação em grupo, muito enriqueceram esta experiência vivida.

A Deja e Patrícia, secretárias da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da UFRGS, pelo apoio que nos deram durante a nossa participação nos módulos presenciais em Porto Alegre, como também em todas as atividades complementares aos módulos que tivemos que cumprir.

A Dóris, que nas minhas idas e vindas à Porto Alegre, quantas vezes me hospedou, carinhosamente, em sua casa.

Aos meus irmãos e meus sobrinhos, que estão sempre presentes junto à minha mãe, principalmente, em tantos momentos de minha ausência.

A meus colegas farmacêuticos do Hospital Barão de Lucena que, mesmo à distância, e frente a saudade da separação do grupo, sempre me deram apoio e força para seguir nos novos rumos que minha caminhada profissional tomou.

E... Finalmente, agradeço também àqueles que colocaram pedras no meu caminho. As pedras atrasaram um pouco a minha jornada, porém se sedimentaram e me mostraram novos rumos que me fizeram prosseguir com firmeza para alcançar o meu objetivo final.

Meu agradecimento sincero e particular à minha orientadora, Profa. Dra. Maria Ceci Misoczky, e ao Prof. Dr. Paulo Mayorga, Diretor da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo tempo dedicado, profissionalismo e, principalmente, à confiança em mim depositada.

É necessário que nossas experiências não sejam simplesmente um agregado, mas que sejam organizadas num todo sistemático. Tal como antes de construir-se uma casa, é preciso um conceito do todo, do qual as várias partes poderão mais tarde derivar, também é necessário, antes de estudar o mundo, ter-se um conceito do todo...

Emmanuel Kant

RESUMO

Este estudo surgiu da necessidade de aprofundar com um olhar mais crítico o processo da construção da Assistência Farmacêutica regionalizada para Pernambuco, na tentativa de despertar para uma reflexão do modelo assistencial ora desenvolvido no Estado. Nessa perspectiva, objetivou-se compreender, no primeiro momento, a trajetória da regionalização do Estado, até se alcançar a territorialização da saúde; identificando através da percepção dos gestores estaduais e municipais, se concordam que a Assistência Farmacêutica deva ser, efetivamente, regionalizada. Trata-se de um estudo exploratório de cunho qualitativo que foi desenvolvido através de pesquisa bibliográfica e de entrevistas semi-estruturadas, gravadas e digitalizadas, aplicadas aos gestores estaduais e municipais, constituindo o caráter exploratório da mesma. Os resultados da pesquisa bibliográfica foram sistematizados na composição do referencial teórico do trabalho e os dados coletados nas entrevistas foram ordenados em Unidades de Registro dos Discursos e classificados em Categorias específicas, contextualizadas nas falas dos gestores. Na visão dos gestores estaduais e municipais, que participaram do estudo, as ações da Assistência Farmacêutica devem ser regionalizadas, na busca de uma aproximação mais adequada da realidade local-regional com as políticas de saúde e sociais; e que estas ações devem ser organizadas e estruturadas nas Gerências Regionais de Saúde - GERES, com instalações físicas apropriadas, recursos humanos capacitados e estruturas organizacionais definidas, para que possam garantir uma assistência compatível com as necessidades dos municípios, consolidando os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.

Palavras-chave:

Administração farmacêutica; Política de Medicamentos; Provisão e distribuição; Regionalização; Serviços de Saúde; Serviços farmacêuticos.

ABSTRACT

Building a Regionalized Pharmaceutical Service in Pernambuco State, Northeast Brazil

This study arose from the need for more in-depth and critical investigation of the way the regional Pharmaceutical Service has been introduced in the State of Pernambuco, with a view to stimulating reflection on the model of service currently being developed in this State. To this end, the aim was, first, to understand the way in which regionalization has occurred in the State, up to the point where health-care has been fully decentralized and to establish whether, in the view of State and municipal managers, the Pharmaceutical Service should, in fact, be regionalized. This was an exploratory study of a qualitative nature that was carried out by way of a review of the literature and interviews with State and municipal managers, which were taped and subsequently transferred to digital format. The results of the bibliographical research were codified so as to form a theoretical reference and the data collected in the course of interviews were organized into discourse register units and classified into specific categories, without losing sight of the context in which the actual words of the Half-structuralized interviewees were spoken. In the opinion of the State and municipal managers who participated in this study, the Pharmaceutical Service's activities should indeed be regionalized to ensure that policy in the area of health and social work is better suited to local and regional conditions. Furthermore, they believe that such action should be organized and structured by Regional Health Management Teams, suitably equipped with physical infrastructure, trained staff and clearly defined organizational structures, if a level of care that meets the needs of the municipalities is to be ensured and the basic principles of the Brazilian Public Health System.

Keywords:

Pharmacy administration; Pharmaceutical policy; Supply & distribution; Regional health Planning; Health services; Pharmaceutical Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Ciclo da Assistência Farmacêutica	81
FIGURA 2	Fluxograma de Atendimento da CAAF/PE	81
FIGURA 3	Organograma informal da CAAF/PE, em 2003	85
FIGURA 4	Regiões Naturais	88
FIGURA 5	Regiões Fitogeográficas	89
FIGURA 6	Zonas Fisiográficas	91
FIGURA 7	Microrregiões Homogêneas	93
FIGURA 8	Regiões Administrativas	94
FIGURA 9	Microrregiões Homogêneas por Plano de Desenvolvimento	96
FIGURA 10	Participação por Percentual da Área de Pernambuco em Relação ao Nordeste e Brasil	97
FIGURA 11	Mesorregiões de Desenvolvimento	101
FIGURA 12	Microrregiões de Desenvolvimento	101
QUADRO 1	Microrregiões de Desenvolvimento	102
FIGURA 13	Concentração Demográfica de Pernambuco	105
FIGURA 14	Macrorregiões de Saúde e Áreas de Abrangência	113
FIGURA 15	Microrregiões de Saúde	114
GRÁFICO 1	Distribuição dos Gestores na Estrutura Organizacional do SUS/PE, que concordaram em participar da pesquisa	117
TABELA 1	Distribuição dos Gestores Entrevistados por Microrregiões de Desenvolvimento	118
TABELA 2	Distribuição dos Gestores Entrevistados nas Mesorregiões de Desenvolvimento	118
TABELA 3	Distribuição dos Gestores Entrevistados por GERES	119

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AF - Assistência Farmacêutica
AMUPE - Associação dos Municípios do Estado de Pernambuco
APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
CAAF - Coordenação de Apoio à Assistência Farmacêutica
CDM's - Centrais Distribuidoras de Medicamentos
CEME - Central de Medicamentos
CIB - Comissão Intergestora Bipartite
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CONDEPE - Instituto de Desenvolvimento de Pernambuco
COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DEDS - Diretoria Executiva de Desenvolvimento em Saúde
DIRES - Diretoria Regional de Saúde
DNPAF - Departamento de Normatização e Padronização de Assistência Farmacêutica
ENSP - Escola Nacional de Pública
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FGV - Fundação Getúlio Vargas
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
Fundação SESP - Fundação de Serviços de Saúde Pública
GERES - Gerências Regionais de Saúde
GPABS - Gestão Plena de Atenção Básica de Saúde
GPSM - Gestão Plena de Sistema de Saúde Municipal
GTPM - Grupo de Trabalho de Planejamento Microrregional
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LAFEPE - Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde
NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB - Normas Operacionais Básicas
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONGS - Organizações Não-Governamentais
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PAB - Piso da Atenção Básica
PDI - Plano Diretor de Investimentos
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PFB - Programa de Farmácia Básica
PIAFB - Programa de Incentivo de Assistência Farmacêutica Básica
PIB - Produto Interno Bruto
PNM - Política Nacional de Medicamentos
PPA - Plano Plurianual
PPI - Programação Pactuada Integrada
PSF - Programa Saúde da Família
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RESME - Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
RMB - Relação de Medicamentos Básicos
RMR - Região Metropolitana do Recife
SAM - Secretaria de Assistência Médica
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SILOS – Sistemas Locais de Saúde
SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UAF - Unidades de Assistência Farmacêutica
UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	ASPECTOS TEÓRICOS NA ABORDAGEM DA TEORIA DA REGIÃO	7
2.1	CONCEITOS E ABORDAGENS SOBRE REGIÃO NA GEOGRAFIA	7
2.2	ESPAÇO, REGIÕES E ECONOMIA REGIONAL	19
2.3	TERRITORIALIDADE, REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E AS FORMAS DE GESTÃO	27
3	REPRESENTAÇÕES E PERCEPÇÕES DOS SUJEITOS SOCIAIS	35
4	OBJETIVOS	39
4.1	OBJETIVO GERAL	39
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	41
6	O CONTEXTO DO ESTUDO	47
6.1	ASPECTOS NORMATIVOS PARA A DESCENTRALIZAÇÃO E A REGIONALIZAÇÃO NO ÂMBITO DO SUS	47
6.2	A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	60
6.3	A TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM PERNAMBUCO	64
7	PERNAMBUCO E SUAS DIFERENTES FORMAS DE REGIONALIZAÇÃO	87
7.1	HISTÓRICO DA REGIONALIZAÇÃO EM PERNAMBUCO	87
7.2	O ESTADO DE PERNAMBUCO – PANORAMA ATUAL	97
7.3	REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM PERNAMBUCO	105
8	A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA VISÃO DOS GESTORES DA SAÚDE EM PERNAMBUCO	117
8.1	RESULTADOS E DISCURSÕES	117
9	CONCLUSÃO	143

10	RECOMENDAÇÕES	147
11	REFERÊNCIAS	149
12	APÊNDICES E ANEXOS	159
	APÊNDICE A – Unidade de Registro dos Discursos	161
	APÊNDICE B – Conteúdo dos Discursos por Representação Social (Categorias)	177
	ANEXO A – Mapas e Tabelas da Regionalização da Saúde em Pernambuco	187
	ANEXO B – Organogramas das Estruturas Organizacionais da Assistência Farmacêutica na SES/PE, de 1995 a 2004	201

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde-SUS, instituído na Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, vem atravessando transformações profundas ao longo destes quinze anos para garantir à população o acesso igualitário, universal e integral à assistência à saúde. No “aspecto” organizacional/operativo, a regionalização da rede e a descentralização de serviços de saúde vêm assumindo dimensões complexas para sua efetiva implementação junto as três esferas de governo, frente às diversidades culturais, políticas e econômicas que caracterizam os municípios e as regiões do Brasil.

A regulamentação do SUS, no âmbito político organizacional e operativo, foi impulsionada a partir de um conjunto de decisões norteadas pelas edições das Normas Operacionais Básicas (NOB) em janeiro de 1991, de 1993 e de 1996, que estabeleceram mecanismos e critérios para a descentralização do SUS. A prioridade foi a descentralização da gestão do sistema e, à medida que esta foi amadurecendo, se evidenciou um conjunto de dificuldades para a sua consolidação. Também foram elaboradas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), Art. 1º, Portaria MS/GM nº 95 de 26/01/01, as quais definem processos de regionalização da atenção, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão e atualizam os critérios de habilitação dos estados e municípios.

De acordo com Barata et al. (2003), o desenvolvimento e a organização do sistema não ocorreram de forma mecânica ao longo do tempo, refletindo continuamente os conflitos e incertezas das políticas públicas no País e as dificuldades de sua implementação.

O desenho do sistema deve resultar não só dos instrumentos normativos existentes, mas também da experiência e da reflexão dos atores que participam de sua construção, enriquecendo e modificando as complexas relações estabelecidas e antecipando novas questões organizacionais. Esse processo é essencial para que se encontrem soluções factíveis que possam melhorar efetivamente a atenção à saúde da população, tendo como parâmetros os princípios do sistema.

Até 1993, apesar dos avanços organizacionais e políticos ocorridos na área de saúde do País, os municípios tinham um papel restrito, limitado à gerência de serviços de saúde de atenção primária. O desenvolvimento da gestão municipal de saúde iniciou apenas a partir de 1993, quando o Ministério da Saúde editou a NOB/93 e criou formas alternativas de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Apenas na última os municípios assumiam responsabilidades

e tinham controle da gestão do sistema. Essa norma também estabeleceu as Comissões Intergestoras (Tripartite e Bipartite) e previu as transferências de recursos fundo a fundo, conforme o tipo de gestão (BRASIL, 1993a).

A implementação da NOB/96, que criou as categorias de Gestão Plena de Sistema de Saúde Municipal (GPSM) e a Gestão Plena de Atenção Básica de Saúde (GPABS), permitiu inegáveis avanços no processo de descentralização. É o caso do financiamento do sistema, com a introdução do repasse “per capita”, decorrente da implementação do Piso da Atenção Básica (PAB), para as ações de atenção básica desenvolvidas pelos municípios. Essa mesma norma introduziu a adoção de incentivos específicos para áreas estratégicas, aumentando a transferência de recursos fundo a fundo (BRASIL, 1996).

Apesar do avanço representado para a gestão municipal, a NOB/93 praticamente não abordava o papel da gestão estadual, favorecendo a fragmentação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse fato foi reconhecido no texto da NOB/96, que apontava, ao lado das vantagens da responsabilização dos gestores municipais, o elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS (BARATA et. al., 2003, p. 9).

Mendes (apud BARATA et. al., 2003) descreve problemas ocorridos no processo de municipalização em diversas regiões do Brasil, em que os municípios expandem a atenção médica sem nenhuma articulação regional, com desperdício de recursos públicos gerados pela ineficiência na prestação da assistência, com serviços de saúde (hospitais) atendendo com baixa taxa de ocupação, aparelhos de apoio laboratorial (como ultra-som) trabalhando com ociosidade, dentre outros problemas.

Pode-se observar que a descentralização não tem, por si só, conseguido determinar transformações significativas no modelo assistencial existente nas regiões, repetindo, na escala municipal, erros já existentes anteriormente na assistência à saúde. No entanto, a descentralização aparece como estratégia básica de organização do SUS, sendo um instrumento de governabilidade que os gestores municipais têm o direito e o dever de exercer.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002e), o aprofundamento da descentralização gera necessidades de aperfeiçoamento e busca de novas estratégias que venham ampliar a capacidade de gestão dos estados e municípios. Por sua vez, a

consolidação da Atenção Básica, como fator estruturante dos Sistemas Municipais de Saúde, torna-se um desafio para o seu fortalecimento.

Neste contexto, a Assistência Farmacêutica reforça e dinamiza a organização dos sistemas estaduais e municipais de saúde, tornando-os mais eficientes, consolidando vínculos entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a integridade das ações (BRASIL, 2002e, p.7).

No entanto, de acordo com Bermudez (1992), durante muitos anos, a concepção de assistência farmacêutica no Brasil confundiu-se com a implementação de ações governamentais relacionadas à Central de Medicamentos (CEME), a qual foi criada pelo Governo Federal enquanto órgão da presidência da República e instituída pelo Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971.

A condução da CEME foi norteadada, principalmente, pelo Plano Diretor de Medicamentos¹, instituído pelo Decreto 72.552, de 30 de julho de 1973 e, em seguida, pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), criada pela Portaria MPAS 223, de 1975, baseada nos princípios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde.

O documento também realizava uma análise do sistema industrial farmacêutico e avaliações dos indicadores de saúde da população. Foi fundamental conhecer o receituário nacional e suas características de adequação aos problemas de saúde a que se referem. O Plano implantou seis programas: administração, produção, distribuição, pesquisa, divulgação e modernização (MAYORGA et. al., 2004, p. 198).

No entanto, de acordo com os autores anteriores, o programa da produção contrariava os interesses dos laboratórios privados de capital estrangeiro, uma vez que encorajava a empresa nacional e a diversificação da oferta oficial de medicamentos. Os laboratórios farmacêuticos transnacionais mobilizaram uma campanha contra o apoio à empresa nacional, onde a CEME foi acusada de ter um caráter estatizante.

¹ O Plano Diretor estabelecia que a problemática da produção e utilização de medicamentos não poderia ser corretamente analisada fora do âmbito das preocupações sociais ligadas ao setor saúde, demonstrando que existia uma preocupação, pelo menos no nível de discurso, em priorizar o sistema oficial da produção de medicamentos (BERMUDEZ, 1995, p. 84).

Como podemos constatar, historicamente, a assistência farmacêutica vinha sendo desenvolvida de forma centralizada pela CEME, e se resumia ao binômio aquisição e distribuição de medicamentos básicos e de programas estratégicos para os estados. Por ser um país com dimensão geográfica extensa, e considerando a descentralização das ações de saúde, o nível central (CEME) mantinha seu foco de ação apenas no nível estadual, deixando a cargo dos estados o estabelecimento de estratégias para a distribuição municipal de medicamentos, bem como outras questões relacionadas com a Assistência Farmacêutica municipal, como a prescrição e dispensação (MAYORGA et. al., 2004, p. 199).

A CEME se transformou em um grande distribuidor de medicamentos, com sérias distorções de sua missão inicial. Com a sua desativação, em julho de 1997 (Decreto nº 2.283, de 24/07/97), a necessidade de uma política para o setor se fez sentir, nos encaminhamentos da IX e X Conferência Nacional de Saúde, pela redefinição de seu papel enquanto instrumento estratégico e político.

Da mesma forma, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) 01/96 redefiniu os papéis de cada esfera do governo e, no que tange à assistência farmacêutica, explicita que cabe ao gestor federal a reorientação e implementação da mesma (BRASIL, 1996). Porém, ainda persiste a indefinição do termo Assistência Farmacêutica e uma preocupação com o binômio produção/controle de qualidade. Carecendo, assim, de uma visão mais ampla da mesma (MAYORGA et. al., 2004, p. 202).

Entretanto, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002e), a Assistência Farmacêutica como parte integrante de um sistema de saúde e componente fundamental para a efetiva implementação das ações de promoção e melhoria das condições de assistência à saúde da população, após ampla discussão, levou o Ministério da Saúde a aprovar, em outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM nº 3.916/98), instrumento que passou a orientar todas as ações no campo da política de medicamentos do País.

A Política Nacional de Medicamentos tem como propósito precípua garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Essa política fortalece os princípios e diretrizes constitucionais, legalmente estabelecidos, explicitando, além das diretrizes básicas, as prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores do SUS, na sua efetivação (BRASIL, 2002e, p. 7).

Outro marco referencial é a Portaria Ministerial nº 176, de 08 de março de 1999, que estabelece os requisitos para a qualificação dos estados e municípios ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, com valores aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), iniciando um processo de descentralização da gestão.

É importante ressaltar que, a partir desse processo de reorientação, a Assistência Farmacêutica passou a ter um papel mais abrangente, saindo dos limites físicos do almoxarifado para assumir a coordenação das ações que a compõem, contando com as áreas técnicas de atenção à saúde e participando das articulações entre estado e municípios, enfim, assumindo paulatinamente o seu papel técnico, administrativo e político no âmbito do SUS.

Pensar em construir um modelo de regionalização das ações da assistência farmacêutica neste cenário é, sem dúvida, um exercício de cidadania e um processo cultural, em um país que sempre entendeu estas ações apenas em um único enfoque – a distribuição de medicamentos, independente de seus resultados.

O presente trabalho objetiva buscar conhecimentos e informações com base na percepção dos gestores que participaram do estudo, na busca de uma proposta criativa, caracterizando e institucionalizando idéias e indicadores que viabilizem mudanças no cenário vigente frente às ações da Assistência Farmacêutica para o Estado de Pernambuco.

A escolha da temática foi influenciada pela minha prática profissional enquanto coordenadora estadual de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE). Partindo das experiências vivenciadas, passando por diferentes referenciais teóricos e de conhecimentos, me lancei ao desenvolvimento deste trabalho se reporta nas dificuldades para a construção e a organização das Ações da Assistência Farmacêutica em conformidade com as legislações pertinentes e com as dificuldades para o exercício do planejamento e execução dessas ações em serviços regionalizados.

2 ASPECTOS TEÓRICOS NA ABORDAGEM DA TEORIA DA REGIÃO

2.1 CONCEITOS E ABORDAGENS SOBRE REGIÃO NA GEOGRAFIA

Não se pode tratar do tema Regionalização da Saúde sem conhecer os conceitos e abordagens sobre Região e Espaço.

Segundo Corrêa (1991), “região e organização espacial” constituem dois conceitos fundamentais para a Geografia, representam materialidades sociais, expressões concretas da história, resultantes das relações entre os homens e entre estes e a natureza, fazendo parte das condições da reprodução social.

Para Ferreira (2000, p. 592), a palavra região é um substantivo feminino, significando extensão de terreno; território que se distingue dos outros por características próprias.

‘Regione’ nos tempos do Império Romano era a denominação utilizada para designar áreas que, ainda que dispusessem de uma administração local, estavam subordinadas às regras gerais e hegemônicas das magistraturas sediadas em Roma, à relação entre a centralização do poder em um local e a extensão dele sobre uma área de grande diversidade social, cultural e espacial (GOMES, 2001, p. 51).

A palavra região, diferente de outras palavras, é de uso freqüente, gerando dificuldade de se estabelecer como um conceito, podendo exprimir várias idéias na linguagem corrente, indicando ainda, segundo Lencioni (1999), recortes de espaço que os indivíduos ou grupos sociais elaboram e passam a ser reconhecidos, ou não, socialmente.

É interessante perceber que esses recortes se multiplicam à medida que a percepção do espaço de cada um se amplia, identificando-se os pontos homogêneos e os diferentes acerca do espaço total, e ainda:

[...] a percepção do outro está acompanhada da percepção do espaço do outro. A idéia de região se vê presente, portanto, na sua construção da realidade e faz parte de um senso comum; há um sentido dialético simultaneamente real e racional (LENCIONI, 1999, p. 17).

Segundo essa autora, à medida que a percepção do mundo se amplia e as diferenças emergem, são elaborados recortes sobre o mundo, e aí tem-se uma noção mais genérica de região, como parte de um todo [...] “esse todo poderia ser considerado o mundo conhecido

que, por ser um conhecimento socialmente produzido, varia de limites segundo as civilizações”. No entanto, quando se refere à idéia de mundo, deve-se conhecer qual o limite do mundo conhecido em cada momento determinado, este expresso como “horizonte geográfico”. “A noção de região como parte de um todo impõe que se compreenda o que, em cada momento, segundo cada cultura ou civilização, era entendido como mundo”. (LENCIONI, 1999, p. 23)

Quaisquer que sejam as diferenças, ressalta-se que nessas diferentes concepções há um substrato comum. A região é sempre concebida como parte de um todo onde, na busca de entender todos esses conceitos de “região”, reporta-se aos primeiros paradigmas da Geografia, como verá a seguir:

O Determinismo Ambiental

Nas últimas décadas do Séc. XIX, ocorreram dois processos que foram extremamente importantes para a história do homem e da Geografia; onde se pode observar o início de uma progressiva concentração de capitais gerando poderosas corporações monopolistas e uma nova expansão territorial configurando a denominada fase imperialista. Surge, então, o primeiro paradigma da Geografia, o Determinismo Ambiental, que teve no geógrafo alemão Frederik Ratzel² seu grande organizador e divulgador. Seus defensores afirmavam que as condições naturais, especialmente as climáticas e dentro delas as variações da temperatura ao longo das estações do ano, determinavam o comportamento do homem, interferindo na sua capacidade de progredir.

² Frederik Ratzel (1844-1904), doutor em Geografia, Anatomia e Zoologia, imbuído do objetivo de construir a identidade da Geografia, foi grandemente influenciado pela teoria evolucionista e também sofreu influência de Moritz Wagner, que difundiu o pensamento de Darwin na Alemanha. Incorporou a idéia de movimento das características centrais do mundo orgânico, sobretudo do homem, influenciou Ratzel pelo movimento dos homens na superfície terrestre e em sua afirmação de que a geografia deveria se voltar para o estudo da distribuição da população e das regiões do ecúmeno.

Cresceriam aqueles países ou povos que estivessem localizados nas áreas climáticas mais propícias (CORRÊA, 1991).

Fundamentavam-se nas teorias naturalistas de Lamarck sobre a hereditariedade dos caracteres adquiridos e nas de Charles Darwin³ sobre a sobrevivência e adaptação dos indivíduos mais bem dotados, em face ao meio natural. Teorias essas adotadas pelas ciências sociais que viam a possibilidade de explicar a sociedade através dos mecanismos que ocorrem na natureza, como defendia Herbert Spencers.⁴

O Determinismo Ambiental fora argumento para justificar o domínio de alguns países sobre outros territórios no fim do Século XIX, onde, na verdade, configuram uma ‘ideologia’, a das classes sociais, países ou povos vencedores que incorporavam as pretensas virtudes às potencialidades do meio natural onde viviam, justificando, assim, o sucesso, o poder, o desenvolvimento, a expansão e o domínio (CORRÊA, 1991, p. 10).

Ratzel (apud LENCIONI, 1999, p. 82) considerava o homem como uma espécie entre os seres vivos, chegando à conclusão de que os “agrupamentos humanos, quando se vêem face a um território limitado, buscam ampliar seu espaço de vida, mesmo em detrimento de seus vizinhos”.

Ainda em 1871, quando seu país vivia um momento de unificação, entendia que a garantia de um grupo social que vive em um determinado território depende do Estado, desenvolvendo, assim, a vertente política da Geografia. Em 1887, publicou sua obra *Politische Geographi* (Geografia Política).

3 Charles Darwin (1809-1882) teve grande influência no pensamento científico do século XIX. Sua obra “The Origin of Species By Means of Natural Selection, de 1859, modificou o curso da história e foi fundamental na construção da geografia moderna. Afirmava que o homem, como todos os outros seres vivos evoluiu de forma simples, e que nesta evolução havia uma seleção natural, baseada na capacidade de adaptação ao meio natural em constante mudança... as condições naturais condicionam as formas de vida, são determinantes e tem um valor absoluto”. (LENCIONI, 1999, p. 81)

4 Herbert Spencers (1820-1903), filósofo inglês e grande defensor das idéias naturalistas nas ciências sociais, da idéia de seleção natural, deduziu a idéia de evolução da humanidade, na qual o liberalismo - com sua idéia de livre comércio e competição - se coloca como aspecto social da seleção natural... qualquer interferência na dinâmica social, assentada no liberalismo, comprometeria o progresso humano (LENCIONI, 1999, p. 82).

[...] na qual afirmava que as regiões coesas e densamente povoadas tinham natural tendência para formar unidades fortes, unidas por afinidades culturais e históricas. Chegou a elaborar uma hierarquia dos Estados e a justificar o expansionismo político como a essência do progresso de um povo (LENCIONI, 1999, p. 82-83).

No desenvolvimento da história e nos caminhos que Ratzel conduzia seus pensamentos, em 1882 publicou o primeiro volume de sua obra *Anthropogeographie* (Antropogeografia), onde afirma:

Que as formas culturais são fortemente associadas às condições naturais, desenvolvendo o argumento segundo o qual a distribuição do homem na terra é, de certa maneira, controlada pelas suas necessidades e condições naturais; desconsiderando a observação do próprio Darwin de que nas espécies mais evoluídas, o desenvolvimento dos chamados instintos sociais seriam os mais pertinentes (RATZEL apud LENCIONI, 1999, p. 83).

Porém, em 1891, Ratzel (apud CORRÊA, 1991) começou a modificar seus pensamentos, perdendo força os argumentos do primeiro volume. Evidencia-se a influência da história, que emerge como sendo fundamental, igualmente, à teoria anterior, onde aparece outro condicionante na sua posição determinista: a história cultural.

No desenvolvimento das teorias de Ratzel (apud CORRÊA, 1991), que tomou como referência o aspecto teórico da sociedade, distinguiu dois tipos de povos: aqueles que para sobreviver se adaptam ao meio, em função de seu desenvolvimento, e aqueles que, por terem um estágio maior de desenvolvimento técnico, podem neutralizar o meio natural na sua organização social e política. No entanto, daí surge uma contradição: se os impasses sociais eram determinados pela natureza, como poderia o homem resolvê-los se ele mesmo era condicionado por ela?

Ainda no decorrer das teorias do “determinismo ambiental”, Ratzel, engajado no projeto de expansão alemã, definiu o conceito de “espaço vital” como um:

território que representaria o equilíbrio entre a população ali residente e os recursos disponíveis para as suas necessidades, [conceituando e relacionando], desse modo, as possibilidades de progresso e de demandas territoriais[...] contidas na organização espacial, delimitando, no campo do capitalismo, parte da superfície da terra organizada pelo capital e pelo Estado capitalista, extensão que se tornam necessária à reprodução do mesmo (CORRÊA, 1991, p. 11).

Isto se torna mais claro com a ajuda de Santos (2002, p. 30), quando diz que:

[...] a ideologia engendrada pelo capitalismo, quando da sua implantação, tinha que ser adequada às suas necessidades de expansão nos países centrais e na periferia. Esse era um momento crucial em que urgia remediar, ao mesmo tempo, o excesso de produção e o excesso de capitais, bem como sopitar as crises sociais e econômicas que sacudiram os países interessados. Era necessário, portanto, criar condições para a expansão do comércio. Era então imperativo adaptar as estruturas espacial e econômicas dos países pobres às novas tarefas que deviam assegurar sem descontinuidade.

Ao ser observado, hoje, o processo de regionalização da saúde, será que um pedaço dessa história está se repetindo? Onde uns territórios mais organizados têm que se sobrepor a outros, independentemente dos fatores que levaram a isso?

A análise crítica do Determinismo Ambiental e de suas implicações para a história da Geografia permite ver que as noções de determinismo, de região, de gênero de vida, de áreas culturais, seguem todas na mesma direção: a crença em uma influência implícita do meio físico sobre os modelos de distribuição das aglomerações e sobre as funções econômicas da sociedade (SANTOS, 2002, p. 33-34).

“A idéia de região deve estar no centro de um debate renovado”. (WHITTLESC apud SANTOS, 2002). Será que se pode, ainda hoje, supor que as construções humanas, tais quais se apresentam na face do planeta, resultam apenas de uma interação entre “um” grupo humano e “seu” meio geográfico com a determinação deste último?

Santos (2002, p. 35), cita “Max Sorre, que já havia respondido a essa pergunta, quando falava em ‘Paisagens derivadas’: estas paisagens dos países subdesenvolvidos, na verdade, são derivadas das necessidades da economia dos países industrializados, onde, finalmente, se encontra a decisão”. Essas relações, realizadas por intermediários, em que qualidade e natureza variam em cada caso, são igualmente uma das fontes ou um dos elementos de reforço de estruturas sociais desiguais, gerando múltiplas conseqüências geográficas e sociais, ainda que em um mesmo espaço considerado.

O Possibilismo

Frente a esse cenário de domínio dos países mais desenvolvidos, respaldados nas teorias do determinismo ambiental, surgem as primeiras reações opostas a elas, como na França, no final do Século XIX, na Alemanha, no começo do Século XX, e nos Estados Unidos na década de XX. Foi Èmile Levasseur que, em 1889, contrapôs claramente o determinismo físico à liberdade do homem.

“A idéia do possível⁵, de cursos alternativos passíveis de transformação, e a da liberdade como possibilidade do homem, substanciam o pensamento possibilista”. (LENCIONI, 1999, p. 85)

“A visão possibilista focaliza as soluções entre o homem e o meio natural, mas não o faz considerando a natureza determinante do comportamento humano”. (CORRÊA, 1991, p. 11)

Pode-se entender que a idéia do possibilismo é quando o homem teria liberdade de escolher, na sua relação com a natureza, o meio físico que ofereceria possibilidades a ele, para o exercício das atividades humanas. As relações são complexas e inúmeras, havendo várias possibilidades, várias alternativas e várias escolhas.

O possibilismo francês opôs-se ao determinismo germânico face às diferenças entre os dois países, principalmente, porque a França fora unificada muitos anos antes da Alemanha e sua revolução burguesa tinha se dado de modo mais completo, extirpando os resquícios feudais ainda existentes na Alemanha; somando-se, ainda, que, na França, as lutas de classes eram mais preponderantes, como, por exemplo, na Comuna de Paris.

⁵ A idéia de possibilidade e de liberdade aparece na mais tenra idade da filosofia. Epícuro, filósofo grego (342 – 271 a.C.) coloca que o homem tem a possibilidade de se libertar de toda a alienação e de toda necessidade não natural, contrapondo-se, com essa afirmação, às concepções de destino e fatalidade. Foi essa idéia do possível, ao lado da crítica que Epícuro faz às representações e ao pensamento especulativo, que motivou Marx a estudar o pensamento desse filósofo grego, resultando na sua tese de doutorado: Diferença de Filosofia da Natureza, Segundo Demócrito e Epícuro.

A idéia do possível se incorporou à literatura e às artes. Se as condições de vida haviam se tornado inóspitas, se a cisão entre o campo e a cidade fazia os homens suspirarem pela natureza ausente, havia possibilidade de recuperá-la. A natureza poderia ser produzida e a possibilidade de domínio do homem sobre a natureza necessitava ser registrada.

Interessante é observar, ao longo dos textos, quanto à forma, como os autores citam essa possibilidade, já no final do século XIX, de o homem desenhar a natureza exemplificando com os jardins urbanos, onde se transpunham plantas de diversas origens e de diversos climas para outros países e as mesmas se adaptavam frente às novas condições geográficas, modificando, com certeza, a paisagem natural daquele determinado lugar. Por exemplo, no Brasil, temos o “Jardim Botânico”, no Rio de Janeiro, criado como um dos primeiros atos de D. João VI, em 1808, o qual recebeu plantas de todo o mundo, por onde os portugueses passavam, testemunhando as conquistas coloniais (LENCIONI, 1999).

O historicismo deriva da valorização das tradições – com a finalidade de apreender o singular como produto de circunstância única no tempo e no espaço.

Nesse cenário, aparecem novos atores, como “Vidal de la Blache – o mestre do possibilismo” – que declarou ser as relações entre o homem e a natureza muito complexas; “a natureza foi considerada como fornecedora de possibilidades, para que o homem a modificasse: o homem é o principal agente geográfico [...] um acervo de técnica, hábitos, usos e costumes que lhes permitiram utilizar os recursos disponíveis”. (CORRÊA, 1991, p. 13)

Na abordagem da paisagem geográfica, como uma criação humana onde a paisagem natural é transformada em cultural ou geográfica, [...] “a paisagem geográfica tem, ainda, uma extensão territorial e limites identificáveis. Nestes termos, a região é a expressão espacial da ocorrência de uma mesma paisagem geográfica. O objeto da geografia possibilista é, portanto, a região e a geografia confundida, então, com a geografia regional”. (CORRÊA, 1991, p. 14)

Santos (2002, p. 44) critica tanto o determinismo como o possibilismo quando ele afirma:

Determinismo é causalidade natural. Entre as causas que na natureza determinou os fenômenos, algumas são contingentes [...] algumas são geográficas. O problema reside em saber se existem necessidades

geográficas e se os fenômenos naturais podem agir como causas necessárias sobre a humanidade 'puramente receptiva'. Quando LA BLACHE escreve que não existem necessidades, mas, em toda parte, existem possibilidades, trata-se de uma verdade banal. O reino do possível não é o mesmo do aleatório, mas o da conjunção de determinações que, juntas, se realizam a um dado tempo e lugar.

O Método Regional

Consiste no terceiro Paradigma da Geografia, opondo-se ao Determinismo e ao Possibilismo. Nele, a diferenciação de áreas não é vista a partir das relações entre o homem e a natureza, mas sim a partir da integração de fenômenos heterogêneos em uma dada porção da superfície da terra. O Método Regional focaliza, assim, o estudo de áreas, erigindo não uma relação causal ou a paisagem regional, mas a sua diferenciação de per si como objeto da geografia (CORRÊA, 1991, p. 14).

Dez anos separam o nascimento dos pensadores alemães que impulsionaram o desenvolvimento da geografia moderna. Em 1769, nasceu Alexander Von Humboldt; em 1779, Carl Ritter. Viveram um período de importantes transformações do conhecimento geográfico e ambos faleceram em 1859. Com ambos, o estudo da superfície da Terra como um todo coerente e harmônico se realizou por meio de múltiplas relações envolvendo os aspectos humanos e a natureza. Tendo como referência básica a busca da unidade e da causalidade dos fenômenos, [...] Ritter compartilhava a idéia da Terra como um todo orgânico, em que todas as partes tinham conexão umas com as outras, e Humboldt procurou mostrar a conexão entre esses fenômenos, [...] e aí começa a surgir a noção de meio, uma das mais fundamentais no pensamento geográfico. Humboldt entendia o meio como produto de relações estabelecidas entre clima e vegetação, se restringindo ao meio físico (LENCIONI, 1999, p. 87-89).

Na perspectiva de que a Terra constituía um todo orgânico, a região seria uma parte deste organismo e desta visão do todo e de suas partes, Ritter se inspirou na proposta de uma Geografia Geral Comparada, afirmando que o procedimento de comparação das partes desse todo pode ajudar na composição do todo. Com o objetivo de elaborar comparações das relações causais, Ritter procedeu aos estudos regionais para identificar as individualidades na totalidade. Dizia que cada continente continha numerosas totalidades, as quais constituíam uma totalidade única. No desenvolver dos textos, observa-se que os estudos das regiões,

realizados por Ritter, baseavam-se na comparação das relações causais e na afirmação de importância dos métodos empíricos. Sua visão contribuiu para o desenvolvimento das divisões regionais fundamentadas em critérios naturais, em vez de divisões regionais, baseadas nos limites administrativos e políticos; é com Ritter que os fundamentos dos estudos regionais, ou de uma Geografia Regional, se estabelecem, [...] propondo como procedimento de estudo geográfico a análise do relevo, do clima, da população e das atividades humanas, para se chegar a uma síntese geral (LENCIONI, 1999, p. 92-94).

Como se pode observar, o Método Regional tem merecido a atenção dos geógrafos desde, pelo menos, o século XVII. Porém, a Geografia do século passado e, do início do século XX, vivenciava uma disputa entre as correntes determinista e possibilista, não se valorizando o método regional. Só a partir dos anos 40, após a revolução industrial e, sobretudo, nos Estados Unidos, é que a Geografia Regional começa a ser valorizada, e foi com o geógrafo norte-americano Hartshorne que o novo paradigma toma outra dimensão (CORRÊA, 1991, p. 14-15).

Muitos trabalhos da Geografia passam a discutir o comportamento do homem ante a natureza, a percepção da natureza e da paisagem urbana, assim como dos espaços do medo e do ódio, incorporando à análise geográfica a dimensão psicológica. Essa vertente da geografia passou a ser referida como geografia da percepção e do comportamento, desdobrando-se na Geografia Humanista, voltada mais à arte da literatura, dos significados e dos símbolos. Assim, a Geografia colocava em cena elementos negados pelo positivismo, criticando, arduamente, a depreciação do vivido em função do concebido (LENCIONI, 1999, p. 151).

A partir dessa perspectiva, os estudos regionais passam a conceber o homem com ou sem valores culturais e sociais; onde o lugar transcende sua realidade objetiva e é interpretado como um conjunto de significados – a região passa a ser considerada como um produto da história e da cultura (LENCIONI, 1999, p. 154).

A Nova Geografia

Muitas transformações ocorreram no mundo após a Segunda Guerra Mundial. Trata-se de uma nova fase de expansão capitalista, voltada principalmente para a recuperação da Europa e da “Guerra Fria”, envolvendo maior concentração de capital e progresso técnico-científico. Frente aos paradigmas da Geografia, não se trata mais de uma expansão territorial, como ocorreu no século XIX, mas de uma nova Geografia que se dá de outra maneira, que se queria caracterizar por ser, não apenas diferente, mas também em oposição e até mesmo em contradição com a Geografia tradicional, trazendo enormes conseqüências, afetando tanto a organização social como as formas espaciais criadas pelo homem.

Uma nova divisão social e territorial do trabalho é posta em ação, envolvendo a introdução e difusão de novas culturas, industrialização, urbanização e outras relações espaciais [...] as regiões elaboradas anteriormente à guerra são desfeitas, ao mesmo tempo que a ação humana, sob a égide do grande capital, destrói e constrói novas formas espaciais, reproduzindo outras: rodovias, ferrovias, represas, shopping-centers, etc. Trata-se de uma mudança tanto no conteúdo como nos limites regionais, no arranjo espacial criado pelo homem. ... Essas transformações inviabilizavam os paradigmas tradicionais – o determinismo ambiental, o possibilismo e o método regional, suscitando um novo, calcado na abordagem locacional: o espaço alterado resulta de um agregado de decisões locacionais (CORRÊA, 1991, p. 17).

No que se refere às ciências humanas, de acordo com Santos (2002), a Nova Geografia trata-se muito mais de uma revolução que mesmo de uma evolução. Contribuíram três razões essenciais: o progresso dos suportes dos trabalhos científicos, a mudança nas necessidades dos utilizadores dos sistemas e a modificação no objeto das atividades científicas, ou seja, os instrumentos de trabalho postos nas mãos dos pesquisadores, métodos de aproximação conheceram um desenvolvimento notável, desde que um grande número de elementos novos tornaram-se disponíveis ao estudo de Geografia.

De acordo com Santos (2002), a Nova Geografia, também, denominada “Geografia Quantitativa”, teve vários seguidores em vários países que, ao lado daqueles, ainda, com métodos tradicionais, buscavam alinhar-se a “novos paradigmas”, apoiando-se em métodos novos, e acabaram utilizando uma linguagem diferente que buscava comunicar-se de forma acessível a toda gente – reproduzia a tendência da economia e da política, que se mundializavam a uma escala que antes não era sequer possível imaginar.

De acordo com Corrêa (1991, p. 18-19) a Nova Geografia nasce, simultaneamente, em meados da década de 50, na Suécia, na Inglaterra e nos Estados Unidos, e tinha um papel ideológico a ser cumprido: justificar a expansão capitalista, escamotear as transformações que afetam os gêneros de vida e paisagens solidamente estabelecidas, acenando com a perspectiva do desenvolvimento a curto e a médio prazo. É nos Estados Unidos que se adota uma postura pragmática associada à difusão do sistema de planejamento do Estado capitalista e ao positivismo lógico, como método de apreensão do real, que contrário ao paradigma possibilista e ao método regional, procurando leis ou regularidades empíricas sob a forma de padrões espaciais, se utiliza de técnicas estatísticas: médias, desvio-padrão, análise fatorial, Cadeia de Markov, etc., manifestando-se, sobretudo, através da quantificação, das noções de percepção e de comportamento, e das múltiplas formas de valorização do empírico. A Nova Geografia considera a região um caso particular de classificação, tal como se procede nas ciências naturais, onde, o conceito de organização espacial tem todas as condições para emergir, pois o rápido processo de mudança locacional que se verifica no pós-guerra, afetando o arranjo sobre a superfície da Terra, das formas criadas pelo homem, envolvem vultosos recursos, e daí suscita a questão de eficiência máxima de cada localização rearranjada.

A procura de uma engrenagem matemática em Geografia era o resultado de uma busca de cientificismo que a Geografia já vinha tentando, sob outras roupagens e em outros momentos. Os métodos matemáticos são considerados como os mais precisos, os mais gerais e os mais dotados de um valor de precisão. A noção de causa e efeito se impunha com a ajuda dos modelos lineares elaborados tanto para avançar como para recuar. A possibilidade de separar as variáveis é a base de um trabalho quantitativo. A precisão assim obtida não seria intuitiva ou sentimental, mas sistemática. A utilização de números responde a uma preocupação permanente de medir para chegar à apreensão e à definição de multivariáveis que se aplicavam ao estudo do espaço. Suas raízes residem na cartografia, tratava-se de uma forma diferente de quantificar, para ditar uma descrição mais exata (SANTOS, 2002, p. 65).

Surgem importantes questionamentos entre os geógrafos que defendem e os que se opõem ao novo rumo da Geografia. Seria a Geografia quantitativa um paradigma ou um método? Sem dúvida, muitas indagações surgiram, entre elas, se a Nova Geografia (ou quantitativa) seria apenas uma metodologia ou um processo empregado para a realização do paradigma, com o apoio de várias abordagens teóricas. “A contribuição do método quantitativo ou, simplesmente estatístico, seria pouco útil e mesmo nocivo, sem o

conhecimento sistemático das necessidades”. (SANTOS, 2002, p. 71)

O maior pecado da ‘Geografia Quantitativa’, é que ela desconhece totalmente a existência do tempo e suas qualidades essenciais. A aplicação da Matemática à Geografia permite trabalhar com estágios sucessivos da evolução espacial, mas é incapaz de dizer alguma coisa sobre o que se encontra entre um estágio e outro. Trabalha-se com resultados, mas os processos são omitidos, o que equivale a dizer que os resultados podem ser objetos não propriamente de interpretação, mas de mistificação. Pode-se conhecer uma coisa desconhecendo seu gênero? O espaço que a Geografia Quantitativa pretende reproduzir não é o espaço das sociedades em movimento e sim a fotografia de alguns de seus movimentos. Ora, as fotografias permitem apenas uma descrição, e a simples descrição não pode jamais ser confundida com a explicação (SANTOS, 2002, p. 73-75).

A Geografia Crítica

Para Corrêa (1991), com o objetivo de contestar o pensamento dominante dos paradigmas tradicionais da Geografia, e também com a intenção de participar do processo de transformação das sociedades, surge, no final do século XIX, o mais novo paradigma: a Geografia Crítica que, gerada por novas circunstâncias, passa a caracterizar o capitalismo. Porém, fora submersa pelas correntes dominantes da época e só, a partir da década de 60, do séc. XX, frente ao agravamento das tensões sociais, é que, simultaneamente, ressurgem em vários países do Terceiro Mundo. Ocorrem movimentos nacionalistas e de libertação e, nesse cenário, uma Geografia Crítica começa a se esboçar, congregando geógrafos de mentes abertas que também se dedicavam à nova Geografia, como Willians Bunge e David Harvey, ou que tinham uma posição política de esquerda na Geografia herdeira das tradições milenares, como Yves Lacoste.

Segundo Corrêa (1991), no Brasil, a Geografia Crítica nasce no final da década de 70. O marco foi o 3º Encontro Nacional de Geografia em julho/78, em Fortaleza.

A Geografia Crítica, ainda em curso, diz respeito à reinterpretação, com base na teoria marxista, dos aspectos que tinham sido observados pela Nova Geografia. Reexaminou a jornada de trabalho, da terra urbana, da habitação, dos transportes regionais e da localização industrial; aborda o Estado e os demais agentes de organização espacial, os proprietários fundiários, as indústrias, etc.

A questão das relações entre o homem e a natureza é também repensada à luz do marxismo; o tema da região é retomado com uma visão dialética, a organização espacial vai além da descrição dos padrões espaciais e inclui processos históricos que modelam os grupos sociais.

Nesse cenário de organização espacial, surgem geógrafos brasileiros que muito contribuíram para o tema, como Antonio Carlos Robert Morais e Wanderley Messias da Costa que, em 1984, consideraram a teoria marxista uma análise espacial constituindo parte integrante de uma dada sociedade, e ainda Milton Santos em 1978, que levantou a polêmica questão da organização espacial como instância de organização da sociedade (CORRÊA, 1991, p. 21).

2.2 ESPAÇO, REGIÕES E ECONOMIA REGIONAL

Relações Estado-território

Rückert e Misoczky (2002, p. 67) descreveram que a tradicional geografia dos lugares desenvolveu a percepção do espaço como algo a ser descrito, classificado e interrelacionado em sistemas de objetos. Esta concepção – a do espaço banal⁶ – gerou a localização cartográfica dos eventos e o sentido da espacialidade dos fenômenos. Com o aporte da tecnologia informacional, essa concepção passa a se expressar nas técnicas do geoprocessamento. Estas, de caráter meramente descritivo, não passam de uma aparente inovação no conhecimento dos territórios, já que não fornecem os fundamentos explicativos da territorialidade.

Ainda de acordo com os autores anteriores, as clássicas divisões em regiões administrativas – as regiões homogêneas do IBGE – as regiões geoeconômicas e regiões de secretarias de governo, também refletem esta concepção do espaço como banal, segundo a qual o espaço se constitui em sistemas de objetos geometrizáveis em modelos. Essas concepções, presentes de modo marcante no referencial da saúde coletiva, representam uma simplificação da noção de território.

6 “O espaço geográfico é um espaço localizável, concreto, ‘banal’ segundo a expressão do economista François Perroux. Se cada um dos pontos do espaço é suscetível de ser localizado; o que importa é sua situação relativamente a um conjunto no qual se inscreve e as relações por ele mantidas com os diversos meios de que faz parte. Tal como o espaço dos matemáticos ou como o dos economistas, o espaço geográfico se faz e evolui”. (DOLLFUS apud RÜCKERT e MISOCZKY, 2002, p. 67)

É ignorado que há uma espacialidade contida na existência humana que está muito além do espaço banal e do gerenciamento das quadrículas do poder das organizações governamentais.

Para (re) encontrar o lugar do território pode-se começar por reter que todos, indistintamente, habitam, produzem e consomem, de formas múltiplas e diversas, em algum lugar. Pode-se dizer que o que não está em lugar algum não existe. A espacialidade contida na existência humana reporta a concepção de que são possíveis diversos recortes territoriais, que corresponderão aos projetos gerados por atores múltiplos e não unicamente pelas organizações governamentais. Além disto, na atualidade, os territórios, de forma muito distinta das épocas em que se formularam as formas de perceber o espaço geográfico (a era da revolução industrial e do pós-guerra) precisam ser compreendidos à partir dos desafios colocados pela reforma do Estado e pela inserção (subordinada) na globalização. É preciso analisar os fenômenos para esclarecer o significado, o alcance e os limites das mudanças processadas pela globalização, enquanto fenômeno macroeconômico (a abertura para fora) e da descentralização enquanto fenômeno macro-político (a abertura para dentro) (RÜCKERT e MISOCZKY, 2002, p. 68).

Diante deste novo contexto estratégico, necessita-se de novas abordagens explicativas, que implicam no desenvolvimento de um conjunto de conceitos, ainda que delimitados e circunscritos a realidades empíricas determinadas que, segundo Rückert e Misoczky (2002), podemos observar:

Relações Estado-território

Raffestin (apud RÜCKERT e MISOCZKY, 2002, p. 68) comenta as concepções de Léfèbvre (1976) sobre a produção do espaço, onde afirma que o território não é um objeto no sentido do espaço, mas um processo em perpétua evolução e transformação segundo escalas temporais particulares. Os atores sociais “produzem o território, partindo da realidade inicial dada, que é o espaço. Há portanto um ‘processo’ do território quando se manifestam todas as espécies de relações de poder, que se traduzem por malhas, redes e centralidades. A apropriação de um espaço, a territorialização como resultado da ação conduzida por atores coletivos, resulta no fato de que o Estado, a empresa ou outras organizações organizam o território através de novos recortes e ligações”. (RAFFESTIN apud RÜCKERT e MISOCZKY, 2002, p. 68-69). Emerge, assim, na redefinição do território para uma concepção mais abrangente, onde se distingue o Poder do Estado e os diversos poderes presentes na sociedade (COX apud RÜCKERT e MISOCZKY, 2002, p. 69).

De acordo com os autores anteriores, observa-se que a concepção clássica da estrutura territorial do Estado deve ser redefinida. No entanto, Rückert e Misoczky (2002) apontam que, à luz dos processos concretos em países periféricos como o Brasil, se faz necessário adotar intermediações, tendo em vista suas disparidades regionais em que ora o Estado se encontra presente, ora convive com novos atores que passam a gerir núcleos estratégicos.

A hierarquia dos lugares

Rückert e Misoczky (2002, p. 69) comentam que os primeiros teóricos da economia espacial, os da Escola de Iena (dentre os quais se destaca Christaller) partiram, na década de 30, da busca de explicações para a hierarquia (de tamanho, leque de serviços oferecidos, de riqueza) que se estabelece entre aglomerações urbanas que, no quadro da teoria microeconômica dominante, parte do comportamento de maximização do lucro e minimização dos custos. A resposta não poderia deixar de indicar a busca de um limiar ótimo de escala de produção ao qual corresponderia na procura repartida pelo espaço homogêneo. As produções urbanas tenderiam, assim, a organizar-se em redes de lugares centrais, cujas áreas de influência cobririam o espaço, resultando em redes hexagonais. Constituir-se-ia, assim, “graças a uma mão otimizadora invisível”, a hierarquia urbana (BENKO e LIPIETZ apud RÜCKERT e MISOCZKY, 2002, p. 69).

Para Benko e Lipietz (apud MISOCZKY, 2003, p. 346) “o tamanho do leque de atividades de um lugar central depende de seu lugar na rede urbana hierarquizada. Se existem cidades pequenas e pobres em atividades importantes, é porque o lugar para implantação dessas atividades é ocupado por uma cidade maior, em nível hierárquico superior. [...] o êxito de certas aglomerações (os centros) é o anverso de uma malha cujo reverso necessário é a mediocridade da periferia”. A produção do território resultante é de um desenvolvimento espacial desigual “visto sob a máscara de uma complementariedade funcional hierárquica”, que contribui “para a manutenção do *status quo* de uma sociedade desequilibrada e desigual”. (GOMES apud MISOCZKY, 2003, p. 346)

Como observam Rückert e Misoczky (2002), este esquema apresenta pelo menos duas debilidades: uma se refere a confundir descrição com capacidade explicativa. Foi

primeiro a Igreja e depois os Estados autoritários que distribuíram escolas, hospitais, estruturas administrativas, consolidando intencionalmente a hierarquia urbana. A outra é ignorar o conceito de “atmosfera”, de existência de comportamento não rígidos por transações comerciais isoladas. Por conseguinte, a teoria espacial mais estruturalista, inspiradora de gestões do território mais funcionalista, “assenta em um princípio de organização não mensurável e não mercantil, específico da própria aglomeração e que pode, quando muito, ser desencadeado e estimulado por decisões administrativas superiores”. (BENKO e LIPIETZ apud RÜCKERT e MISOCZKY, 2002, p. 70)

Reestruturação territorial: uma abordagem inicial aos territórios em mutação

Em Lefèvre (apud RÜCKERT e MISOCZKY, 2002) a análise da sociedade e do espaço deve distinguir, mas não separar os momentos de um todo. O processo contemporâneo de reestruturação territorial corresponde às estratégias dos conjuntos de atores coletivos (Estado, empresas privadas, organizações civis), os quais procedem a repartição das superfícies através do desenho de novas tessituras, implantando nós estratégicos e construindo novas malhas territoriais (RAFFESTIN apud RÜCKERT e MISOCZKY, 2002).

De acordo com Santos (apud RÜCKERT e MISOCZKY, 2002) o movimento de desestruturação-reestruturação dá-se com a emergência de novos usos que se faz do território já que é o seu uso, e não o território em si mesmo, que faz dele o objeto de análise. Sob globalização, a interdependência universal dos lugares confere novos sentidos para o território, que provêm de sua reconceituação como um dado básico do lugar, da região e das nações no contexto da competitividade, resguardadas as especificidades dos territórios dependentes das economias centrais, onde o fator tecnológico, especialmente a informática, transporte e telecomunicações, os recursos de produção flexível, etc. Confluíram para o surgimento de um novo modelo sócio-econômico e de novos cenários multiescalares viabilizados pelo processo de globalização e mundialização.

Para Corrêa (apud RÜCKERT e MISOCZKY, 2002, p. 73), com a globalização diversas possibilidades de se recortar o espaço terrestre tornaram-se possíveis, colocando com mais evidência a importância da categoria da particularidade. De acordo com Rückert e

Misoczky (2002) o sentido da defesa da região corresponde, em uma retomada de conceito, a uma concepção segundo a qual esta é uma mediação entre o universal (processos gerais advindos da globalização) e o singular (a especificação máxima do universal).

Lencioni (apud RÜCKERT e MISOCZKY, 2002, p. 73) aponta que a noção de região é fundamental na análise espacial. Para Gomes (apud RÜCKERT e MISOCZKY, 2002) se a região é um conceito que funda uma reflexão política de base territorial, se ela coloca em jogo comunidades de interesse identificadas com uma certa área e, finalmente, se ela é sempre uma discussão entre os limites da autonomia face a um poder central, “parece que estes elementos devem fazer parte desta nova definição em lugar de assumirmos de imediato uma solidariedade total com o censo comum que, neste caso da região, pode obscurecer um dado essencial: o fundamento político de controle e gestão de um território”.

Diante de um novo contexto estratégico se necessitam novos conceitos explicativos. Para tanto, é preciso analisar os novos fenômenos para esclarecer o significado, o alcance e os limites das mudanças provocadas pela globalização. Isto implica desenvolver conjuntos de conceitos, ainda que delimitados e circunscritos a realidades empíricas determinadas, utilizando-se as devidas intermediações (RÜCKERT e MISOCZKY, 2002).

A Economia Regional

Para se compreender os propósitos e o lugar ocupado pela Economia Regional nos estudos econômicos no âmbito da teoria econômica geral e da Geografia, é necessária uma introdução conceitual que esclareça o conteúdo das categorias básicas de análise desse ramo da economia, tais como “espaço, economia espacial” e “economia regional”. Esses conceitos se consolidaram, particularmente, nos anos 50.

Para Haddad (1989), o descaso com os aspectos espaciais das teorias econômicas, com o planejamento regional e com as conseqüências regionais das políticas macrorregionais é ainda mais grave, devido ao fato de se colocarem em segundo plano as questões doutrinárias e ideológicas da teoria econômica espacial. A teoria econômica espacial adiciona às discussões de cunho eminentemente locais, que Raymond Barre chama de “estrutura de enquadramento” e François Perroux de “instituições”, regras do jogo político, hábitos e gostos dos consumidores, comportamento das elites intelectual e financeira, padrões de governo, atitudes da comunidade, costumes, religião, legislação, organização

comunitária e operária.

A economia espacial e a economia regional fornecem elementos substanciais para o entendimento dos processos de consolidação das atividades nas regiões. A concentração do capital industrial e a aglomeração das atividades econômicas em poucas localizações geográficas distribuídas irregularmente representam, de fato, os problemas centrais da economia espacial e da regional, de tal forma que os problemas de desenvolvimento sócio-econômico regional são também problemas de localização (HADDAD, 1989, p. 47).

Para alcançarmos o espaço, no contexto de Economia Espacial, o entendimento sobre as áreas geográficas, ou regiões geográficas, ou econômicas; muitos conceitos deve se compreendidos, pois vários autores tentaram se colocar, entre eles, pode-se considerar:

Segundo Hoover (apud HADDAD, 1989, p. 47), a economia espacial se refere à análise da questão “o que” está “onde” e “por quê”. Cumprir a análise espacial, estudar os tipos específicos de atividades econômicas, suas localizações em relação a outras atividades econômicas, ou seja, questionar os problemas relativos à proximidade, concentração e dispersão das atividades e as semelhanças ou diferenças dos padrões de distribuição geográfica dessas atividades. Para se realizar a análise espacial, é necessário convencionar unidades básicas de observação adequadas a um nível maior de agregação dos pontos do espaço geográfico-político-administrativo de um país. Essas unidades constituem, por exemplo, regiões ou áreas metropolitanas em nível microgeográfico, constituem zonas, áreas e locais específicos.

Na análise espacial são feitas duas distinções essenciais: a análise locacional e a análise regional. A análise regional, ou seja, quando a preocupação é com os agrupamentos ou aglomerações de atividades econômicas, sociais, políticas e administrativas inter-relacionadas e próximas, dentro de áreas geográficas que constituem subespaços contínuos do espaço nacional, utiliza recursos analíticos macroeconômicos e métodos e modelos agregativos (HADDAD, 1989, p. 47).

De acordo com Haddad (1989), as áreas geográficas ou subespaços nacionais, que constituem o objetivo de preocupação da análise regional, são as “regiões econômicas”. As regiões ou subespaços nacionais contínuos são considerados subsistemas inter-relacionados; assim, admite-se que as regiões não são isoladas umas das outras, influenciando-se reciprocamente. Nesse sentido, a análise econômica inter-regional pressupõe fluxos comerciais, financeiros, transferências de mão-de-obra, de capital e tecnológicas entre as regiões. A análise regional, por conseguinte, trata de relações estruturais complexas dentro das regiões e entre as regiões, tendo como unidade básica um conjunto contínuo e contíguo

de pontos do espaço geográfico que se denomina região. Se a análise regional investiga padrões locacionais ou a organização das estruturas espaciais, a análise locacional se refere à decisão de “onde localizar-se”, dos agentes econômicos (empresas, famílias e decisores governamentais das diversas esferas de governo), se relativa a uma unidade econômica pública ou privada em um espaço geográfico contínuo. Seu objetivo é pesquisar localizações alternativas em pontos quaisquer do espaço, visando à eficiência econômica (custos mínimos, ou lucros, ou vantagens máximas) da unidade em questão.

A Economia Regional, do ponto de vista da Economia e, segundo Dubey (apud HADDAD, 1989, p. 48).

[...] é o estudo de diferenciação e inter-relação de áreas em um universo, onde os recursos estão distribuídos desigualmente e são imperfeitamente móveis, com ênfase particular na aplicação ao planejamento dos investimentos em capital social básico, para mitigar os problemas sociais criados por essas circunstâncias.

Deve-se analisar o fenômeno espacial como um processo que visa à localização eficiente de recursos com fins alternativos, de forma convencional. Cabe ao analista regional opinar os fins alternativos a serem atingidos pela economia regional e que afetam a disponibilidade relativa dos recursos e o nível de bem-estar econômico e social da população da região. Uma tarefa de tamanha magnitude exige a cooperação interdisciplinar.

Delineamento de Região é algo como sua discussão sobre o significado de palavras. O delineamento não passa de um exercício acadêmico, a menos que uma função, ou propósito específico, seja determinado. O espaço é um elemento contínuo e qualquer espaço parcial é uma simplificação seletiva, implicando um propósito ao incluir algumas coisas e excluir outras (STOHR apud HADDAD, 1989, p. 49).

Os autores, por outro lado, chamam a atenção para o fato de que a região pode ser tanto um conceito abstrato quanto uma realidade concreta. De fato, Claude Ponsard (apud HADDAD, 1989, p. 48) afirma que todo conceito de espaço (e, por via de consequência, todo conceito de região) é, necessariamente, o resultado de um processo de abstração, independentemente de esse processo ter seus procedimentos originados na Matemática, na Psicologia, na Biologia ou em qualquer outra disciplina.

De acordo com Perroux (apud HADDAD, 1989, p. 50), há uma diferença essencial entre os espaços econômicos e os espaços “geonômicos”, ou espaços geográficos banais. Os espaços “econômicos” são “espaços abstratos”, constituídos por conjunto de relações que se

referem aos diversos fenômenos econômicos, sociais, institucionais e políticos interdependentes, sem envolver, contudo, a localização em eixos cartesianos ortogonais de um ponto, de uma figura ou de um sólido qualquer, como na Geometria Analítica Euclidiana, por meio de duas ou três coordenadas. Os diversos espaços econômicos abstratos se superpõem, e os pontos nesses espaços de “dimensões” representam, em geral, certas combinações de fluxo de mercadorias e de serviços.

Perroux (apud HADDAD, 1989) classifica os espaços econômicos em três categorias:

- a) espaço econômico definido por um plano ou programa de ação;
- b) espaço econômico como um campo de forças (polarizado);
- c) espaço econômico como um agregado homogêneo.

O espaço homogêneo é constituído por elementos que apresentam características semelhantes. O espaço polarizado é constituído por focos onde se concentram as atividades econômicas, sociais, políticas e administrativas, inter-relacionados com outros pontos do espaço em uma relação de dominação – ou seja, os pontos dominantes de maior concentração de atividades impõem regras e extraem benefícios dos demais. Assim, o espaço polarizado é heterogêneo e as diversas partes que o compõem são complementares, mantêm força entre si e, especialmente, com o pólo dominante (ou foco de desenvolvimento), de uma maneira mais intensa do que com outros pontos. O espaço definido por um plano ou programa corresponde às áreas nas quais suas várias partes são dependentes de uma decisão central. Refere-se às unidades de espaço econômico que visam ao mesmo objetivo, que têm o mesmo plano e estão subordinadas à mesma coordenação. Nesses espaços abstratos, as regiões constituem pontos contínuos e contíguos. O espaço, por outro lado, se compõe de conjuntos de regiões. A classificação das regiões segue a mesma adotada para os espaços. Assim, os três tipos de região são: homogêneas, polarizadas e regiões-plano ou programa (HADDAD, 1989, p. 51).

Como foi observado, as diversas formas de classificação de regiões ou diversos tipos de regiões não passam de simples variações do critério de homogeneidade. A questão é, realmente, estabelecer que tipo de homogeneização se deseja obter. Em suma, quando se identifica e se delimita uma região, ressaltam-se suas características essenciais marcantes, que a diferenciam de outras regiões e a igualam a um outro conjunto de regiões. A delimitação das regiões e a identificação de suas características fundamentais, por meio dos

métodos de regionalização, é essencial para analisar suas potencialidades e as disparidades econômicas entre elas.

2.3 TERRITORIALIDADE, REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E AS FORMAS DE GESTÃO

Regionalização da saúde e formas de gestão

O tema “Organização da Atenção à Saúde”, se insere em vários contextos de diferentes propostas de organizações de saúde e da formação de redes de atenção, que vão desde a forma piramidal à forma de redes. De acordo com Righi (2002a) estas formas de gestão aparecem como um problema para reflexão sobre como estão construídas, à partir das diretrizes do SUS, e do entendimento de suas expressões nas organizações nos municípios, onde a relação entre política, modos e espaços de produção, adquirem formas de gestão que se confundem em seus conceitos, dos mais simples aos mais complexos.

Observamos, ainda, que:

O entendimento sobre as formas de gestão e os efeitos que produzem estas na atenção à saúde, são importantes para que se possa questionar e propor novos modelos a fim de que não se mantenha o espaço de reprodução dos modelos hegemônicos. É necessária a busca de modelos mutantes e flexíveis, capazes de comportar as diferentes complexidades dos vários locais que dão o rumo a direção do SUS, que tem na descentralização como uma de suas diretrizes – modelos de atenção e gestão propostos e construídos respeitando a política de saúde proposta no SUS e a complexidade local, pouco reconhecida tanto por governos responsáveis por sua implantação, quanto por pesquisadores da área (RIGHI, 2002a, p. 31-32).

Um dos aspectos centrais ao tema da organização da atenção à saúde tem relação direta, com a revisão feita até aqui sobre espaço, território e região, como se abordará a seguir.

De estruturas e hierarquias: reflexões teóricas

Importantes reflexões feitas por Misoczky (2003) identificam os referenciais teóricos que informam o processo hegemônico de formação da política no campo da atenção

à saúde, entendendo, sempre, que as teorias constroem a realidade e que, para mudá-la, segundo Bourdieu (apud MISOCZKY, 2003, p. 344), é preciso estar munido de teoria.

No centro do processo de formação da política de saúde se encontra uma abordagem estruturalista das relações sociais, vinculada ao paradigma estruturalista sistêmico. A teoria dos sistemas adota uma orientação determinista, pela qual o comportamento organizacional é visto como moldado por uma série de mecanismos impessoais que agem como limites externos sobre os atores (SLAPPENDEL apud MISOCZKY, 2003, p. 344).

Uma categoria central, tanto para o estruturalismo quanto para o funcionalismo sistêmico, é a da hierarquia, definida como o princípio da teoria da burocracia que trata da ordenação de autoridades com capacidade de regulação e inspeção, com relação às quais os entes inferiores possuem direito de queixa e apelação (WEBER, apud MISOCZKY, 2003, p. 344).

Misoczky (2003) considera a existência de centros claros de poder, estruturas hierárquicas rígidas, ações padronizadas baseadas em papéis e normas, operação setorializada a partir de programas normativos verticalizados e controle formal como alguns dos fatores centrais à formação burocrática tradicional. No caso das normatizações, se encontra, além desse apego à hierarquia como mecanismos de gestão das organizações públicas, das relações interorganizacionais e entre níveis de governo, a adesão à hierarquia na organização da atenção à saúde (concepção hegemônica há várias décadas) e a introdução, de modo sistemático, da hierarquia dos lugares.

A influência do estruturalismo e da teoria dos sistemas se encontra presente na lógica que orienta a criação do SUS, como se percebe pelo depoimento de Campos (apud MISOCZKY, 2003, p. 345): “quando pensávamos modelos concretos de atenção à saúde, sempre recorriamos a produção de organismos internacionais, particularmente a Organização Pan-Americana de Saúde - OPS”. Essa organização recomendava, na década de 1980, a organização dos serviços de saúde de modo hierarquizado e com referência à base geográfica em Sistemas Locais de Saúde – SILOS. Assim, o subsistema de prestação de serviços deve agrupar as organizações que o compõem segundo as esferas de atendimento, classificação por níveis de complexidade (MISOCZKY, 2003, p. 345).

Segundo Cecílio (1997, p. 474) a hierarquia dos serviços seria a principal estratégia para a racionalização no uso dos poucos recursos existentes no setor saúde, representando a utilização do recurso tecnológico certo, no espaço certo, de acordo com necessidades bem

estabelecidas dos usuários e garantia de acesso. A representação do sistema de saúde por uma pirâmide adquiriu tanta legitimidade entre todos os que têm lutado pela construção do SUS porque conseguiu representar, de forma densa e acabada, todo um ideário de justiça social. No entanto, na prática essa idealização sistêmica está longe de concretizar a justiça almejada, apontando ainda o autor, a necessidade de “pensar novos fluxos e circuitos” a partir “dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão”. Como metáfora alternativa à pirâmide o autor propõe o círculo, associado à idéia de múltiplas alternativas de entrada e saída: abrir possibilidades, em vez de hierarquizar.

Segundo Misoczky (2003, p. 346) a hierarquia dos níveis de atenção das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) incorpora a hierarquia dos lugares, a partir da concepção da região como sistema funcional. A noção de região tem sido bastante associada ao sentido de unidade administrativa, como um meio pelo qual se exerce a hierarquia e o controle na administração dos Estados – “o tecido regional é freqüentemente a malha administrativa fundamental que define competências e limites das autonomias dos poderes locais na gestão do território dos Estados modernos”.

A organização da atenção à saúde por níveis de complexidade localizados em regiões e microrregiões com municípios-sede e municípios-pólo representa a adoção da “hierarquia dos lugares”. Essa concepção despreza a capacidade de os atores sociais imprimirem novos usos do território, de reestruturá-lo de modo dinâmico (RÜCKERT; MISOCZKY apud MISOCZKY, 2003, p. 347), aliando forças endógenas e exógenas (BOISIER apud MISOCZKY, 2003, p. 347). [...] nega a possibilidade de reconstrução da malha territorial de acordo com as aspirações dos que nela vivem (RAFFESTIN apud MISOCZKY, 2003, p. 347).

Ainda segundo Misoczky (2003), no que se refere ao processo decisório, a normatização em vigência continua sem reconhecer a complexidade dos múltiplos atores e interesses que conformam, do ponto de vista legal, organizacional e setorial, a formação da política, insistindo em estabelecer uma lógica de relacionamento baseado na teoria da agência, em que o governo federal se coloca como principal e todos os demais atores como agentes. “Essa prática centralizadora impede a constituição de possibilidades de ação compatíveis com as necessidades desiguais, de diferentes locais e grupos populacionais. Ignora a interdependências entre os múltiplos atores presentes no campo. Ignoram o tipo de problema com o qual tratam as políticas públicas”. A NOAS insiste na concepção setorial,

chegando ao ponto de explicitar que o desenho da regionalização da atenção à saúde pode ignorar as regiões administrativas em que os outros setores estão organizados dentro dos estados.

Redes interorganizacionais como caminho para equidade: potencialidades e dificuldades

Embora o processo de implementação do SUS, segundo Junqueira (apud MISOCZKY, 2003, p. 348), tenha ficado restrito à perspectiva intra-setorial e à dimensão da assistência, “o SUS é um projeto de promoção da saúde, e é nessa dimensão que ele precisa ser resgatado, como parte de um projeto maior da sociedade solidária”. Para que isso ocorra, segundo Misoczky (2003), é preciso romper com os pressupostos antes mencionados. Uma alternativa à estruturação hierarquizada e centralmente normatizada tem sido bastante explorada na última década. Trata-se da utilização da metáfora de rede como referência para a organização de atividades interorganizacionais e interdisciplinares no campo das políticas públicas, vinculando a gestão da mesma ao território e à população que o produz. “A complexidade dos problemas sociais, a diversidade de atores e os interesses conflitivos existentes, a crescente mobilização da sociedade civil em busca da atenção diferenciada que respeite as diferenças sociais, a organização de um setor não-governamental que atua, cada vez mais, no campo das políticas sociais, e a ampliação da ação social das empresas são fatores que impulsionam e explicam o florescimento das redes de políticas sociais”. (FLEURY apud MISOCZKY, 2003, p. 348)

O termo rede, segundo Misoczky (2003), é utilizado para descrever processos de formação de políticas públicas que envolvam múltiplos nós (organizações) com múltiplas conexões.

Para Junqueira (2000) a noção de organização em rede considera que atores sociais criam vínculos de diversas naturezas, que podem ter sido construídos intencionalmente ou não, e que estão em constantes interação e transformação. São as “Redes Sociais” que, segundo Marques (apud JUNQUEIRA, 2000, p. 38), “representam o campo presente em determinado momento, estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações, construídos ao longo do tempo”.

Nas redes as formas de agir privilegiam os sujeitos, cujos objetivos, definidos coletivamente, articulam pessoas e organizações que se comprometem a superar, de maneira

integrada, os problemas sociais, respeitando, principalmente, as diferenças de cada membro. Daí a importância de cada organização pública estatal ou privada desenvolver seu saber para colocá-lo de maneira integrada a serviço do interesse coletivo. As redes constituem um meio de intervir na realidade social complexa através de práticas de cooperação entre as partes, uma construção coletiva que se define à medida que é realizada. “A rede não é um objetivo em si, mas parte de uma metodologia para a ação que permita manter, ampliar ou criar alternativas desejáveis para os membros da organização social”. (JUNQUEIRA, 2000, p. 40)

Enfim, observamos que as redes sociais se expressam como um conjunto de pessoas e organizações que se articulam para responder demandas e necessidades de população; organizações estas que, no âmbito do SUS, poderiam ser os serviços de saúde, respeitando o saber e a autonomia de cada município. Com isso, as redes constituem um meio de tornar mais eficaz a gestão das políticas sociais, otimizando a utilização dos recursos disponíveis. E, ainda, “[...] ao preservarem a identidade de cada membro e sua competência de gestão dos recursos, fazem com que essas organizações se integrem, tanto na concepção das ações intersetoriais quanto na execução, para garantir a população seus direitos sociais”. (JUNQUEIRA, 2000, p. 40)

È possível tratar a gestão em rede como uma forma mais compatível com processos de aprofundamento da democracia, com “o florescimento de uma sociedade multicêntrica, em que se organizam distintos núcleos de união que, por sua vez, tendem a alterar os nexos verticais entre o Estado e a sociedade, baseados na regulamentação e subordinação, com orientação para relações mais horizontais e que favorecem a diversidade e o diálogo” (FLEURY apud MISOCZKY, 2003, p. 349). A gestão em rede é também mais compatível com a formação de políticas públicas em um cenário federalista, caracterizado pela existência de múltiplos centros de decisão (MISOCZKY, 2003, p. 349).

No entanto, para Righi (2002b), o termo “rede” no campo da atenção à saúde tem sido usado para denominar serviços localizados em um determinado território e com características semelhantes, tais como: rede básica, rede de hospitais, rede de laboratórios, etc. No processo de construção do SUS constitui-se o que se chama de uma rede, composta por serviços públicos nos diversos níveis de complexidade de atenção, com complementariedade para o setor privado; formada por serviços estatais e privados, filantrópicos ou lucrativos. Sua forma é a pirâmide, onde os serviços de atenção primária estão localizados na base, os intermediários no centro e, no ápice, os serviços de alta

complexidade.

Segundo Righi (2002b), diferentes concepções de rede têm sido utilizadas para cada um destes níveis, ou seja, na rede básica há a preponderância de uma concepção de rede tutelada, sem autonomia, um espaço de execução de programas e ações; observando-se ainda uma determinada homogeneidade nas características desta rede em um determinado território, na formação de equipes, na proposta de área física e na padronização de processos de trabalho. Esta rede básica, que na década de 80 era estruturada sob a gestão das Secretarias Estaduais de Saúde, a partir da Constituição de 88 se estrutura sob gestão do município. No entanto, esta descentralização não implicou em aumento de autonomia destes municípios, o que comprovamos na realidade de hoje.

Nessa estrutura piramidal de serviços, muitas considerações se refletem como “limitações conceituais”, que vários autores citam. Segundo Tejada (apud RIGHI 2002b) uma limitação é considerar como rede só os “estabelecimentos”, quando o conceito deveria ampliar-se ao conjunto de recursos envolvidos, adequando o sistema administrativo e de pessoal; a concepção de rede se reduz aos recursos imóveis e fixos; não se pensa nos recursos como pertencentes à totalidade da rede ou o SILOS. Outro aspecto importante, apontado por Righi (2002b), é a centralidade do hospital (pois o mesmo está no ápice da pirâmide), conduzindo, é claro, à periferia dos outros serviços (rede básica).

Para Fleury (apud MISOCZKY, 2003, p. 349) um dos grandes desafios para a organização em rede reside em estabelecer modalidades de gerências que permitam alcançar os objetivos previstos e conservar a existência da articulação reticular, para os quais as práticas da administração pública não são adequadas.

McGuire (apud MISOCZKY, 2003, p. 349) identifica alguns comportamentos como característicos da gerência de redes: ativar – identificar e incorporar pessoas e recursos necessários para atingir os objetivos compartilhados; emoldurar – arranjar e integrar estruturas, regras operacionais e valores que facilitem acordos no que se refere ao papel dos participantes; mobilizar – propiciar o desenvolvimento de compromissos e de suporte para os processos participativos dos membros da rede e da população; sintetizar - criar e garantir um ambiente que propicie condições para uma interação produtiva entre os membros. Klickert, Klijn e Koppenjan (apud MISOCZKY, 2003), distinguem as tarefas gerenciais em termos de propósitos: gestão das atividades voltadas para dar consequência às idéias e percepções dos

membros. Para os autores anteriores, segundo Misoczky, (2003), “o sucesso da gerência de redes reside na capacidade de ativar seletivamente atores e recursos, limitar os custos da interação e zelar pela sua qualidade, buscar o compromisso dos participantes e prestar atenção aos aspectos políticos e administrativos”.

Ainda de acordo com Misoczky (2003), embora a exploração de novas formas de arranjos de gestão seja apenas incipiente no campo da atenção à saúde no Brasil, acredita-se que ela possa vir a desenvolver-se como decorrência de formas mais amadurecidas de participação da sociedade e de relações entre organizações públicas e privadas. Acredita-se, principalmente, que essa exploração se coloque como uma necessidade, caso se queira avançar na direção da equidade e da construção de relações mais harmônicas no espaço da Federação. Ainda que de modo incipiente, segundo a autora, algumas práticas inovadoras estão sendo desenvolvidas por iniciativas de gestores locais, como as experiências dos consórcios intermunicipais de saúde, que podem ser considerados embriões de redes interorganizacionais como, por exemplo, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro – Rio Grande do Sul, que mistura modalidades de gestão em que prevalece a hierarquia com outras em que prevalece a articulação horizontal e flexível, com múltiplos e variáveis nós e fluxos.

3 REPRESENTAÇÕES E PERCEPÇÕES DOS SUJEITOS SOCIAIS

De acordo com Schwingel e Cavedon (2004, p. 148) representações sociais são entendidas como um saber presente no senso comum, que se reflete no cotidiano de um determinado grupo social.

[...] ao se falar de Representações Sociais se está tratando de vidas individuais inseridas em um mundo social, vidas que são formadas e construídas em uma relação com a realidade social. Tanto a atividade social, como a atividade do sujeito, são determinantes para esta representação, sendo que nela se expressa a força do coletivo, decorrente da dinâmica social e, ao mesmo tempo, se expressam os esforços dos sujeitos sociais que desafiam o coletivo e, até mesmo, o transformam.

“O indivíduo tanto é um agente de mudança da sociedade como é um produto dessa sociedade”. (FAAR apud SCHWINGEL e CAVEDON, 2004, p. 148)

A Representação Social, conforme Schwingel e Cavedon (2004, p. 148), trata de um conhecimento que circula da ciência para um senso comum e vice-versa, uma negociação constante entre o individual e o coletivo, que orienta as ações e projetos do grupo social em questão. “É um fenômeno psicossocial, sendo que ela se estabelece no espaço público, onde sujeitos sociais procuram dar sentido ao mundo criando símbolos individuais e coletivos e desenvolvendo uma identidade social”. “Quando se dá a construção coletiva de símbolos, isto é, produção de Representação Social, se está falando de fenômenos produzidos pelas construções particulares da realidade social. O social envolve uma dinâmica onde se dá o confronto e ocorrem relações entre o sujeito e outros sujeitos. O social não é, portanto, um mero agregado de indivíduos, assim como Representação Social não é um agregado de representações individuais”. (JOVCHELOVITCH apud SCHWINGEL e CAVEDON, 2004, p. 148)

O social e a Representação Social se distinguem da agregação de indivíduos e de representações individuais devido ao processo de formação e transformação que se dá no social. No âmbito social ocorrem comunicações, trabalhos, relações, mitos, símbolos, discursos, rituais, ou seja, mediações sociais que não existiriam num mundo de indivíduos isolados (SCHWINGEL e CAVEDON, 2004, p. 149).

Para Moscovici (apud SCHWINGEL e CAVEDON, 2004, p. 148) o conflito entre o individual e o coletivo é essencial quando se fala de Representações Sociais, já que faz parte da vida de cada indivíduo, assim como é realidade fundamental da vida social. Existe a coexistência entre ambos, pois em toda cultura há normas e instituições que levam tanto à individualização como a socialização e, portanto, as representações decorrentes trazem embutido esse conflito.

Jodelet (apud SÁ, 1998, p. 32) parte da noção básica de que a Representação Social é uma forma de saber prático que liga o sujeito ao objeto. Onde três perguntas podem então ser formuladas acerca desse saber: (1) “Quem sabe e de onde sabe?”, cujas respostas apontam para o estudo das condições de produção e circulação das representações sociais; (2) “O que e como sabe?”, que corresponde à pesquisa dos processos e estados das representações sociais; (3) “Sobre o que se sabe e com que efeito?”, o que leva a uma ocupação do estatuto epistemológico das representações sociais.

De acordo com Spink (apud SCHWINGEL e CAVEDON, 2004, p. 149) na busca de conhecer as Representações Sociais de um grupo deve-se levar em consideração as falas de indivíduos como sendo manifestações de tendências do grupo ao qual o indivíduo pertence. O indivíduo deverá, portanto, ser considerado um “sujeito genérico – como o grupo no indivíduo”, já que é na teia das relações sociais, no espaço de interações, que se dão às construções de significados sociais e transformações da realidade social.

Ainda observando Spink (apud SCHWINGEL e CAVEDON, 2004, p. 150), um outro aspecto relevante para a análise das Representações Sociais é quando aponta que os seus conteúdos são essencialmente heterogêneos. No entanto, refere que, “embora paradoxal, aceitar a diversidade implícita do senso comum não significa necessariamente abrir mão do consenso, pois algo comum sempre sustenta uma determinada ordem social. [...] sempre há a possibilidade de movimento, mudança, abertura à novidade e à contradição”.

No entender de Wagner (apud SCHWINGEL e CAVEDON, 2004, p. 150) as Representações Sociais são “disposições mentais” que, apesar de diferentes em certos aspectos, representam “variações de um padrão comum subjacente, possível dentro de dadas condições sócio-culturais de vida”. É necessário definir a condição social que originou uma Representação Social e, também, analisar e justificar a relação estrutural que existe entre condição social e Representação Social. Para os profissionais que atuam em áreas científicas,

o autor afirma que as crenças e convicções sobre ciências e teorias de trabalho que os profissionais expressam, não se originam apenas de técnicas e teorias anteriores, como da universidade, mas se relacionam, em grande parte, com as condições organizacionais de seus atuais locais de atuação profissional.

Diante desses textos, de acordo com Sawaia (apud SCHWINGEL e CAVEDON, 2004, p. 151), a criação de uma Representação Social é seguida por uma fase ideológica, na qual estes saberes, as representações, são apropriadas por órgãos institucionalizados com a marca de serem conhecimentos criados socialmente, mas com legitimação científica. Ainda, de acordo com Schwingel e Cavedon (2004, p. 151), na pesquisa se deve considerar a Representação Social e o comportamento coletivo como um só fato, e não como dois aspectos de um fenômeno. Não é possível separar representação social do comportamento coletivo, nem deverá o comportamento ser explicado causalmente pela representação social, já que o comportamento aparente é apenas uma das expressões possíveis de representação, assim como também a representação poderá ser expressa pela linguagem e por outros resultados de comportamentos e ações.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar no território de saúde do Estado de Pernambuco, condições para a efetiva regionalização das ações da Assistência Farmacêutica.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Compreender a trajetória da Regionalização no Estado de Pernambuco, através de suas diferentes formas de divisão do território em regiões geográficas, político-administrativas e de saúde;
2. Compreender a organização regionalizada da assistência à saúde no Estado de Pernambuco, em seus diferentes níveis de atenção;
3. Identificar se gestores estaduais e municipais, concordam que as Ações da Assistência Farmacêutica devam ser regionalizadas;
4. Identificar na visão de gestores estaduais e municipais, como deveria ser organizada esta regionalização.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo exploratório de cunho qualitativo que foi desenvolvido através de uma pesquisa de campo com suas fases bem distintas.

A primeira fase transcorreu através da pesquisa bibliográfica em fontes primárias e secundárias que, segundo Minayo (2003), “coloca frente a frente os desejos do pesquisador e os outros autores envolvidos em seu horizonte de interesses, em um esforço de discutir idéias e pensamentos”.

É na pesquisa documental que, segundo Rudio (2003, p. 48), “se encontram as observações e experiências que os outros já fizeram, é nela que se encontram as bases conceituais, sem as quais não pode haver verdadeira observação científica”.

Nessa investigação, através do material bibliográfico sobre Geografia Física e Humana que, em seus primeiros paradigmas, tentou-se buscar conceitos clássicos de região, espaço e território, com o objetivo de entender as formas de regionalização do Estado de Pernambuco, desde a divisão do território no aspecto físico e administrativo, até a territorialização da saúde.

Outro tema importante para o estudo refere-se ao material bibliográfico sobre as Representações Sociais que, de acordo com SCHWINGEL e CAVEDON, Capítulo 3, “[...] é um fenômeno psicossocial, sendo que ela se estabelece no espaço público, onde sujeitos sociais procuram dar sentido ao mundo, criando símbolos individuais e coletivos e desenvolvendo uma identidade social”. É nas falas dos gestores que se tenta descrever o que pensam e como agem frente às ações da Assistência Farmacêutica ora verticalizada e fragmentada nos programas ministeriais.

Como eixo central para o objeto deste estudo, tem-se o material documentado sobre os aspectos normativos para a descentralização e regionalização da saúde no âmbito do SUS, documentos sobre a Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, as Normas Operacionais e Assistenciais da Saúde, Leis, Portarias, artigos publicados, entre outros; com o objetivo primordial de compreender os seus desdobramentos nas ações da Assistência Farmacêutica para o Estado de Pernambuco.

Complementando ainda este material, tem-se um acervo de referências documentais que se remetem à trajetória da Assistência Farmacêutica em Pernambuco, apresentado no Capítulo 6; entre os quais constam Planos Estaduais de Saúde, Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica, Projeto de Reorganização de Gestão, resoluções, portarias, decretos estaduais. Acrescentando ainda, no que tange ao tema “assistência farmacêutica”,

para o Estado de Pernambuco, frente a uma cultura centralizadora dessa ação, o material escrito, compondo o acervo bibliográfico em nível de Estado, ainda é incipiente diante a uma trajetória política que tem muito o que se “contar”.

De acordo com Santos (apud Ferraes, 2002, p. 82), “[...] a análise de documentos é o método de coleta utilizado para mostrar a situação atual de um assunto determinado e/ou traçar a evolução histórica de um problema [...]”. No caso deste estudo, entende-se que a pesquisa documental tem um grande valor social, uma vez que ela pode ajudar, sistematizar processos históricos em andamento na área da regionalização da saúde; onde será possível repassar este estudo para os demais atores sociais, envolvidos no processo de implementação na regionalização de Assistência Farmacêutica no âmbito estadual.

A segunda fase da pesquisa constituiu-se de entrevistas semi-estruturadas, gravadas e digitalizadas, formada por duas questões abertas que, segundo Schwingel e Cavedon (2004) “consoantes com aquilo que se postula no âmbito das teorizações referentes às representações sociais”.

De acordo com Ferraes (apud MINAYO, 1992), “a entrevista permite obter dados relacionados diretamente à pessoa entrevistada e sua relação com o mundo local, num nível mais complexo, envolvendo opiniões, valores e atitudes”. É importante ter clareza quanto ao tipo de informação que se procura. Estes dados são subjetivos e só podem ser conseguidos com a colaboração dos atores sociais envolvidos. A entrevista pode ser considerada uma situação de interação que serve para esclarecer dados ou buscar aprofundamentos de informações já obtidas, e agregar outras, fundamentais para o processo de avaliação.

O grupo investigado é formado por 48 gestores de saúde, dentre os quais tem-se 18 Secretários Municipais de Saúde, e os demais representados por Coordenadores de Programas, e outros Gerentes Municipais e Estaduais de Saúde, do Estado de Pernambuco, apresentado no gráfico 1, do capítulo 8.

A escolha dos gestores foi intencional, por serem eles indivíduos com representações sociais com maior implicação no objeto do estudo, pactuando com Gomes (apud MINAYO, 1992, p. 77), onde afirma que:

O primeiro nível de interpretação que deve ser feito segundo a proposta em questão, é o das determinações fundamentais. Esse nível, entre outros aspectos, diz respeito à conjuntura sócio-político-econômica da qual faz parte o grupo social a ser estudado; [...] essas determinações já devem ser definidas na fase exploratória da pesquisa.

Foram convidados 54 gestores a participar da entrevista, dos quais 48 concordaram. Para aqueles que aceitaram foram expostos ao objetivo e a magnitude do estudo para a questão da Assistência Farmacêutica para o Estado de Pernambuco, para os quais foram direcionadas duas perguntas abertas, deixando-os se expressar livremente sobre o tema.

O estudo foi iniciado a partir de janeiro de 2003, sendo as entrevistas realizadas no período de maio a julho de 2004, tendo como abrangência gestores de 07 (sete) Gerências Regionais de Saúde (GERES), inseridas em 05 (cinco) Mesorregiões de Desenvolvimento do Estado, e ainda gestores da Secretaria Estadual de Saúde, em nível central (gráficos 3 e 4, do Capítulo 8).

1ª Pergunta:

Você concorda com que a Assistência Farmacêutica, em Pernambuco, deva ser regionalizada? Por quê?

Se afirmativa a resposta:

2ª Pergunta:

Na sua visão, como poderia ser organizada esta Regionalização?

De acordo com Gomes (apud SCHWINGEL e CAVEDON, 2004), os dados foram operacionalizados e analisados de acordo com a proposta de Minayo (1992), então denominada “Método hermenêutico-dialético”, que, segundo a autora, “nesse método, a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala. E como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala”. (MINAYO, 2003, p. 77)

Segundo Demo (1995, p. 229), “expressões *hermenêuticas* são entendidas como a arte da interpretação e da comunicação humana, onde sempre há algo de mistério, para além dos horizontes científicos...”.

Assim, a análise privilegiou a compreensão da ação e do posicionamento dos sujeitos implicados na construção do processo da regionalização da saúde nos diferentes municípios, considerando que a visão destes sobre a questão “assistência farmacêutica” é

fruto de uma história ligada a aspectos culturais que, conseqüentemente, se revelam nas significações atribuídas por eles à saúde e à comunidade.

O segundo nível de interpretação baseia-se no encontro que realizamos com os fatos surgidos na investigação. Esse nível é, ao mesmo tempo, ponto de partida e ponto de chegada da análise. As comunicações individuais, as observações de condutas e costumes, a análise das instituições e a observação de cerimônias e rituais são aspectos a serem considerados nesse nível de interpretação (MINAYO, 2003).

Sendo assim, os dados foram operacionalizados de acordo com os passos a seguir:

- a) Ordenação dos dados: onde se fez um mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo, contemplando toda organização da pesquisa bibliográfica, para ordenação do referencial teórico e a transcrição das gravações das entrevistas, para a construção das **Unidades de Registro dos Discursos** (Apêndice A);
- b) Classificação dos dados: construídos a partir dos questionamentos que foram feitos junto aos entrevistados, organizados nas Unidades de Registro dos Discursos, com base na fundamentação teórica referendada sobre o que foi considerado relevante nos textos. Foram elaboradas as **categorias específicas**, constituindo a **Análise dos Conteúdos dos Discursos por Representação Social (Categorias)** (Apêndice B).

De acordo com a metodologia indicada:

A palavra *categoria*, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada à idéia de *classe* ou *série*. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa (GOMES apud MINAYO, 2003, p. 70).

- c) Análise final: procurou-se estabelecer articulações entre os dados obtidos nas entrevistas junto aos gestores frente aos referenciais teóricos, respondendo às questões da pesquisa, com base em seus objetivos; na busca de promover relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a

prática, apresentadas no Capítulo 8, como **Análise do Conteúdo dos Discursos** .

6 O CONTEXTO DO ESTUDO

6.1 ASPECTOS NORMATIVOS PARA A DESCENTRALIZAÇÃO E A REGIONALIZAÇÃO NO ÂMBITO DO SUS

De acordo com Brasil (2004), a noção de regionalização, como diretriz organizativa das ações e serviços de saúde, tem seu marco jurídico e institucional fundamentados no Art. 7º da Lei 8.080 de 19/09/90, que reafirma as diretrizes do art. 198 da Constituição Federal e define competências frente à constituição de redes regionalizadas de saúde, em que a direção municipal do SUS deve participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a sua direção estadual.

No entanto, no processo de implementação e normatização do SUS, de acordo com Scotti (1996), o Ministério da Saúde, após amplo processo de discussão, com demais gestores e outros segmentos da sociedade, criou um instrumento jurídico institucional para aprofundar e reorientar a implementação do novo sistema de saúde do país: as denominadas Normas Operacionais Básicas - NOB's, com objetivo de definir novas estratégias, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais na regulação e relação entre os gestores.

As NOB's, segundo Carvalho (2001), foram criadas com a justificativa de dar seqüência, ou como o próprio nome indica, operar transformações previstas na Constituição de 1988 e na Lei 8.080/90. "Nasceu a primeira delas referente ao SUS dentro do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); daí para frente, esta mesma republicada e as demais foram só seqüência, incorporadas à nomenclatura 'inampiana' pelo Ministério da Saúde". (CARVALHO, 2001, p. 436)

Segundo Scotti (1996), considerações importantes pode-se fazer acerca das NOB's, tais como:

A NOB-91 equipara prestadores públicos e privados (enseja-se uma aliança de interesses com os prestadores privados), sem a responsabilidade de organizar, coordenar e controlar todo o sistema.

A NOB-93 desencadeia processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão (incipiente, parcial e semiplena); cria transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para os municípios em

gestão semiplena; constitui as Comissões Intergestores Bipartites (no âmbito estadual) e Tripartite (nacional), como importantes espaços de negociação, pactuação e articulação entre os gestores. No entanto, traz frágil definição do papel do Estado que também passa a assumir seu papel de gestor do sistema estadual de saúde.

A NOB-96 consolida o pleno exercício de promover, por parte do poder público municipal, a função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, Distrito Federal e da União; reorganiza o modelo Assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde; aumenta a participação da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a estados e municípios; estabelece vínculos entre o cidadão e o SUS; estabelece a direção única em cada nível de governo; fortalece a função gestora das Secretarias Estaduais, com (re)definição de responsabilidades para a coordenação do SUS em âmbito estadual; redefine as funções do Ministério da Saúde, como gestor nacional do SUS, com maior integração entre seus órgãos e instituições; transfere aos municípios habilitados, como gestores da atenção básica, os recursos financeiros relativos a essa responsabilidade; reorganiza a gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial; reorganiza a gestão dos procedimentos de alto custo/complexidade ambulatorial, com a criação da APAC (Autorização de Procedimentos de Alto Custo); incorpora as ações de Vigilância Sanitária; promove a reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do PSF e do PACS; aprimora o planejamento e a elaboração da PROGRAMAÇÃO PACTUADA (entre gestores) e INTEGRADA (entre as instâncias do governo) – PPI, entre outras ações de modo ascendente e de base municipal.

A PPI é um instrumento formalizador e de negociação entre os gestores, que integra as responsabilidades, objetivos, metas, recursos e tetos orçamentários e financeiros de todos os níveis de gestão e envolve todas as atividades do SUS, buscando a integralidade das ações. Os critérios para pactuação integrada são definidos nas comissões Intergestoras Bipartite e Intergestora Tripartite, sendo aprovados nos respectivos conselhos (MARIN, 2003, p. 21).

Porém, “a NOB/SUS 01/96 apresenta pouca ênfase para a regionalização”. (BRASIL, 2004, p. 6)

Almeida (apud MISOCZKY, 2003, p. 340) reconhece, na NOB/96, um “importante ponto de inflexão” no processo da reforma: explicita a retomada e fortalecimento do papel dos estados na coordenação e condução dos sistemas estaduais de saúde, que incluem os sistemas municipais, privilegiando uma determinada organização do sistema; centrada na atenção básica e nos programas políticos que, pela forma como vêm sendo implementados, tendem a fortalecer a focalização preconizada pelos organismos internacionais. Demonstrando que, de acordo com Brasil (apud MISOCZKY, 2003, p. 341), a atenção básica é definida como um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situado no primeiro nível de atenção à saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. São especificadas e detalhadas as responsabilidades dos municípios com relação às ações dirigidas a toda a população (educação em saúde e focalização sobre os grupos e fatores de risco comportamentais, alimentares e ambientais, por exemplo) e ações dirigidas a grupos específicos da população. Esse detalhamento representa a segmentação da população, além de discriminar os itens que compõem o nosso pacote essencial, composto por bens públicos – intervenções de saúde pública para lidar com externalidades substanciais.

Para Carvalho (2001), as NOB's, como outras portarias do executivo, se detêm em regulamentação excessiva e minuciosa de questões que não precisam ser regulamentadas. Discursam intenções inócuas, pois elas já estão na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde. Tenta-se reinventar princípios e bases que não precisariam mais estar referidas.

No entanto, Misoczky (2003), acrescenta que o período de governo que vai de 1995 até 2002 tem como marca a existência de um projeto articulador para a transformação do Estado brasileiro que perpassa diversos campos sociais. A introdução deste projeto no campo de saúde redirecionou seu processo de reforma, enfatizando, entre outros aspectos, a centralização decisória e a clara separação operacional entre o subsistema de atenção básica e o de média e alta complexidade.

No entanto, de acordo com a autora anterior, a consolidação das grandes mudanças do SUS ocorreram a partir do início de 2001 – com a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS, reeditada em 2002, que enfatiza a regionalização das ações e serviços de saúde por níveis hierarquizados de complexidade (BRASIL, 2002 apud MISOCZKY, 2003, p. 341): “O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde”.

O aprofundamento do processo de descentralização deve enfatizar a regionalização e o aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais que envolvam todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora das Secretarias Estaduais de Saúde - SES. Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estaduais no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada Secretaria Municipal de Saúde - SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistências regionalizadas e resolutivas, bem como as capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação (BRASIL, 2001a, p. 14).

Como também ainda se pode acrescentar em Brasil (2001a, p. 11) que:

Do ponto de vista da organização do sistema e do acesso da população às ações de saúde, a marcante heterogeneidade entre estados, e mais ainda entre municípios, torna mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais.

A experiência acumulada na medida em que o processo de gestão descentralizada do sistema se fortaleceu, principalmente em decorrência da generalização da municipalização, evidenciou um conjunto de problemas e desafios em relação a aspectos críticos para a consolidação do SUS.

Existem no Brasil milhares de municípios pequenos demais para gerirem em seu território um sistema de saúde completo, ou seja, capaz de oferecer ações de saúde de todos os níveis de complexidade, assim como existem dezenas de maior porte que são pólos de atração regional. Da mesma forma, nas áreas contíguas às divisas interestaduais, é frequente que a rede de serviços de saúde deva se organizar com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa. Qualquer solução para esses problemas não pode passar por restrições burocráticas de acesso, para garantir a universalidade e a integralidade do SUS e evitar a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e o conseqüente risco de atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos (BRASIL, 2001a, p. 11).

A partir da publicação da NOAS-SUS 01/01 em algumas unidades da federação, foram identificados entraves na operacionalização de determinados itens, decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais. Para, deliberou-se pela Constituição de um Grupo de Trabalho, com representação tripartite, com a atribuição de detalhar o acordo e incorporar a NOAS os pontos acordados, mantendo a coerência do texto. Em 07 de dezembro de 2001 foi feito um relato, por representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, aos membros do Conselho Nacional de Saúde, acerca da negociação realizada na CIT e das alterações que dela resultaram (BRASIL, 2002d, p. 2).

A NOAS-SUS 01/02 incorporou definições da regulamentação complementar relacionadas aos temas que, na versão anterior, encontravam-se descritos em documentos normativos específicos; como também na tentativa de assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas na NOAS-SUS 01/01, procura oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta da sua implementação.

Importante observar que a NOAS-SUS 01/02 (BRASIL, 2002d), em seu capítulo 1, “estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Que deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso de cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

Apenas, ao longo dos últimos três anos, com o envolvimento de quase todos os municípios e do conjunto de estados, começou a ser disseminada a idéia de que, paralelamente e sem prejuízo do debate das questões de natureza político-administrativa referentes à divisão de atribuições entre a União, os estados e os municípios, a consolidação do SUS exige a consideração de variáveis técnico-operacionais, territoriais, populacionais e assistenciais próprias da conformação de redes regionalizadas e resolutivas de serviços. O desafio técnico-político de compatibilização de ambas as diretrizes já estava, entretanto, previsto no próprio texto constitucional de 1988.

Parte-se do pressuposto de que, neste momento da implantação do SUS, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço da descentralização e da integração de sistemas municipais que, por sua vez, representam os pilares fundamentais para garantia da universalidade, integralidade da atenção, aumento da equidade alocativa e, particularmente, da equidade de acesso aos serviços de saúde.

Plano de regionalização do Estado e a organização regionalizada da assistência

De acordo com a NOAS-SUS 01/01, a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) consiste em um processo, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde e que envolve o conjunto de municípios, de delimitação de regiões de saúde que cubram todo o Estado e de planejamento das ações/serviços de saúde com enfoque territorial-populacional, não necessariamente restrito à abrangência municipal, mas respeitando seus limites e autoridade do gestor municipal, que garanta níveis adequados da resolução dos problemas de saúde da população.

No âmbito da estratégia de regionalização em saúde em cada estado, as SES devem promover um processo de planejamento integrado entre as SMS que resulte em um PDR. Este Plano deve ser visto como um dos produtos de um processo dinâmico e permanente de planejamento em saúde, que sirva como instrumento de orientação da regionalização, ao explicitar prioridades de intervenção voltadas para as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

O PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, deve ser elaborado pela SES, com a participação das SMS, em uma perspectiva de territorialização, garantia de acesso e de integração dos municípios nas regiões de saúde do Estado. Essas instâncias regionais constituem espaços de referência para o planejamento e não devem reproduzir ou constituir unidades administrativas do sistema, que configuram competências exclusivas dos órgãos gestores estaduais e municipais. Dessa forma, nos estados que apresentam estruturas de representação regional da SES, as regiões de planejamento em saúde não serão necessariamente coincidentes com a abrangência dessas estruturas.

Os modelos de regionalização adotados podem ser muito diferentes entre as unidades da federação, dependendo de suas especificidades. O estabelecimento de algumas

diretrizes para a elaboração do PDR visa a propiciar avanços nesse processo que, certamente evoluiu de forma diferente em cada UF, tendo em vista a sua realidade sanitária e a experiência prévia com a regionalização em saúde.

Dessa forma, o conceito de região de saúde adotado na NOAS-SUS 01/01 é bastante amplo, uma vez que essa definição deve ser feita no âmbito de cada UF, de acordo com as características do estado (demográficas, epidemiológicas, entre outras), as prioridades de atenção identificadas e o modelo de regionalização adotado em algumas UF podem apresentar macro e microrregiões de saúde; outras, apenas regiões de saúde, ou regiões e microrregiões. Já o conceito de módulo assistencial está mais fortemente atrelado à organização da assistência, visto que corresponde a um nível mínimo de resolutividade da atenção.

Estratégias de ampliação da atenção básica segundo a NOAS/SUS 01/01

O conceito de Atenção Básica Ampliada adotada na NOAS-SUS 01/01 se relaciona ao conjunto de ações do primeiro nível de atenção em saúde que deve ser ofertado por todos os municípios do País em seu próprio território, com qualidade e suficiência para sua população. Além das áreas estratégicas de Atenção Básica que representam problemas de saúde, dependendo de sua relevância nacional, os diversos estados e municípios podem definir complementarmente as responsabilidades e especificidades epidemiológicas.

Do ponto de vista da organização da assistência à saúde, além da melhoria da qualidade e resolutividade da Atenção Básica, no âmbito municipal, é importante garantir o acesso de toda a população, o mais próximo possível de sua residência, a um grupo de serviços conformadores do primeiro nível de referência em média complexidade, nem sempre disponível em todos os municípios, que compreende: laboratório, radiologia simples, ultra-sonografia obstétrica, atendimento psicoterápico, fisioterapia básica, algumas ações odontológicas especializadas e leitos hospitalares para atendimento do parto normal, primeiro atendimento em clínica médica e pediátrica.

Visando possibilitar maior flexibilidade para os estados adequarem o modelo proposto na NOAS-SUS 01/01 à sua realidade, na referida Norma, diferenciou-se os conceitos de módulo assistencial e de microrregião/região de saúde.

O módulo assistencial pode ser definido como uma base territorial que apresente resolutividade correspondente ao primeiro nível de referência de média complexidade, constituído por um ou mais municípios.

O município-sede do módulo assistencial deve ser necessariamente habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) e ter capacidade de ofertar a totalidade dos serviços constantes do primeiro nível de referência com suficiência para a sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos, conforme definido no processo de regionalização e na programação integrada entre gestores. A definição de abrangência de um módulo assistencial, por sua vez, deve considerar as especificidades de cada estado (acessibilidade, dispersão da população, distribuição e características dos serviços). É importante adotar critérios de ordenamento da oferta voltados para a melhoria de acesso da população às ações de saúde, ao mesmo tempo em que se evita a proliferação indiscriminada e disfuncional de serviços.

A região/microrregião de saúde representa uma base territorial de planejamento – e não uma estrutura administrativa ou operacional – a ser definida no âmbito estadual, de acordo com as características e estratégias de regionalização de cada estado, considerando variáveis geográficas, sanitárias, epidemiológicas, de oferta de serviços, entre outras. De acordo com a Instrução Normativa 02, de 6 de abril de 2001, cada estado deverá estabelecer o critério que definirá a unidade mínima de qualificação (região ou microrregião de saúde), que deverá agregar oferta assistencial em relação ao módulo.

Dessa forma, a qualificação das regiões ou microrregiões na assistência à saúde, compreende, em linhas gerais:

- 1º) a delimitação das bases territoriais de planejamento em cada estado, explicitando os critérios de definição de cada nível de organização do território;
- 2º) a definição de módulos assistenciais de municípios-sede para o primeiro nível de referência;
- 3º) a explicitação de sua população de abrangência.

Considerações analíticas sobre as normatizações da regionalização da assistência à saúde

Quando o Ministério da Saúde, em Brasil (2004), considera o processo da regionalização da saúde como o resultado de um pacto pela redemocratização, inscrito na Constituição Federal de 1988, entende-se que esse processo vem a confirmar um dos princípios que Lencioni, abordado no Capítulo 3, afirma sobre a idéia de região “que se vê presente nos processos de construção da realidade e faz parte de um senso comum, onde há um sentido dialético simultaneamente real e racional”. No entanto, ainda concorda-se quando o Ministério da Saúde, em Brasil (2004, p. 3), afirma que, “apesar de inovadora, essa concepção federativa precisa ser aperfeiçoada, uma vez que permanecem ainda sem regramento e dependentes de iniciativas setoriais à regulamentação de mecanismos e instrumentos de coordenação e cooperação fundamentais para a ação intergovernamental na implantação de políticas públicas”. Instrumentos esses que nos levam a alcançar a equidade entre as regiões, evitando, dessa maneira, “a conformação de sistemas municipais fragmentados, atomizados e o aprofundamento das desigualdades na oferta e no acesso aos serviços, comprometendo a legitimidade do SUS”. (BRASIL, 2004, p. 4)

Quando observa-se que a descentralização precisa avançar sem perder de vista a visão nacional e integradora, novamente Lencioni, Capítulo 3, afirma que “à medida que a percepção do mundo se amplia e as diferenças emergem, são elaborados recortes sobre o mundo, e aí tem-se uma noção mais genérica de região, como parte de um todo”. Acredita-se que essas diferenças é que precisam ser percebidas no processo da regionalização, pois, no momento em que se as identifica, sempre se encontram pontos em comum que se harmonizam, e estes pontos serão os meios de integração de uma rede de serviços que constituirão uma região de saúde.

Para tanto é preciso qualificar a estratégia de regionalização do SUS para que a mesma não seja reduzida a um complexo conjunto de normas que se sobrepõem a um processo político de negociação e pactuação, quando estão presentes inúmeros interesses que demandam iniciativas de consertação social, liderança democrática e validação cultural (BRASIL, 2004, p. 4).

O que se leva a entender que tudo que se discute hoje na busca de compreender e garantir o processo da regionalização da saúde, muitas respostas já se teria na geografia, pois ela já apresenta muitos conceitos concretos dentre erros e acertos, na busca de um

entendimento do que vem a ser uma “região”; conceitos esses, que, ao longo do tempo, pode-se observar que se reproduzem até hoje. Corroborando com Lencioni, observado no Capítulo 3, quando afirma sobre a palavra região “que são recortes de espaço que os indivíduos ou grupos sociais elaboram e passam a ser reconhecidos, ou não, socialmente”. Quando a autora afirma que esses recortes podem ser reconhecidos ou não socialmente, vê-se um dos principais problemas no processo da regionalização da saúde, onde as características e especificidades loco-regionais não são observadas devidamente e respeitados seus espaços no desenvolver do processo.

Quanto à implementação das Normas Operacionais para a normatização do SUS, pactuamos com Carvalho, Capítulo 6, quando afirma que “foram criadas com a justificativa de dar seqüência [...] operar transformações já previstas na Constituição de 1988 e Lei nº 8.080”; no entanto, essas como tal, por tratar-se de leis, podem ter várias interpretações, gerando muitos equívocos em um processo que tem de deixar bem claro todas as suas formas de planejamento e, principalmente, de execução.

Observa-se que, para Levcovitz et. al. (apud MISOCZKY, 2003, p. 336), as normas são dispositivos infralegais que possuem caráter transitório, podendo ser reeditados ou substituídos a qualquer momento. O autor justifica a necessidade desse tipo de dispositivo pelas “inconsistências da própria Lei Orgânica da Saúde (LOS)”. A LOS cria vínculos indissolúveis entre a descentralização político-administrativa do SUS, a municipalização e a forma de organização regionalizada e hierarquizada da rede de serviços. A autonomia política dos municípios e a ausência de hierarquia deles com relação aos estados e União estimulam fortemente a municipalização do sistema, mas a organização regionalizada e hierarquizada da rede de serviços exige a prática permanente da pactuação e da negociação entre as esferas de governo que caracterizam o federalismo.

Pode-se destacar, ainda, que de acordo com Brasil (2004), as fragilidades do processo de regionalização induzido pela NOAS-SUS vêm sendo apontadas, dentre elas é possível destacar:

- a) A rigidez dos critérios organizativos propostos pela NOAS não atendem à diversidade territorial do país;
- b) A complexidade dos critérios técnicos estabelecidos pela NOAS tem dificultado sua apropriação e operacionalização de suas estratégias;

- c) Apresenta uma proposta de planejamento baseado mais na oferta e não na necessidade de serviços;
- d) As estratégias de regionalização limitam-se à assistência, não considerando as ações de vigilância em saúde;
- e) A PPI assumiu um caráter extremamente normativo e se limitou a alocação de recursos federais;
- f) A NOAS relegou para segundo plano a formulação de estratégias compatíveis à gestão das microrregiões de saúde.

Ainda, quando Misoczky (2003), se refere ao consenso sobre a descentralização em todos os documentos oficiais que, por se tratar de um grande consenso abstrato, fundado na superficialidade do tratamento da gestão, e amplo vazio concreto, tanto teórico quanto prático, falta construir instrumentos e mecanismos operacionais que induzam a descentralização real de forma simultânea à organização da rede regionalizada e hierarquizada. De acordo com a autora, fica claro que essa opção é coerente com a proposta de “reforçar a capacidade de indução e controle das mudanças no funcionamento do sistema de saúde pelo nível federal, a partir dos mecanismos de financiamento”. (LEVCOVITZ et. al. apud MISOCZKY, 2003, p. 337). Inicia-se, assim, a prática de “descentralização tutelada” (VIANNA apud MISOCZKY, 2003, p. 337) que se estende até os dias de hoje.

Isso se leva a pensar sobre o primeiro paradigma da geografia: o Determinismo Ambiental, onde Ratzel apud Lencioni, abordado no Capítulo 3, afirmava “que considerava o homem como uma espécie entre os seres vivos, que procurou ampliar seu território à custa dos vizinhos”, e ainda Corrêa nesse mesmo Capítulo, quando reforça que:

Este paradigma foi argumento para justificar o domínio de alguns países sobre outros territórios no fim do século XIX, onde, na verdade, configurou uma ‘ideologia’, a das classes sociais, países ou povos vencedores que incorporavam as pretensas virtudes às potencialidades do meio natural onde viviam, justificando, assim, o sucesso, o poder, o desenvolvimento.

O que não corrobora com o conceito de “espaço vital” que Ratzel, ainda no desenvolvimento das teorias do Determinismo Ambiental, deixou, quando considerou que seria “um território que representaria o equilíbrio entre a população ali residente e os

recursos disponíveis para as suas necessidades, gerando, desse modo, as possibilidades de progressos e de demandas territoriais”. Possibilidades essas que, segundo Corrêa, Capítulo 3, “estão contidas na organização espacial, delimitando, no campo do capitalismo, parte da superfície da terra organizada pelo capital e pelo Estado capitalista [...], legitimando ainda com o que Misoczky colocou anteriormente”.

Sendo assim, de acordo com Misoczky, uma possibilidade de construção alternativa mais coerente com o princípio da equidade é a abordagem de redes interorganizacionais horizontais, sem deixar de considerar as dificuldades para sua adoção em um contexto social e político marcado por uma cultura de governo autoritária e centralista.

Essa visão impõe uma maior flexibilidade dos meios definidos nacionalmente à gestão do SUS, para que seja possível a inovação e a sustentabilidade dos projetos de âmbito regional. Mas, há que se reconhecer o desafio sem paralelo que representa a implementação dessa estratégia no país com dimensões continentais, desigualdades regionais profundas e um sistema federativo sem tradição de relações intergovernamentais cooperativas, em que cerca de 70% dos 5.560 municípios apresentam uma grande dependência financeira dos entes estadual e federal (BRASIL, 2004).

Para tanto, é preciso considerar os pressupostos que o processo da regionalização que, ainda de acordo com Brasil (2004), deve adotar estratégias técnicas e políticas (apoiadas em alguns princípios) que devem nortear o consenso acerca de uma nova política para a regionalização da saúde:

- a) Subsidiariedade – ‘... não se deve transferir a uma sociedade maior aquilo que pode ser realizado por uma sociedade menor’ – protege os direitos e as competências dos municípios no que se refere às questões de nível local, servindo de salvaguarda para as tentativas de recentralização do SUS;
- b) Co-gestão – pressupõe a existência de arranjos institucionais que propiciem a articulação e o desenvolvimento das ações de caráter regional. Todavia, não é recomendável a constituição de estruturas regionais pesadas. As regiões deverão ter instâncias ágeis com o papel de coordenar o planejamento e as ações e serviços de natureza regional, bem como ser um instrumento de apoio à ação dos municípios;
- c) Cooperação – deve ser caracterizada pela ação conjunta entre as instâncias governamentais, nas quais as unidades subnacionais guardam significativa autonomia decisória e responsabilidades nos pactos de gestão;

- d) Financiamento solidário – é necessário que a política de alocação de recursos para a regionalização se constitua em estratégia de solidariedade – priorizando as regiões que contam com menos recursos, assim como deve ser evitado o financiamento de projetos dispersos que favoreçam qualquer município isoladamente. Tal alocação precisa considerar o PPA e os planos de saúde nacionais, estaduais e municipais;
- e) Participação social – há no país diversas formas de participação social, de caráter regional. Cabe reconhecê-las e incorporá-las de fato, à gestão do SUS, haja vista sua capacidade para vocalizar os interesses de uma comunidade regional;
- f) Territorialização – é bom lembrar que “não há critérios corretos” para a definição das regiões. A delimitação do espaço regional deve ser adaptada a cada situação local, levando em conta as formas já existentes e as peculiaridades locais como a vontade local, a identidade cultural, a capacidade fiscal, a capacidade de gestão, entre outros;
- g) Contratualização – a legitimidade democrática e eficácia dos projetos indicam que as medidas de segmento devem ser tão ou mais importantes que o processo de elaboração e aprovação consensual dos projetos. Por isso, as relações contratuais se fazem necessárias no contexto de um processo de cooperação, através de fórmulas técnicas e administrativas, de fácil compreensão, para o acompanhamento do desempenho da função pactuada;
- h) Flexibilização – a definição de uma política nacional de regionalização precisa ser flexível o suficiente para comportar a heterogeneidade territorial, a distribuição desigual dos serviços e a dimensão continental do país. É preciso, inclusive, considerar as distintas dinâmicas regionais e os diferentes modos de organização e articulação existentes no território nacional – associação de municípios, consórcios intermunicipais, instâncias regionais do governo estadual, etc. – que inviabilizariam qualquer tentativa de imposição de um modelo único de gestão regional para todo o país.

Diante do exposto observa-se que, uma nova forma de olhar, no processo da regionalização, requer a valorização dos governos locais, para que os municípios assumam o papel central nas definições e execuções das ações regionais em seus respectivos territórios. A proximidade, a identidade e a capacidade de governo das municipalidades pertencentes a uma região, em cooperação com os governos estadual e federal, são condições necessárias para promover a coesão entre os seus agentes, tanto políticos como sociais.

6.2 A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA

FARMACÊUTICA

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) que dispõe sobre a Política de Saúde no País remete à necessidade da implantação de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM), centrada nas ações da Assistência Farmacêutica integral, como uma das condições estratégicas para a efetiva implementação do SUS.

A Assistência Farmacêutica no Brasil, a partir da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde (LOS), começou a ser vista do ponto de vista jurídico, com um novo olhar, não significando apenas a lógica de “aquisição e distribuição” de medicamentos, onde suas ações começavam em um gabinete e terminavam quando saíam dos almoxarifados.

A Norma Operacional Básica, NOB-SUS/01/96, no processo da descentralização das ações de saúde, redefiniu os papéis de cada esfera do governo e, no que tange à assistência farmacêutica, explicita que cabe ao gestor federal a reorientação e implementação de suas ações. Porém, de acordo com Mayorga et. al. (2004, p. 202), “ainda persiste a indefinição do termo assistência farmacêutica e sua preocupação com o binômio produção/controle de qualidade. Carecendo, assim, de uma visão mais ampla da mesma”.

A Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 1998) preconizada pelo Ministério da Saúde tem como propósito garantir o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, assim como a necessária qualidade, segurança, eficácia dos mesmos e a promoção do seu uso racional. Ela tem como base os princípios e diretrizes do SUS, definindo as prioridades relacionadas a legislação, incluindo a regulamentação, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos e desenvolvimento de recursos humanos, científicos e tecnológicos (MARIN et. al., 2003, p. 128).

Além disso, esse documento definiu a assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve também o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional.

Como se observa em Mayorga et. al. (2004, p. 203), “a cultura existente, focada apenas na aquisição e distribuição de medicamentos começou a ser declarada, oficialmente, como insuficiente para sustentar uma política de medicamentos”. Acrescentando ainda que, como uma das principais prioridades da PNM, a reorientação da assistência farmacêutica, provocou o início de mudanças em todo país e, principalmente na forma de entender e gerenciar a assistência farmacêutica.

A portaria 176/99, ao promover a descentralização dos recursos destinados à aquisição dos medicamentos voltados à atenção básica, coloca estados e municípios em um novo papel diante da questão da organização da Assistência Farmacêutica. Ao refletirmos acerca da organização dos serviços, sob a ótica de uma concepção de modelo assistencial, identificamos a necessidade de situarmos, nos diversos níveis de atenção à saúde, o lugar da Assistência Farmacêutica, compreendendo que, ao pensarmos o medicamento como um insumo básico, devemos considerar a relevância da terapêutica medicamentosa nas ações de recuperação da saúde, mas tendo em conta que, nos cuidados de saúde, a Assistência Farmacêutica contempla, também, as ações de prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde (MARIN et. al., 2003, p. 129).

Ora, do ponto de vista da organização de serviços de atenção primária, segundo a autora anterior, uma tarefa prioritária para a organização dessa assistência consiste no resgate das atividades pertinente à área e que se encontram dispersas. Dispersão esta, que “está relacionada a razões históricas, entre outras, a lógica verticalista do Ministério da Saúde, na fragmentação das ações de saúde em distintos programas, aliado ao desvirtuamento do ensino farmacêutico quanto à questão do medicamento”.

A NOAS–SUS 01/02 define que o processo da regionalização da saúde deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

Ao ser considerado, o “processo da regionalização da saúde X à assistência farmacêutica”, observa-se que o arcabouço jurídico das normas operacionais, que reorienta e define ações, estruturas e financiamento no SUS não absorveu a Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica como uma estratégia estruturante para a resolutividade do sistema, contemplando, ainda que de forma incipiente, deixando lacunas importantes para essas ações. Gerando, conseqüentemente, a fragmentação dessa assistência,

diferentes logísticas de apoio, superposições de serviços e a falta de racionalização político-administrativa, que, entre outros fatores, atuam em sinergia com o desaparelhamento administrativo e institucional dos órgãos federais, estaduais e municipais nesse campo, constituindo fatores que contribuem para um menor desempenho da política pública de saúde. Porém,

...é preciso reconhecer que ocorreram avanços importantes na Política de Medicamentos Brasileira nos últimos anos, observando-se um grau de importância crescente na valorização das atividades relacionadas com a AF, como atesta a realização da 1ª Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica em 2003. Entretanto, considerando a trajetória histórica da Política de Medicamentos no Brasil, seus avanços, princípios, diretrizes e os novos conceitos, cabe a reflexão sobre o impacto deste instrumento legal sobre a saúde da população e a melhora da qualidade de vida (MAYORGA et. al., 2004, p. 205).

Portanto, reorganizar e rearticular dentro de um território de saúde, todas as formas de seleção, programação, aquisição e distribuição de medicamentos atualmente utilizadas pelos diferentes gestores do SUS, são ações importantes que precisam ser articuladas e pactuadas, no sentido da otimização dos recursos e da integração gradativa das ações de assistência farmacêutica, de forma coerente com a estratégia de regionalização e hierarquização dos serviços e ações de saúde proposta pela NOAS.

O processo da descentralização da saúde no País, a NOB/SUS 01/96, redefiniu os papéis de cada esfera do governo, e no que tange à Assistência Farmacêutica, explicita que cabe ao gestor federal a reorientação e implementação de suas ações.

Como se viu, o entendimento sobre “assistência farmacêutica” e, principalmente, quando o governo federal estabeleceu como diretriz prioritária à reorientação dessa assistência, contida no texto da PNM, promoveu o início da mudança do olhar dos gestores para a questão em todo o país, pelo menos, do ponto de vista formal.

Comentários analíticos

Como foi observado nos textos anteriores, o SUS, embora traga consigo uma idéia de unicidade, é um sistema complexo, tanto na dimensão técnica, para enfrentar os mais diferentes perfis epidemiológicos, quanto na dimensão político-administrativa, considerando

os mais diferentes graus de capacidade de gestão dentre os estados e municípios brasileiros. Desenhado para enfrentar uma realidade social, econômica, política e cultural, altamente heterogênea, enfrenta, ainda, grandes dificuldades na estruturação nos moldes de seus princípios de integralidade e universalidade.

Dentre os grandes desafios no aperfeiçoamento do SUS, encontra-se a Assistência Farmacêutica, ou seja, uma estratégia de suprimento de insumos e serviços farmacêuticos que permitam e realizem o princípio da integralidade de atenção à saúde. É no âmbito da assistência farmacêutica que se indica e realiza o consumo de medicamentos e de outros insumos fundamentais ao diagnóstico e a terapêutica. Tal característica lhe confere uma natureza estratégica, por ter que mobilizar todo Sistema, no sentido das diretrizes da Política de Medicamentos. Diretrizes estas que devem ser norteadoras de todas as ações nas três esferas de governo - federal, estadual e municipal -, atuando em estreita parceria com os gestores do SUS, objetivando assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo.

Uma das diretrizes fundamentais da PNM é a Reorientação da Assistência Farmacêutica, que tem por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso à população aos medicamentos essenciais que, no âmbito do SUS, está fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos, na otimização e eficácia das atividades envolvidas e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução de preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população no âmbito do setor privado.

As Normas Operacionais da Assistência à Saúde buscam equacionar a oferta de serviços à população e aperfeiçoar o processo de descentralização e organização do SUS em rede regionalizada e hierarquizada.

Entretanto, na elaboração dessas normas percebe-se claramente quão a Assistência Farmacêutica foi colocada de forma incipiente frente a sua área de abrangência; onde para construir esta gestão no SUS é necessário desenvolver ações para os três níveis de governo (federal, estadual e municipal) de forma contundente, cabendo ao Ministério o papel real de indutor deste processo que busca organizar os serviços de Assistência Farmacêutica de acordo com a realidade sanitária e com a rede de serviços disponíveis em cada município. Torna-se urgente não apenas o equacionamento da falta de acesso aos medicamentos correspondentes a cada nível de complexidade da atenção à saúde no SUS, como também a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica, públicos ou privados, de forma a se

comprometerem com o êxito da terapêutica farmacológica de cada paciente e zelarem pelo uso racional de medicamentos.

Há necessidade, também, de uma integração das ações da assistência farmacêutica, de forma a evitar diferentes logísticas de apoio e superposições de serviços, promovendo a racionalização político-administrativa, objetivando entre outros, reorganizar e rearticular todas as formas de seleção, programação, aquisição e distribuição de medicamentos atualmente utilizados pelos diferentes gestores do SUS, no sentido da otimização dos recursos e da integração gradativa das ações de assistência farmacêutica, de forma coerente com a estratégia de regionalização e hierarquização dos serviços e ações de saúde proposta pela NOAS, considerando, principalmente, as especificidades loco-regionais.

6.3 A TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM PERNAMBUCO

Histórico da Assistência Farmacêutica no Sistema de Saúde Brasileiro e seus desdobramentos em Pernambuco

Como os demais Estados brasileiros, Pernambuco também teve seus primeiros passos voltados para a Assistência Farmacêutica com as então chamadas “Farmácias de Revendas”, do antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão que adquiria o medicamento no mercado privado e o revendia a preço de custo aos beneficiários da Previdência Social; os medicamentos revendidos eram adquiridos pelos usuários sem qualquer tipo de padronização, através de farmácias e drogarias credenciadas com o INPS.

Paralelo a essa atividade, também tínhamos, nos Postos de Saúde do Estado, alguns programas verticalizados do Ministério da Saúde, direcionados para clientela específica, pacientes portadores de Tuberculose, e ainda, as Unidades da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), com assistência às doenças endêmicas. Em ambos os casos, a distribuição para a população era gratuita.

Em 1974, em Pernambuco, teve-se a primeira farmácia com distribuição de medicamentos gratuitos, para os beneficiários da Previdência Social, que funcionava em um único posto do INPS, no centro da cidade do Recife. Podemos considerar, como sabemos, que esse Programa do Governo Federal foi um marco para a história da Assistência Farmacêutica no país, já que, no final do antigo INPS, iniciou um programa de Assistência Farmacêutica fundamentada no fornecimento gratuito de um elenco básico de medicamentos, constituído por 30 especialidades farmacêuticas, denominado “elenco de dispensação” que,

estavam inseridos numa relação maior, contendo 150 produtos, que foi chamada de Relação de Medicamentos Básicos (RMB) elaborada pelo Conselho Consultivo da CEME.

O Ministério da Saúde funcionava em paralelo, sem qualquer articulação com o programa existente no INPS. Este foi desmembrado, no final de 1977/1978, quando foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), surgindo desse desmembramento vários institutos, com destaque para o Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Notamos que havia, já nessa época, diversos órgãos desenvolvendo, em nível federal, programas de Assistência Farmacêutica, ainda que incipientes, não articulados entre si. Da mesma forma, observamos o Ministério da Saúde onde suas três Secretarias já discutiam atividades de Assistência Farmacêutica, sem que se harmonizassem entre si.

O INAMPS, em 1974-1975, aprimorou o Programa de Assistência Farmacêutica, composto por diversas unidades de dispensação, denominadas de Unidades de Assistência Farmacêutica (UAF), que foram montadas inicialmente no Estado do Rio de Janeiro e, em 1976, expandiram-se para os demais Estados Brasileiros.

Pernambuco foi contemplado por estas UAF's, somando-se com mais de 20 Unidades, inseridas nos Hospitais Públicos e Unidades Ambulatoriais do INAMPS, na capital e no interior, que disponibilizavam, gratuitamente, aos usuários da Previdência os 150 itens constantes da RMB. Nessa época, essa passa a ser a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a qual foi atualizada em 1988, segundo diretrizes recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) dando ênfase à avaliação de segurança e eficácia dos medicamentos, além de fazer considerações a respeito da disponibilidade dos produtos internos e regionais.

Para manter toda esta estrutura de UAF's funcionando, o INAMPS ampliou o convênio com a CEME, de onde partia todo o elenco de medicamentos distribuídos. Montou uma forma de gestão do sistema onde na sua estrutura organizacional instituiu a nova Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF) em nível de Direção Geral do INAMPS, ligada à Secretaria de Assistência Médica (SAM). Nesse período, houve grandes investimentos por parte do MPAS, além da aquisição de materiais e equipamentos necessários para a implementação do programa, contratação de profissionais de nível superior, principalmente, farmacêuticos e auxiliares de nível médio.

Nas Superintendências Regionais do INAMPS foram criadas as Chefias de Equipe de Farmácia, que coordenavam o trabalho em nível estadual e as Centrais Distribuidoras de Medicamentos (CDM's), as quais funcionavam como almoxarifados intermediários no subsistema de distribuição da CEME. As CDM's eram responsáveis pelo recebimento e pela armazenagem dos medicamentos repassados pela CEME e pela redistribuição às UAF's, conforme solicitações das mesmas e avaliação da demanda em níveis regional e central.

Todas as rotinas eram padronizadas e normatizadas através de portarias, que permitiam um padrão de atividades em todos os Estados brasileiros nas Unidades do Sistema. Relatórios trimestrais de consumo de medicamentos e outras informações, como falta de medicamentos, medicamentos sem rotatividade, remanejamentos, eram apresentados pelos farmacêuticos às chefias das Equipes de Farmácia nas Superintendências Regionais, que os consolidavam e encaminhavam à Coordenação de Assistência Farmacêutica no Ministério da Previdência, diante dos quais eram preparadas as Programações Anuais de aquisição junto à CEME.

O Sistema da Previdência Social construiu assim, um modelo de Assistência Farmacêutica excludente e verticalizado, mas que mantinha o profissional farmacêutico como responsável técnico em todos os níveis de organização, desde a Coordenação Central no Ministério, nas Coordenações Regionais, Chefias de Equipes, nas CDM's e nas Unidades Assistenciais, que se apresentavam como as Farmácias Hospitalares e Ambulatoriais.

Certamente que a lógica da Assistência Farmacêutica no país era outra. Apenas incluía a SELEÇÃO, a AQUISIÇÃO e a DISTRIBUIÇÃO, sem as outras atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica. No entanto, não podemos deixar de reconhecer que esse tripé, com a participação do profissional, mostrou o caminho ao longo desses anos para alcançarmos uma Assistência Farmacêutica de forma integral como queremos hoje.

Segundo Wilken e Bermudez (1999) em 1980, o Programa de Assistência Farmacêutica já tinha uma grande envergadura, crescendo tanto em número de Unidades distribuidoras de medicamentos, como em medicamentos dispensados.

Nesse cenário, concomitantemente às atividades do Ministério da Previdência e Assistência Social, haviam outros atores que desenvolviam ações com outra forma de organização.

No Estado de Pernambuco, bem antes do advento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a Assistência Farmacêutica já tinha sua estrutura formalizada no organograma da Secretaria Estadual de Saúde - SES, ainda que incipiente, sob o nome de Farmácia Central, subordinada ao Departamento de Materiais. A Farmácia Central contava com a estrutura de dois grandes almoxarifados para Medicamentos e Material Médico Hospitalar: um no Largo de Dois Irmãos e, o outro, dentro da área física da SES. Esta abastecia as Unidades de Saúde do Estado, compostas pelos hospitais próprios.

Os medicamentos eram adquiridos através da CEME e compreendiam dois grandes grupos: os recebidos pelo FINSOCIAL, pelos quais o Estado não desembolsava nenhum recurso e eram destinados ao atendimento de todas as Unidades de Saúde, principalmente, ambulatoriais; e os de baixo custo, pagos pela Secretaria Estadual de Saúde ao Ministério da Saúde, destinados, principalmente, às Unidades Hospitalares.

Havia profissionais farmacêuticos apenas nas Centrais Distribuidoras e nas grandes Unidades Hospitalares, sempre, é claro, em número insuficiente para as atividades desenvolvidas. Nos ambulatórios, as farmácias eram sempre “tomadas de conta” por profissionais auxiliares de diversas categorias. Em 1986, os dois almoxarifados de medicamentos se fundiram num só, o qual funciona até essa data.

Paralelo a essas organizações, também tínhamos a SUCAM, que prestava assistência terapêutica às doenças endêmicas prevalentes no Estado; e a Fundação de Serviços de Saúde Pública (Fundação SESP). Ambas vinculadas ao Ministério da Saúde.

Com a Lei nº 8.080/90, houve a fusão entre Fundação SESP e Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), resultando a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que mantinha, em 22 municípios do Estado, postos de Unidades Ambulatoriais e Hospitalares, prestando, além da atividade do controle da água, assistência médico-odontológica, de diagnóstico e distribuição de medicamentos.

Na FUNASA em Pernambuco, os profissionais farmacêuticos estavam todos voltados para o controle de água e Laboratório de Análises Clínicas, ficando a área de medicamentos também sob a responsabilidade de outros técnicos na seleção e aquisição, e auxiliares, no controle da distribuição. Situação esta que perdurou até o processo da municipalização da saúde, onde todas essas unidades foram repassadas aos municípios onde estavam localizadas.

Como foi visto, em todas as ações de Assistência Farmacêutica no Estado, nessa época, os produtos farmacêuticos eram vistos como material de consumo, armazenados como produtos da área administrativa.

Com a criação do SUS, aos poucos, todo o aparato do programa de Assistência Farmacêutica foi sendo descentralizado para os Estados, culminando com a extinção da Coordenadoria em nível nacional e das estruturas congêneres em nível regional, representadas pelas CDM's e chefias de equipes, entre 1991/1992, sendo, em 1993, extinto o próprio INAMPS, através da Lei 8.689 de 27 de julho de 1993. Após a extinção da Coordenadoria de Farmácia e do INAMPS, a responsabilidade pelos programas de assistência passou para a esfera estadual. Em nível federal, esses programas ficaram a cargo das Coordenações dos Programas verticalizados do Ministério da Saúde, em número de 16, que respondiam pelo atendimento de 125 especialidades, cuja responsabilidade pelo suprimento foi mantida na CEME, até sua desativação em julho de 1997.

O processo de desativação da Central de Medicamentos, encerrado em 1997, em que pese as críticas à sua atuação e a alocação orçamentária quase que exclusivamente voltada para a aquisição de medicamentos, acarretou a realocação de suas atividades, a pulverização em diversos órgãos do Ministério da Saúde e uma perda da interlocução por parte das esferas estadual e municipal do SUS.

A organização da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco ocorreu com o advento do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, quando foi formulada uma Instrução de Serviço Estadual (01/89), que designou uma comissão para elaborar o Projeto de Implantação da Assistência Farmacêutica para o Estado de Pernambuco, composta pelos farmacêuticos da Secretaria Estadual de Saúde, do INAMPS e da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Daí surgindo a difícil integração entre a Assistência Farmacêutica Estadual e a Federal.

Difícil integração, sem dúvida nenhuma, onde no primeiro momento das apresentações no auditório da Superintendência Regional do INAMPS, a equipe do Estado (03 farmacêuticos) e a equipe do INAMPS (28 farmacêuticos) se apresentaram através das atividades efetivamente desenvolvidas, onde foram colocados, pelo grupo do INAMPS, todo o fluxo de organização na aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos para os hospitais e ambulatório da rede, desde a rotina da Chefia de Equipe de Farmácia, CDM e

UAF's, até a efetiva dispensação. Na apresentação do grupo do Estado, apenas declaram “infelizmente, não temos nada o que apresentar”. Demonstrando, sem dúvida, a fragilidade e despreparo da estrutura da SES/PE no âmbito da Assistência Farmacêutica.

No entanto, no momento crítico em que se encontravam todas as mudanças no Sistema de Saúde do país, esforços se somaram frente ao novo grupo que ali estava se construindo, aprendendo com todos os pontos fortes e fracos de ambas as organizações com um único objetivo, que seria alcançarmos uma Assistência Farmacêutica de forma integral para o Estado. Esta deveria apoiar as ações de saúde demandadas por nossa comunidade, envolvendo o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma das suas etapas constitutivas: conservação e controle de qualidade, segurança e eficácia terapêutica; acompanhamento e avaliação de utilização de medicamento; obtenção e a difusão de educação permanente das profissionais de saúde; buscando, desta forma, o uso racional do medicamento.

Nesse sentido foi criada, em 1990, a primeira estrutura de Assistência Farmacêutica para o Estado de Pernambuco, dentro do novo modelo de assistência à saúde no País, com a denominação de Diretoria Executiva de Terapia e Farmácia, não mais na Gerência de Materiais, mas na Diretoria de Saúde. No ano de 1991, houve uma nova reformulação na estrutura organizacional do Estado, passando a Departamento de Assistência Farmacêutica e, em 1995, com uma outra nova estrutura administrativa, passou a denominar-se Diretoria Executiva de Assistência Farmacêutica, com a definição do seu papel para a Organização da Política Estadual de Medicamentos.

A Assistência Farmacêutica em Pernambuco nos últimos 10 anos

Em 1990 e 1993, houve convocação por contratação de mais de 150 farmacêuticos concursados, distribuídos no nível central da Diretoria de Assistência Farmacêutica e Farmácias Hospitalares. No entanto, no período de 1995 – 1998, que representou um marco para a Assistência Farmacêutica em Pernambuco, com a estruturação da Diretoria Executiva de Assistência Farmacêutica é que várias ações foram implementadas para o desenvolvimento de vários programas. Ora, nesse período, essa diretoria buscou a integração dessas ações com os diversos setores externos e internos do SUS. Em julho de 1995, foi realizado o Iº Seminário de Assistência Farmacêutica para o SUS de Pernambuco, onde

houve a participação de conferencistas representantes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/ Organização Mundial de Saúde (OMS), Escola Nacional de Pública (ENSP)/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE) e do Departamento de Assistência Farmacêutica do Estado do Ceará, o qual à partir daquele momento, assessorou tecnicamente essa instituição e, em 1986, disponibilizou uma vaga para Pernambuco no Curso de Especialização em Administração Integral de Medicamentos Essenciais.

Naquele seminário, apresentou-se as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, através de propostas retiradas das discussões para a execução da Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica no Estado de Pernambuco, incluindo-as em dois projetos: Reorganização da Assistência Farmacêutica para o Estado de Pernambuco e Descentralização: Implantação e Implementação da Assistência Farmacêutica.

Dentro do processo da Reorganização, realizou-se atividades de capacitação importantes, tais como: Curso de Capacitação e Aperfeiçoamento em Administração de Medicamentos, oferecido a farmacêuticos da diretoria, dos hospitais de referência e dos municípios; oficina para a construção de indicadores em Assistência Farmacêutica (OPAS/OMS), e o I Seminário de Fitoterapia do Estado de Pernambuco, para profissionais de saúde e representantes das comunidades.

A Diretoria Executiva de Assistência Farmacêutica, então constituída em 1995, subordinada diretamente à Diretoria de Assistência à Saúde, possuía uma estrutura organizacional central (a nível de SES) adequada naquela ocasião para as suas atividades, com todas as suas funções descritas oficialmente, como podemos observar no Organograma 1 (Anexo B).

No entanto, mesmo diante de todas essas ações colocadas, as mudanças organizacionais não promoveram o impacto esperado nas ações para a construção de uma nova concepção dos componentes e elementos que constituem a Assistência Farmacêutica para o Estado de Pernambuco, uma vez que, com a mudança do Governo Estadual, em 1999, uma nova estrutura organizacional fora instituída na SES, e a Assistência Farmacêutica que era uma Diretoria Executiva com três Departamentos e seis Divisões, subordinada diretamente à Diretoria de Saúde, passou a ser um Departamento, então denominado de

Departamento de Normatização e Padronização de Assistência Farmacêutica (DNPAF), com apenas duas Divisões, inseridas na Diretoria Executiva de Desenvolvimento em Saúde (DEDS), conforme podemos observar no modelo do Organograma 2 (Anexo A).

Reconhece-se a importância para a história da Assistência Farmacêutica no Estado de Pernambuco, as ações que aquela Diretoria desenvolveu naquele período, no entanto, o fortalecimento da estrutura organizacional centrava-se no Nível Central da SES, deixando as outras estruturas, como serviços de farmácias hospitalares e ambulatoriais (estaduais e regionais), com estruturas gerenciais frágeis, não compatíveis com as atividades que desenvolviam, interferindo, sobremaneira, no desenvolvimento de uma rede de atividades regionalizadas onde, nesse percurso, havia a quebra de um elo que interferia no retorno de cada ação, processo esse extremamente importante no desenvolvimento de uma ação participativa.

A desestruturação organizacional da Assistência Farmacêutica no nível central da Secretaria Estadual de Saúde comprometeu, sem dúvida nenhuma, todas as suas ações, gerando perdas importantes de profissionais capacitados que estavam iniciando um trabalho pioneiro no Estado, bem como o desestímulo daqueles que ficavam. O retrocesso na estrutura organizacional se refletiu na ponta do sistema: as Divisões de Farmácias Hospitalares dos grandes hospitais da rede tinham em sua organização dois setores formalizados (Setor de Farmácia Ambulatorial e Setor de Abastecimento Farmacêutico), estruturas essas resultado de um processo de dez anos de luta dos profissionais para o resgate do espaço da Farmácia Hospitalar. Isto também foi desmontado, retrocedendo formalmente a meros setores de farmácias hospitalares. Nos pequenos hospitais e Farmácias das Regionais de Saúde, essas estruturas foram extintas, passando a representar apenas atividades subordinadas à almoxarifados de materiais, “terra de ninguém”, onde qualquer profissional pode “tomar de conta”, dependendo do entendimento que o diretor da Unidade tem do que significava e a importância de um serviço de farmácia bem estruturado, e acompanhado um profissional farmacêutico capacitado.

Gestão muito conturbada para a Assistência Farmacêutica em Pernambuco, no período de 1999 a 2002, após o impacto da desestruturação administrativa de toda uma equipe e, principalmente, porque nos dois primeiros anos, houveram dois gerentes consecutivos. No entanto, o trabalho tinha que continuar, e a Secretaria Estadual, junto à nova estrutura administrativa, tinha que desenvolver o processo de organização da Política de

Medicamentos e Assistência Farmacêutica, através de instrumentos jurídicos, visando à implantação dessas ações.

Nesse mesmo período, o Ministério da Saúde, com o objetivo de implantar e implementar as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, então instituída em 1998, através da Portaria GM/MS 3.916, desenvolve vários programas assistenciais, com um novo modelo de orientação no processo da descentralização de medicamentos, baseado em três pressupostos básicos de ordem epidemiológica, que são: as doenças que configuram problemas de Saúde Pública representadas pelo Programa de Medicamentos Estratégicos; doenças raras de alto custo e de tratamento prolongado, representadas pelo Programa de Medicamentos Excepcionais; e as doenças de atenção básica, representadas pelo Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.

Algumas considerações importantes pode-se citar sobre a implantação destes programas verticalizados do MS e como se desdobraram no Estado de Pernambuco:

Programa de Assistência Farmacêutica Básica

A NOB/96 efetivamente implantada em 1998, introduziu importantes modificações no SUS, principalmente, no sentido da descentralização e priorização da Atenção Básica.

De acordo com o Plano de Assistência Farmacêutica de Pernambuco/2000, estudos da Organização Mundial de Saúde mostram que os gastos com medicamentos chegam a 66% dos Recursos da Saúde nos países em desenvolvimento e que, muitas vezes, é provocado pelo seu uso irracional.

Em 1975, foi instituída a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), através de portaria ministerial 223/ 75, que é um instrumento importante no processo da descentralização; seguindo diretrizes recomendadas pela OMS, dando ênfase à avaliação da segurança e da eficácia, além de fazer considerações a respeito da disponibilidade dos produtos internos e regionais. Esta lista continha 315 produtos, em 475 apresentações, destinadas a atender às principais patologias prevalentes do país.

Com a falência e extinção da CEME, em 1997, cuja atuação apresentava problemas e cuja cultura centralizadora estava em desacordo com as novas diretrizes da NOB 01/96,

suas atribuições foram assumidas por diversas unidades da estrutura do Ministério da Saúde, o qual entre outras ações, implantou a Programa de Farmácia Básica (PFB), com o objetivo de possibilitar o acesso da população a esses medicamentos na Atenção Primária da Saúde, mediante à distribuição de um elenco de 40 itens; posteriormente, reduzidos a 32, destinados a municípios com população até 20.000 habitantes, atendendo 35 milhões de pessoas em, aproximadamente, 4000 municípios.

Ainda de acordo com o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco/2000 esse programa cobria cerca de 18% de nossa população. Na mesma época, uma pesquisa revelou, que famílias pobres da região do Nordeste, gastavam 5% de suas rendas, para aquisição de medicamentos; situação esta não específica para Pernambuco, pois se apresentava em todos os estados brasileiros. Demonstrando a fragilidade do programa na resolutividade de suas ações, onde a situação de desabastecimento de medicamentos se agravou, tanto com os medicamentos de Atenção Básica, quanto os direcionados para outros programas específicos, como Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental, Saúde do Idoso, etc., além da perda da interlocução do Ministério da Saúde com as demais esferas gestoras e da fragmentação das suas ações.

Preocupados com a situação, os membros da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), aprovaram, em 29.10.98, as orientações para o estabelecimento de normas para a operacionalização de transferência de recursos do MS para os municípios, para custearem as despesas com medicamentos seguindo os princípios da CIT; em Pernambuco, a operacionalização foi aprovada na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), a qual definia:

- a) implantação das Ações da Assistência Farmacêutica Básica para Pernambuco;
- b) transferências de recursos federais no montante de R\$ 1,00 por habitante/ano e as contrapartidas estadual e municipal, no montante de R\$ 0,50, respectivamente, somando um total de R\$2,00 por habitante/ano.

Em 1999, o MS divulgou a Portaria nº 176 de 08/03/99, que estabelecia critérios e requisitos para qualificação e habilitação dos municípios, como também estabelecia as competências do Gestor Estadual junto ao Programa. Dentre esses critérios, teve-se a implantação do primeiro Plano Estadual de AF Básica, elaborado pelo DNPAF, e aprovado pela CIB, através da Resolução 322, de 3 de maio de 1999, seguindo as diretrizes da PNM e da Portaria GM/MS 176/99.

O Plano incorporou a Política de Assistência Farmacêutica do Estado, estendida a diversos programas de promoção à saúde, sendo implantado em setembro/99, baseado nos quatro objetivos primordiais:

- a) Elaboração da listagem de medicamentos básicos para o Estado, orientando-se pela RENAME e a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME), cujo elenco seria seguido pelas Secretarias Municipais da Saúde, observando os parâmetros de prevalência epidemiológica e programas de saúde implantados para a clientela SUS dos municípios.
- b) Desenvolver o processo de orientação da AF para o Estado, de acordo com a PNM, e da Port./MS 176/99, implantando-a e implementando-a em todos os municípios.
- c) Desenvolver o manejo de logística e distribuição
- d) Acompanhar e avaliar as ações e serviços de AF junto aos municípios.

Como foi visto, o Programa de Incentivo de Assistência Farmacêutica Básica (PIAFB), vem funcionando, desde abril/99, através de repasse dos recursos financeiros das três esferas de governo aos municípios devidamente habilitados, de acordo com os critérios estabelecidos na Port.176/99.

Os municípios aderem ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, através de um Termo de Adesão, pactuado na CIB, e apresentam seu Plano Municipal de AF Básica.

Aos municípios coube a opção de optar por três tipos de pactuação:

- a) aquisição totalmente centralizada no Estado;
- b) aquisição parcialmente centralizada no Estado;
- c) aquisição parcialmente centralizada no município.

O Estado de Pernambuco aderiu à aquisição “parcialmente centralizada junto aos seus municípios”, onde o Estado repassa R\$ 0,50 por habitante/ano, em 12 parcelas, através

de medicamentos do LAFEPE.

O acompanhamento técnico-financeiro do PIAFB, junto aos 185 municípios, em Pernambuco, vem sendo executado pelo DNPAF, inicialmente, através de critérios estabelecidos pela Portaria MS/SAS 956/2000, por planilhas trimestrais e, posteriormente, através do Programa Informatizado para Prestações de Contas da Assistência Farmacêutica Básica (SIFAB), considerando critérios estabelecidos na PORT. MS/SAS 2050/2001, alterando os artigos 5º e 6º da Portaria. 956/00, considerando a implantação de um “software” denominado SIFAB; sistema este concebido para mensurar, em diversos aspectos, a aplicação dos recursos financeiros às contrapartidas pactuadas entre a União, Estados e Municípios, bem como os medicamentos adquiridos com estes recursos.

Também faz parte do Programa de Assistência Farmacêutica Básica, o Programa de Farmácia Popular, criado em março de 2001. É desenvolvido em conjunto com o Programa Saúde da Família (PSF) e visa a aprimorar o atendimento à atenção básica e atender ao aumento de cobertura proporcional pelo PSF. Cada equipe implantada recebe um conjunto de medicamentos básicos, suficiente para atendimento da clientela adscrita, em média 3.500 pessoas por um período de três meses.

Como se observa, os programas foram implantados pelo MS para serem executados e acompanhados pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, especificamente, pelas coordenações de assistência farmacêuticas, independentemente das estruturas administrativas que tenham. Não foi fácil para o então DNPAF, da SES-PE, cumprir suas responsabilidades junto a esses programas; no entanto, no segundo biênio da gestão, a SES, na pessoa de seu gestor e de seus assessores, preocupados com o rumo que a AF estava tomando, junto ao volume e importância de atividades, convidou um novo gerente para o DNPAF, ao qual foi dado mais apoio administrativo para conduzir as ações e, ainda no segundo semestre de 2001, foram contratados mais cinco farmacêuticos para compor a equipe e implantar as novas atividades.

Em Pernambuco, o PIAFB, a partir de 1999, teve toda sua implantação junto aos 185 municípios, com a participação efetiva do DNPAF, o qual com extrema dificuldade, frente ao número de técnicos que era exíguo, naquela ocasião, conseguiu desenvolver todo processo de habilitação e adesão dos mesmos ao Programa; de 2000 a 2001, iniciava-se a fase do controle e avaliação físico-financeira, de acordo com a Port. GM/MS 956/2000, no

entanto, esse processo ainda foi muito lento, frente à falta de capacitação por parte do MS, e o número de técnicos do departamento. Só em dezembro de 2001, foi composta uma equipe exclusiva para o desenvolvimento desse programa, gerenciada por um farmacêutico; a partir de então, as ações começaram a ser implementadas a contento, dentro da estrutura disponível. No primeiro semestre de 2002, foram realizadas supervisões e treinamentos sobre os aspectos gerais do PIAFB em todas as regionais de saúde, e um processo de sensibilização fora iniciado junto aos gestores municipais para que contratassem seus farmacêuticos, pois este profissional seria o elemento facilitador, condutor e responsável por essa ação no município; salientando que, naquela ocasião, o número de farmacêuticos contratados e estruturas de AF formalizadas nos mesmos não ultrapassavam 10% em todo o Estado, e hoje, já alcançou quase 50%.

Outras considerações críticas que ainda temos a fazer, além das operacionais, no contexto do Programa de Assistência Farmacêutica Básica, é o Programa da Farmácia Popular que, desenvolvido com o PSF, totalmente desarticulado com o PIAFB, acarreta superposições de elenco de medicamentos e atividades, comprometendo, sem dúvida nenhuma, todo um processo de logística de distribuição e dispensação; contribuindo, dessa forma, para o uso irracional dos medicamentos repassados à população pelos respectivos programas.

O Programa de Medicamentos Estratégicos

De acordo com as informações do MS, através da Edição “Política Federal de Assistência Farmacêutica, 1990 – 2002 (BRASIL, 2002e), esses medicamentos atendem os programas de Tuberculose, Hanseníase, Malária, Esquistossomose, Tracoma, Leishmaniose, Meningite, Cólera, Filariose, Diabetes e Hemofilia. Incluem também alguns medicamentos para Assistência Farmacêutica Básica, AIDS e Saúde Mental. Os recursos totais aplicados para esse grupo foram ampliados entre 1997 e 2001. Em 1997, foram da ordem de R\$ 569.672 milhões, passando em 2001, para R\$ 1.048,176, um aumento nominal de R\$ 478,5 milhões ou 84%.

Desse total, a participação dos medicamentos voltados para a assistência farmacêutica básica aumentou, significativamente, alcançando 16% do total em 2001, o que

demonstra a prioridade dada a esse tipo de ação. O Programa de AIDS também absorve parte considerável dos recursos dos medicamentos estratégicos, chegando a 49% do total em 2001. Este percentual já foi maior, porém iniciativas de redução de preços dos medicamentos do programa e a ampliação dos demais gastos têm provocado uma redução dessa participação, tendência que deve se manter nos anos seguintes.

Nesse programa os medicamentos são adquiridos pelo MS, mas as atividades de programação e distribuição de medicamentos junto às regionais de saúde e municípios são de inteira responsabilidade da Assistência Farmacêutica e da coordenação de epidemiologia estadual, o que demonstra, mais uma vez, a necessidade de uma infra-estrutura em área física e de recursos humanos capacitados. No DNPAF, novas atividades foram implementadas nesse período, como a inserção efetiva de um farmacêutico do departamento na equipe de Epidemiologia da SES, estreitando a relação entre os dois setores, bem como participando ativamente em todas as atividades de programação e capacitação da rede. Em 2001, foram contratados mais dois farmacêuticos para essas atividades, número ainda insuficiente, pois só foram contemplados os programas da AIDS, Hansen, Tuberculose e Diabetes; aos demais, a participação da AF era ainda incipiente.

Salienta-se ainda, que cabe à coordenação estadual de AF a responsabilidade de acompanhar todo processo logístico dos programas, até da questão da complementação de estoque, em algum momento em que o MS não possa atender.

No Estado de Pernambuco, nas atividades de controle e avaliação junto às regionais de saúde e municípios, observa-se como as estruturas são frágeis, começando pelas regionais de saúde, que não têm profissionais nem em número e nem em capacitação suficientes para desenvolver as atividades a contento; os números se perdem, começando pelas notificações, e daí começa uma seqüência de erros que geram programações incorretas e, conseqüentemente, desperdícios ou falta de medicamentos, prejudicando o tratamento da população.

O Programa da AIDS

De acordo com a edição “Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002” (BRASIL, 2002e) esse Programa destacou-se por seu volume, nos medicamentos estratégicos, destinados ao combate à AIDS. Representou um desembolso de R\$ 515,5 milhões em 2001.

O Programa de Combate à AIDS do Brasil é reconhecido como um dos melhores do mundo. Grande parte de seu sucesso deve-se à distribuição do coquetel de medicamentos para os portadores de HIV. Cerca de 105.000 pacientes recebem hoje os medicamentos de combate à AIDS, o que representa 100% das pessoas que preenchem os critérios estabelecidos no documento de consenso terapêutico em HIV/AIDS do MS. Atualmente o MS distribui 12 medicamentos anti-retrovirais, em 25 apresentações farmacêuticas, em 424 unidades dos serviços de saúde.

De acordo com o Boletim Informativo DST/AIDS de Pernambuco/2004 no Estado, atualmente, assiste a 7.791 pacientes, com 07 Unidades de Referência, distribuídas em várias regionais de saúde, sendo o maior número em Recife (PERNAMBUCO, 2004).

A Assistência Farmacêutica tem uma participação efetiva junto a esse Programa no Estado, mantendo um farmacêutico (com contrato com o próprio Programa), que possibilita uma relação muito estreita entre as duas coordenações, com o objetivo primordial de acompanhar todas as etapas de desenvolvimento do mesmo, desde a programação até a efetiva dispensação junto aos pacientes, através de boletins desenvolvidos pela AF. O farmacêutico também participa do Comitê Clínico, junto aos demais profissionais e é responsável por todos os processos de aquisição junto ao DNPAF. Vale a pena ainda citar que, após a incorporação do farmacêutico do DNPAF, supervisionando a dispensação nas Unidades de Referência, os resultados vêm sendo extremamente satisfatórios, diante da diminuição do desperdício de medicamentos por vários fatores, entre eles, a adesão e o abandono ao tratamento e o controle de validade dos medicamentos em estoque nas Unidades.

O Programa de Saúde Mental

Em 1999, foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria 1.077/99, o Programa para Aquisição de Medicamentos para Saúde Mental que, seguindo o princípio da descentralização, permite que a programação e as compras acompanhem a estrutura e particularidades de cada local (BRASIL, 1999b). O Ministério da Saúde envia diretamente aos fundos de saúde o equivalente a 80% dos gastos que estão condicionados a uma contrapartida de 20% do total. Em 2001, foram destinados a esse programa R\$ 22,9 milhões por parte do Governo Federal (BRASIL, 2002e).

Dentre as ações de responsabilidade da Gerência de Saúde Mental e especificamente, junto à Coordenação de Assistência Farmacêutica desta SES, podemos citar:

- a) Participar na Bipartite das negociações para adoção de critérios para repasses de recursos / medicamentos aos municípios;
- b) Selecionar e programar medicamentos essenciais em Saúde Mental de acordo com a relação do Ministério da Saúde, portaria nº507/GM de 23/04/99, perfil epidemiológico, consumo médio e capacidade instalada para municípios que estejam em gestão da atenção básica de saúde;
- c) Realizar o processo logístico de aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos de forma racional de acordo com o plano de Saúde Mental;
- d) Participar da Comissão de Acompanhamento, Controle e Avaliação das ações de Assistência Farmacêutica em Saúde Mental;
- e) Coordenar, normalizar, assessorar, supervisionar, controlar e avaliar as Ações de Assistência Farmacêutica em Saúde Mental em Pernambuco.

O Programa de Medicamentos Excepcionais

Regulamentado através da portaria MS/SAS nº 204 de 06 de novembro de 1996, consta de medicamentos de valor elevado e administrados por períodos longos, como os destinados a doenças neurológicas, osteoporose, hepatites e transplantes. A aquisição e distribuição desses medicamentos são de responsabilidade dos Estados, devendo ser financiada com recursos do Ministério da Saúde integralmente, o que acontecia, com a maioria dos Estados, até 2001.

Até o final de 1999, os recursos para aquisição desses medicamentos compunham os tetos financeiros estaduais, sendo repassados mediante a apresentação do comprovante de compra pelos Estados. A partir de 2000, esse gasto passa a ser financiado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), administrado pelo Ministério da Saúde. Os repasses financeiros passam, então, a ser realizados diretamente aos fundos de saúde. Isso significou o recebimento dos recursos antecipadamente, permitindo melhores condições de negociação aos gestores estaduais nos anos anteriores.

A relação de medicamentos excepcionais existe desde 1993, no entanto, até 1996, poucos medicamentos estavam de fato disponíveis. De acordo com o MS, a partir de 1997 o programa experimenta um grande aumento no número de medicamentos, pacientes e recursos. Entre 1997 e 2001, o número de unidades aumentou em 511%, o de pacientes em 384% e o gasto em 318%. Em 2001 eram distribuídos 41 medicamentos, número que foi aumentado para 90, em 2002. Como vimos, a condução do programa, implica em ações técnicas e administrativas, tanto por parte do MS quanto das Secretarias Estaduais, que envolvem repasse de recursos, controle de pacientes e controle de dispensação dos medicamentos (BRASIL, 2002e).

Medicamentos Excepcionais – Ações junto ao Departamento de Assistência Farmacêutica – PE.

Desenvolve-se nesse Departamento as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação desses medicamentos aos pacientes cadastrados de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecida pelo Ministério da Saúde, conforme visualiza-se na Figura 1 a seguir, em consonância com o ciclo logístico da AF:

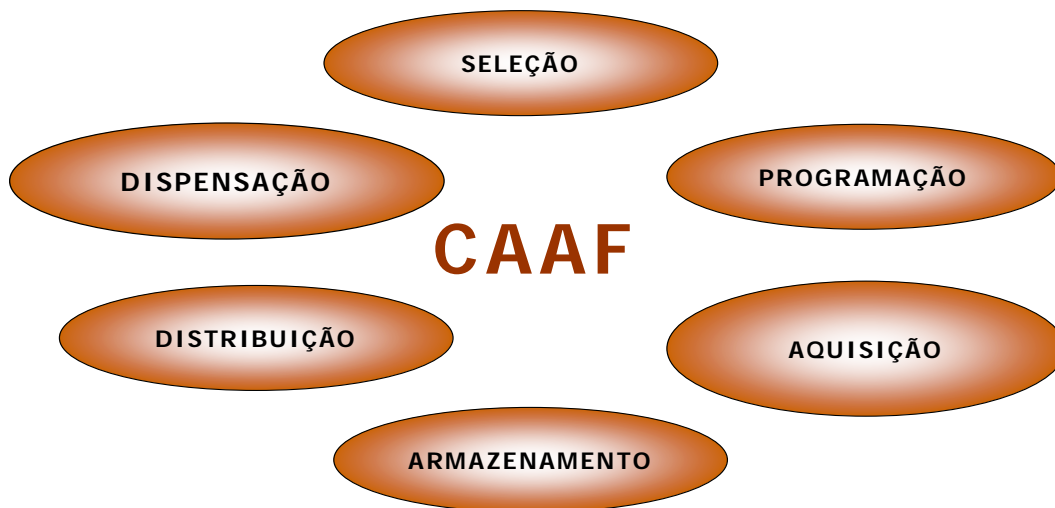


FIGURA 1 – Ciclo da Assistência Farmacêutica

Cabendo também ao Estado definir os Centros de Referências e o fluxo de encaminhamento dos pacientes, de modo a assegurar o diagnóstico correto e acompanhamento em Pernambuco.

Os pacientes são atendidos na Farmácia de Medicamentos Excepcionais, esta, como parte integrante do Departamento de Assistência Farmacêutica de PE, é responsável pela dispensação de medicamentos, acompanhada e supervisionada por farmacêuticos que desenvolvem um projeto de Atenção Farmacêutica aos pacientes, conforme fluxograma de atendimento na Figura 2.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

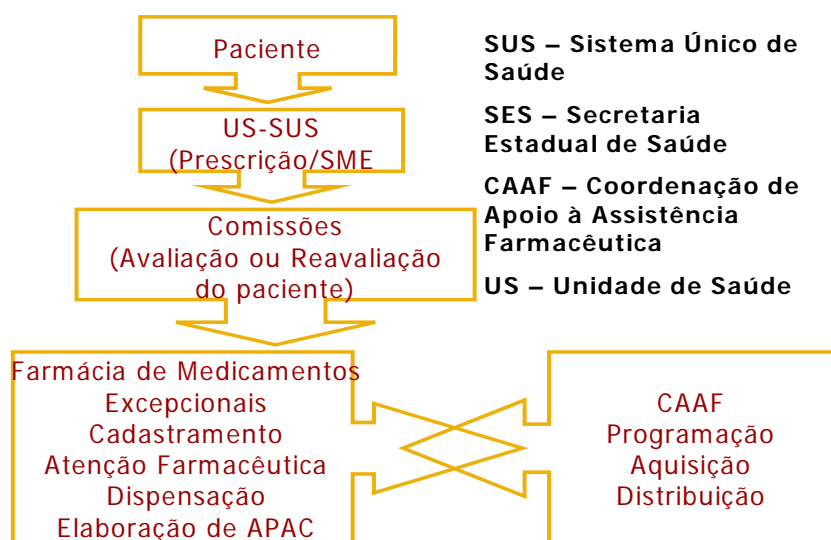


FIGURA 2 – Fluxograma de Atendimento da CAAF/PE, do Programa de Medicamentos excepcionais (2004).

No Estado de Pernambuco, verifica-se que essas ações se desdobram em muitas outras como por exemplo, o acolhimento da demanda dos pacientes por medicamentos, o cadastro desses pacientes, a dispensação, a logística de estoque, e a elaboração do preenchimento da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) para reembolso junto ao Ministério da Saúde.

Muitas dificuldades na execução do programa fazem parte do dia-dia, entre elas podemos citar:

- a) o número de itens padronizados no programa, que desde o seu início teve um acréscimo de mais de 600%;
- b) instalações físicas e equipamentos sempre insuficientes para a demanda de atividades da Coordenação como um todo;
- c) recursos Humanos em quantidade e qualificação incipientes para as ações ora desenvolvidas;
- d) e, principalmente, as dificuldades orçamentárias para a aquisição de medicamentos onde, sempre os valores de reembolso do Ministério da Saúde, nos últimos dois anos, não alcançam todas as despesas que ocorrem sobre a Secretaria Estadual. Acarretando, sem dúvida, o maior problema que enfrenta-se atualmente; problema este de forma global das Secretarias Estaduais de Saúde porém, afeta diretamente todas as ações do Departamento de Assistência Farmacêutica.

Diante de tal fato, e frente à população que está cada vez mais ciente de seus direitos, vivenciou-se um processo gradativo de açodamento da Assistência Farmacêutica, financeiramente e estruturalmente incipiente, para atender à crescente demanda, gerando, conseqüentemente, o “modismo das ações judiciais”, que passou a ser o caminho que a população encontrou para garantir o acesso a medicamentos de custo elevado junto ao SUS em muitos Estados brasileiros, inclusive Pernambuco.

Frente a essas exposições, observa-se a dimensão das atividades sob responsabilidade do Departamento de AF em uma Secretaria Estadual que, em Pernambuco, frente à estrutura organizacional que dispunha, não conseguia executá-las dentro de um planejamento estratégico adequado, apesar de toda atenção que esta Coordenação tinha junto à Superintendência de Saúde da SES, e demais Gerências.

Sensibilizados com a questão, a SES-PE, no segundo semestre de 2002, inseriu a Assistência Farmacêutica no Projeto do Ministério Saúde - REFORSUS – CNPq – Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, contemplada como Produto 10, então denominado Reorganização da Gestão da Assistência Farmacêutica no Âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco; assessorado por um grupo de consultores técnicos da Fundação Getúlio Vargas.

Esse projeto vinha atender às necessidades apresentadas pelo então DNPAF, que era reorganizar a gestão da Assistência Farmacêutica (AF) no âmbito da referida secretaria, que resultou na elaboração de uma proposta, para a apreciação pela Coordenação do Projeto e, posteriormente, ser validada pela equipe de AF da SES/PE, objetivando a proposta final nessa área, como um dos produtos para compor o Projeto.

Considerando-se as diversidades e complexidades das atividades sob responsabilidade deste departamento, entendeu-se a necessidade da estruturação adequada dos Serviços de Assistência Farmacêutica como instância gestora da AF do SUS em nível estadual e, portanto, deve fazer parte da organização formal da Secretaria de Estado da Saúde, em posição o mais próximo possível da esfera de decisão da instituição, com a definição clara das suas funções e competências.

O projeto foi desenvolvido através de reuniões entre os consultores da Fundação Getúlio Vargas (FGV), a gerência do DNPAF e demais técnicos da equipe, que teve como primeira etapa um diagnóstico de todas as ações desenvolvidas pelo departamento, a estrutura organizacional, capacidade instalada de recursos humanos, área física e equipamentos, e ainda como estruturas de apoio, também foram avaliados o sistema de informação, fluxo de documentos, monitoramento das ações junto aos municípios, estrutura física e processo logístico da Central de Abastecimento, como também o efetivo funcionamento dos comitês clínicos de farmácia e terapêutica estadual.

Como resultado deste trabalho, foram sugeridas várias intervenções no âmbito de cada ação, dentre elas, e considerada como primordial pelo grupo de técnicos, que seria a reestruturação organizacional e a alocação de recursos humanos. Retornando o Departamento de Assistência Farmacêutica a condição de Diretoria Executiva, como na gestão anterior. Assim sendo, teria condições de exercer com maior autonomia as atividades de gestor da AF estadual, dentro da Diretoria de Planejamento em Saúde, com as competências para propor as

diretrizes da política de medicamentos da SES-PE, cabendo o papel de coordenador da operacionalização dessas competências e de ser o articulador, tanto com outros setores da SES-PE e em especial com as outras coordenações técnicas estaduais dos programas de saúde que tenham insumos farmacêuticos, como também com outros atores externos, em especial os municípios e o Ministério da Saúde.

Tendo a municipalização dos serviços de saúde, no processo da descentralização, como um dos principais fundamentos do SUS, cabe ao gestor estadual o papel de articulador, controlador e avaliador do sistema estadual de saúde, com as instâncias de gestões do Sistema. Na AF, esse processo não teve a mesma dinâmica como os serviços de assistência, por exemplo, por razões de ordem histórica e também estratégica, principalmente da instância federal. Assim, a AF em nível de gestor estadual, tem peculiaridades de, além de articulador, controlador e avaliador, tem também um papel importante de executor, incluindo-se pesadas atividades que envolvem recursos financeiros significativos. Daí a necessidade da AF, em nível de gestor estadual, ter uma estruturação com alta capacidade de resolução e o mais próximo possível do nível de decisão, justificando-se as proposições apresentadas (BRASIL, 2002b, p. 22).

Diante do exposto, foi apresentado à Coordenação do Projeto, junto à Secretaria Estadual, uma nova proposta de estrutura organizacional, como apresentamos no Organograma 3 (Anexo A).

Estrutura organizacional atual da Coordenação de Assistência Farmacêutica da SES-PE

Considerando todo esforço de uma equipe que, mesmo incipiente, sempre procurou desenvolver suas atividades com competência e seriedade, com um esforço sobre-humano, houve um resultado pouco satisfatório frente às novas mudanças estruturais da Secretaria Estadual da Saúde, a qual, diante da nova gestão do Governo Estadual, para o quadriênio 2003-2006, com uma importante Reforma Administrativa Estadual, existiram significativas mudanças em seu organograma. E a Assistência Farmacêutica, diante da expressividade das atividades que ora desenvolve, galgou uma instância mais próxima do nível de decisão, mas não com o cargo como as demais Gerências e sim como uma Chefia de Apoio; como também não houve as suas outras estruturas devidamente formalizadas, mantendo-se as mesmas gerências anteriores, como se pode observar no modelo de Organograma 4 (Anexo A), oficializado através do Decreto Estadual n.º25.318, de 20 de março de 2003.

Acrescenta-se ainda, mesmo que oficialmente, os nomes das estruturas administrativas sejam outras, são reconhecidas pela SES, com a denominação abaixo apresentada na Figura 3:



FIGURA 3 - Organograma informal da CAAF/PE, em 2003

Com essa estrutura organizacional, de então Coordenação de Apoio à Assistência Farmacêutica, continuou-se o trabalho, cheio de perspectivas de que outras mudanças viriam, inclusive, mais apoio ao desenvolvimento das atividades operacionais, o que não se pode deixar de reconhecer que aconteceram.

Dentro da trajetória da Assistência Farmacêutica em Pernambuco, não se poderia deixar de colocar um fato importante: a 1ª Conferência Estadual de Medicamentos e Assistência Farmacêutica de Pernambuco – Acesso, Controle Social e Humanização, indicada através da Resolução Estadual nº 192 de 19 de março de 2003, realizada em julho de 2003 que, sem dúvida, apresentou um marco histórico para a busca da Política Estadual de Medicamentos e Assistência Farmacêutica no Estado, apontada como uma das principais diretrizes para a sua efetivação.

As propostas apresentadas no Relatório Final da Conferência, apontaram diretrizes junto aos outros estados brasileiros, para a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em Brasília, em setembro de 2003.

Em dezembro de 2003, houve nova mudança na gerência da coordenação mas, no entanto, os demais membros do grupo continuaram, o que se observou, e estão dando continuidade a um trabalho que, com muito esforço, teve sua credibilidade efetivada, e o papel da Assistência Farmacêutica sedimentado no âmbito das políticas de saúde de uma gestão estadual.

Diante de tudo o que foi exposto, frente à trajetória da Assistência Farmacêutica em Pernambuco, observou-se, claramente, em seu desenvolvimento quão atrelado ela ainda se apresenta ao governo central, desde as suas primeiras formas de organização junto aos Institutos de Aposentadoria e Pensão, passando pela Previdência Social, e hoje, ao MS, pactuando com Misoczky (2003), no Capítulo 6, quando afirma sobre a proposta de descentralização das ações da saúde que, apenas reforça a capacidade de controle a partir de mecanismos de financiamento, conduzindo-se assim, à prática da descentralização tutelada.

7 PERNAMBUCO E SUAS DIFERENTES FORMAS DE REGIONALIZAÇÃO

7.1 HISTÓRICO DA REGIONALIZAÇÃO EM PERNAMBUCO

De acordo com o Instituto de Desenvolvimento de Pernambuco (CONDEPE, 1976), em Pernambuco, desde o início do processo de colonização, observaram os portugueses a existência de uma zona florestal – a mata atlântica ou floresta tropical úmida – em faixa em que domina o clima tropical úmido e apto à produção de cana-de-açúcar e, para o interior, uma faixa de clima sub-úmido e semi-árido que não se prestava ao cultivo da cana-de-açúcar e que, nos primeiros tempos, foi utilizada pela pecuária extensiva em campo aberto. O sistema colonial-exportador, então implantado, soube inteligentemente utilizar as duas áreas como complementares uma da outra, sendo a primeira, próxima ao litoral, destinada à cultura da cana-de-açúcar e à produção do açúcar para a exportação e a posterior, distante do litoral e carente de umidade, destinada à pecuária. Pecuária que fornecia à Zona Açucareira, onde havia maior adensamento de população, os animais de trabalho e de corte para o atendimento da demanda dos engenhos e da população que neles vivia. Só no século XVIII, quando houve uma grande demanda de algodão no mercado internacional, é que a região semi-árida passou a ser cultivada com essa malvacea, também destinada ao mercado externo.

Tradicionalmente, face ao impacto da floresta sobre o colonizador, chamou-se à zona úmida de Zona da Mata, mesmo após a destruição da floresta, e à zona seca, interiorana, de Sertão. No Sertão, se distinguiam as áreas peneplanizadas onde dominava a vegetação xerófila de caatinga – nome indígena dado a esta associação vegetal – e as manchas úmidas de brejo (CONDEPE, 1976, p. 4).

De acordo com o CONDEPE (1976, p. 4-15), os primeiros estudos da divisão do espaço pernambucano tem seu início a partir de 1945 com as Regiões Naturais Fitogeográficas, Zonas Fisiográficas, Microrregiões Homogêneas, Regiões Administrativas e Regiões Funcionais Urbanas como apresentamos a seguir:

A divisão do espaço pernambucano em Regiões Naturais

O primeiro estudo de divisão do espaço pernambucano em regiões foi realizado pelo professor Hilton Sette em 1945, em tese para obtenção da Cátedra de Geografia do Brasil no tradicional Ginásio Pernambucano⁷. Hilton Sette, profundamente influenciado pelos ensinamentos de Ricchieri e pelo trabalho de Fábio Macedo Soares Guimarães⁸, dividindo o espaço brasileiro em grandes regiões naturais, levou em consideração apenas os aspectos físicos ao regionalizar o espaço pernambucano. Daí a divisão do mesmo em três regiões naturais, conforme apresentamos na Figura 4. O estudo consistiu de uma análise da estrutura geológica, do relevo, do clima, da hidrografia e da vegetação natural, com uma divisão do mesmo em regiões elementares geológicas, orográficas, climáticas, hidrográficas e botânicas e, uma posterior superposição das mesmas, para concluir que o espaço pernambucano compreendia três regiões naturais: a Mata e Litoral, o Agreste e o Sertão.

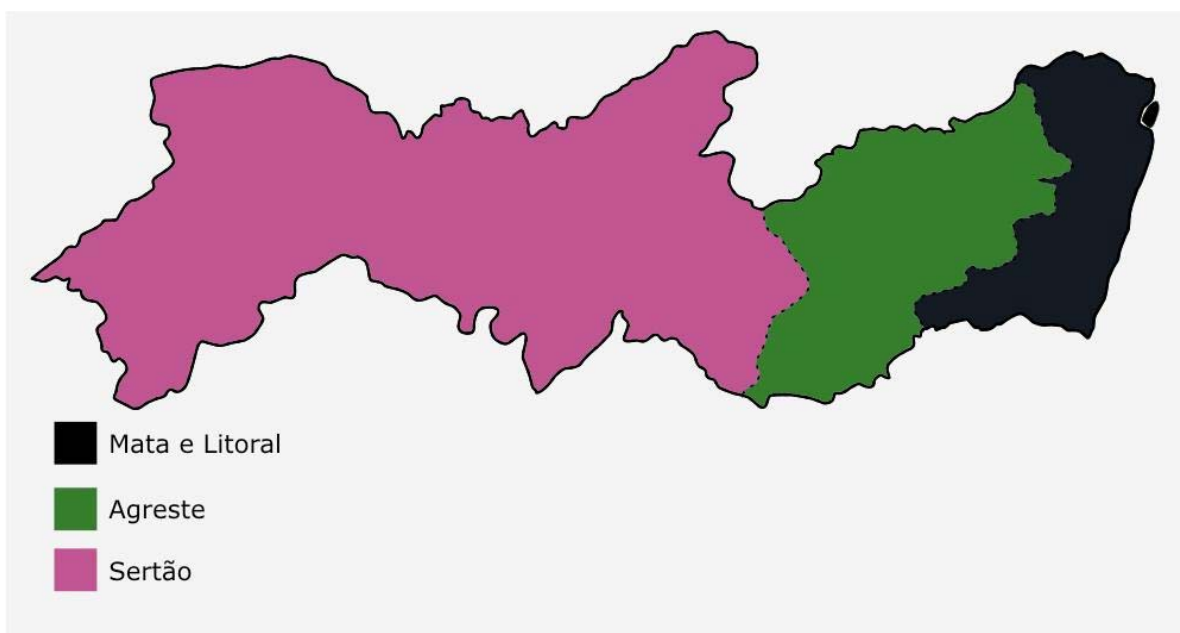


FIGURA 4 - Regiões Naturais
Fonte: CONDEPE (1976)

⁷ Sette, H. *Contribuição ao estudo das regiões naturais do Estado de Pernambuco*. Recife: [s. n.], 1945.

⁸ DIVISÃO regional do Brasil. *Revista Brasileira de Geografia*, Rio de Janeiro. a. 3, n. 2, 1941.

A divisão do espaço pernambucano em Regiões Fitogeográficas

Em 1949, o ecólogo e botânico Vasconcelos Sobrinho⁹ publicava um livro, muito debatido na época, em que propunha dividir o espaço pernambucano em regiões fitogeográficas. Partindo de um estudo de abertura do problema, dividiu o ecólogo pernambucano o espaço estadual em duas grandes zonas, a da Mata e a das Caatingas (ver Figura 5).

Admitindo que cada zona se dividia em sub-zonas e as sub-zonas em regiões, dividiu o ecólogo a Zona da Mata em duas Sub-Zonas, a Marítima e a dos Mangues e a dos Tabuleiros, enquanto a Continental compreendia a Mata Seca, com as regiões do Siriji, das Palmeiras e do Capibaribe; e a Mata úmida com as regiões do Ipojuca, do Sirinhaém, do Una e do Piranji.

A zona das Caatingas, bem mais extensa, de vez que compreendia mais de 80% da superfície estadual, era dividida em duas Sub-Zonas, a do Agreste e a do Sertão.

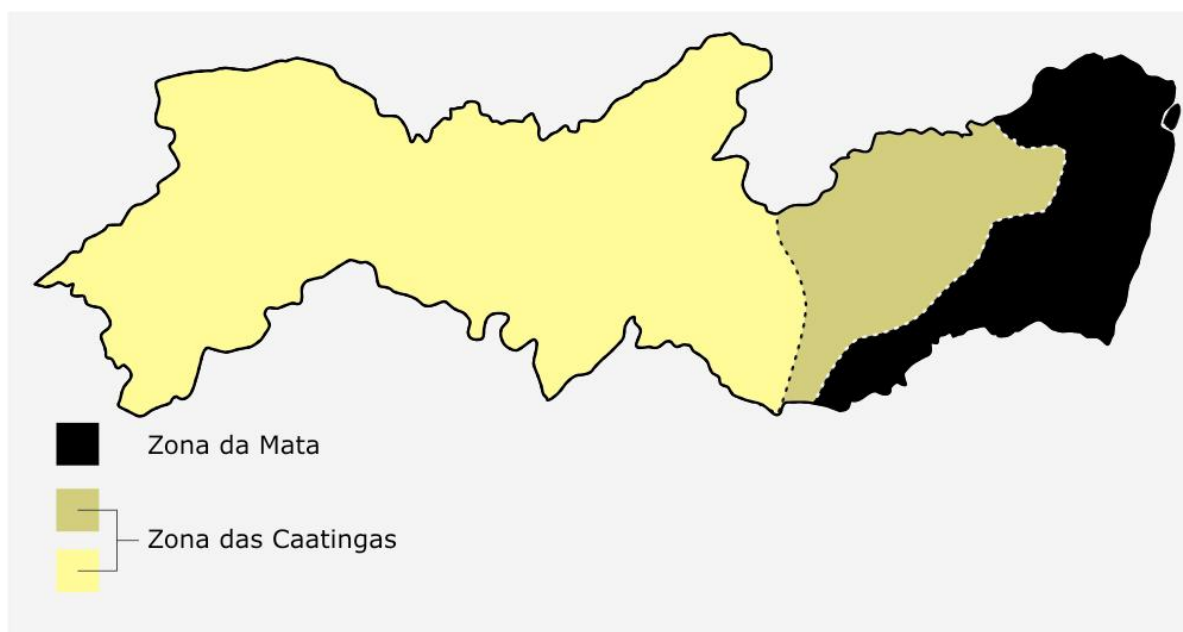


FIGURA 5 - Regiões Fitogeográficas
Fonte: CONDEPE (1976)

9 AS Regiões Naturais de Pernambuco, o Meio e a Civilização. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1948.

Segundo Andrade (apud CONDEPE, 1976, p. 6) o estudo do professor Vasconcelos Sobrinho pecou pela dificuldade de dados com que ele lutou, fazendo trabalho isoladamente, sem uma estrutura de apoio técnico e administrativo, e pelo enfoque essencialmente botânico dado ao mesmo. Assim, ao fazer suas divisões e subdivisões, usou critérios variáveis, ora a vegetação, na primeira divisão, ora as bacias hidrográficas, ora a simples localização ou o relevo. Sua grande contribuição foi, estabelecer uma distinção nítida entre a coexistência de uma Mata Seca e uma Mata Úmida, salientando que a vegetação constitui o espelho da ação das condições naturais, levando posteriormente, a estudar a região, à comprovação de que o processo de ocupação do espaço e da utilização dos solos também diferencia e identifica essas duas unidades geográficas regionais¹⁰.

Em estudo posterior, o Professor Vasconcelos Sobrinho¹¹ mantém, em linhas gerais, para Pernambuco, a sua divisão regional, fazendo ligeiras retificações como quando reúne em uma só unidade a região das praias e das dunas.

A divisão em Zonas Fisiográficas

Em 1955, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), compreendendo ser insuficiente a divisão do espaço geográfico brasileiro em grandes regiões, que levavam em conta apenas às condições naturais e com o enquadramento dos vários estados no mesmo, passaram a dividir cada região em zonas-fisiográficas, levando em conta tanto às variações naturais em escala mais reduzida como o processo de utilização dos solos. Caminhava-se, assim, por parte da moderação, para uma construção de que o homem, raciocinando, organiza o espaço de acordo com os seus interesses, com as suas intenções, visando à melhor apropriação dos recursos naturais renováveis e não renováveis.

Essa divisão manteve a unidade do Litoral Mata e do Agreste, mas dividiu o Sertão em várias unidades: Triunfo, Sertão do São Francisco, Araripe, Sertão Central, Sertão do Moxotó, Sertão do Alto Pajeú e Sertão do Alto Moxotó¹² (ver Figura 6).

10 ANDRADE, Manuel Correia de. Caracterização da Sub-Região da Mata Seca em Pernambuco. Recife: Edição do Museu do Açúcar, 1971. Anais da Associação dos Geógrafos Brasileiros, v. 11, t. 1. São Paulo, 1959 e o Vale Siriji (Um estudo da Geografia Regional)

11 AS Regiões Naturais do Nordeste, o Meio e a Civilização. Recife: CONDEPE, 1971.

12 Resolução n. 461 de 7 de julho de 1955 em *Boletim Geográfico*, Rio de Janeiro: IBGE, n. 133, 1956.

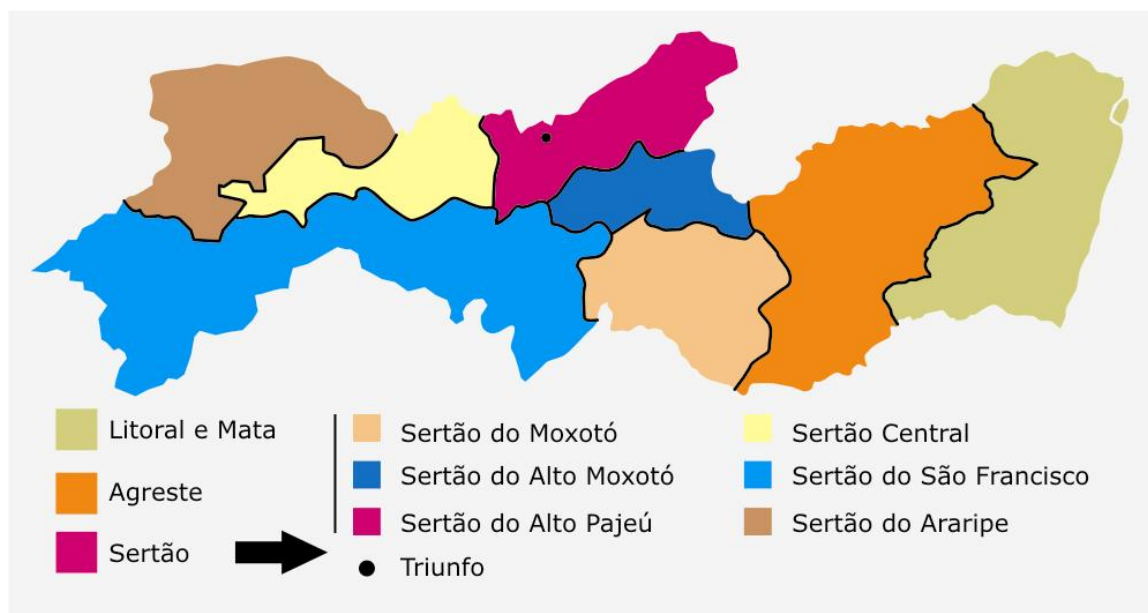


FIGURA 6 - Zonas Fisiográficas
 Fonte: CONDEPE (1976)

Embora a nova divisão apresentasse uma certa racionalidade, teve uma série de aspectos que a invalidavam, ou a desvalorizavam, como seja, manter em uma mesma unidade toda a região do Litoral – Mata, bastante diversificada em suas estruturas produtivas e perturbada pela presença do Recife que se encontrava em plena área de expansão, penetrando e incorporando à sua aglomeração os municípios vizinhos como Olinda, São Lourenço da Mata e Jaboatão. Também, no Sertão, impressionado com a presença da serra da Baixa Verde como verdadeira ilha úmida e açucareira – aí se localizavam inúmeros engenhos produtores de rapadura e de cachaça – criou-se uma zona fisiográfica, extremamente pequena, compreendendo praticamente um município, o de Triunfo.

Apesar desses pequenos problemas, ela foi utilizada pelos serviços oficiais de estatística, tanto estaduais como federais, por mais de doze anos, só sendo substituída, a partir de 1968, com a institucionalização da divisão do País e, conseqüentemente, do Estado, em microrregiões homogêneas.

A divisão em Microrregiões Homogêneas

A divisão do Estado de Pernambuco pelo IBGE em microrregiões homogêneas, como apresentamos na figura 7, em 1965, despertou um maior interesse pelos estudos regionais, fazendo com que o CONDEPE criasse em seu corpo técnico um setor de Organização do Espaço que realizou uma análise da divisão realizada pelo IBGE, indicando alguns pontos da mesma que contrariavam as características regionais.

Ainda de acordo com o CONDEPE (1976), segundo essa divisão, o Estado compreendia doze microrregiões homogêneas, localizadas três na Mata, três no Agreste e seis no Sertão. As regiões localizadas na Mata eram a Mata Seca Pernambucana, o Grande Recife e a Mata Úmida Pernambucana. Assim, os critérios utilizados que levaram em conta, para distinguir duas microrregiões homogêneas, foram as condições climáticas e o processo de ocupação e utilização do solo, no entanto, a presença da grande metrópole nordestina impôs a utilização de outro critério – grau de urbanização – para caracterizar o Grande Recife, compreendendo sete municípios. Posteriormente, seriam anexados à Área Metropolitana os municípios de Igarassu e de Itamaracá. De acordo com o IBGE, em 1968, o Agreste foi dividido em três microrregiões homogêneas: o Agreste Setentrional, o Vale do Ipojuca e o Agreste Meridional, possuindo cada uma delas características próprias que as individualizam bem. Finalmente o Sertão passou a ser dividido em seis microrregiões homogêneas, compreendendo as de Arcoverde, do Moxotó, do Alto Pajeú, de Salgueiro, de Araripina e do São Francisco¹³.

13 Divisão do Brasil em Microrregiões Homogêneas. Rio de Janeiro: Fundação IBGE, 1968.



FIGURA 7 - Microrregiões Homogêneas
Fonte: CONDEPE (1976)

A tentativa de identificação dos pólos regionais e sub-regionais

Em 1969, continuou o CONDEPE a realizar estudos regionais procurando identificar regiões funcionais ou polarizadas, através da aplicação ao espaço pernambucano da Teoria de Pólos de Crescimento do Prof. Francisco Perroux¹⁴. Para isto foi elaborada uma metodologia que compreendia duas etapas, consistindo a primeira no levantamento dos equipamentos urbanos secundários e terciários, nas várias cidades do Estado, a fim de que se identificassem àquelas que possuíam maior poder de atração, que dispunham de equipamentos capazes de torná-las centros regionais ou sub-regionais. Feita essa seleção, passar-se-ia a estudar os fluxos que se formavam para as mesmas, a fim de se caracterizar a área de influência destas. Infelizmente o trabalho foi interrompido antes de sua conclusão, tendo dele resultado um documento em que se indica ser o Recife um pólo macrorregional, em cuja área de influência se encontravam pólos regionais situados no território pernambucano e de estados vizinhos. No território pernambucano, classificaram-se como pólos regionais às cidades de Caruaru, Garanhuns, Arcoverde e Petrolina.

14 Andrade, M. C. de. *Espaço, polarização e desenvolvimento*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1973.

Como o conceito de região é dinâmico e sabendo-se que a dinâmica das polarizações está em permanente mutação, poderemos, ao realizar o levantamento dos equipamentos urbanos, nos dias de hoje, encontrar grandes divergências com a intensidade e distribuição dos mesmos nos fins da década passada. Também a área de influência de cada pólo é ampliada ou reduzida, através do período, de acordo com o crescimento ou a queda da dinamicidade do pólo e de acordo ainda com as estruturas de transportes e comunicações implantadas (CONDEPE, 1976, p. 13-15).

A divisão do Estado em Regiões Administrativas

Apesar dos estudos de regionalização haverem sido interrompidos, resolveu o Governo Estadual, por Decreto-Lei nº 59, de 25 de julho de 1969, dividir o Estado em regiões administrativas, demonstradas na Figura 8, estabelecendo oito grupos de municípios e designando a cidade que seria sede de cada uma das oitos regiões. Assim, tiveram-se a região nº 1 com sede no Recife, a nº 2 com sede em Nazaré da Mata, a nº 3 com sede em Palmares, a nº 4 com sede em Caruaru, a nº 5 com sede em Garanhuns, a nº 6 com sede em Arcoverde, a nº 7 com sede em Salgueiro e a nº 8 com sede em Petrolina, como podemos observar na Figura 8; infelizmente, a intenção de realização de regiões administrativas governamentais não se efetivou, e as regiões, apesar de delimitadas, de estabelecidas, não foram implantadas.

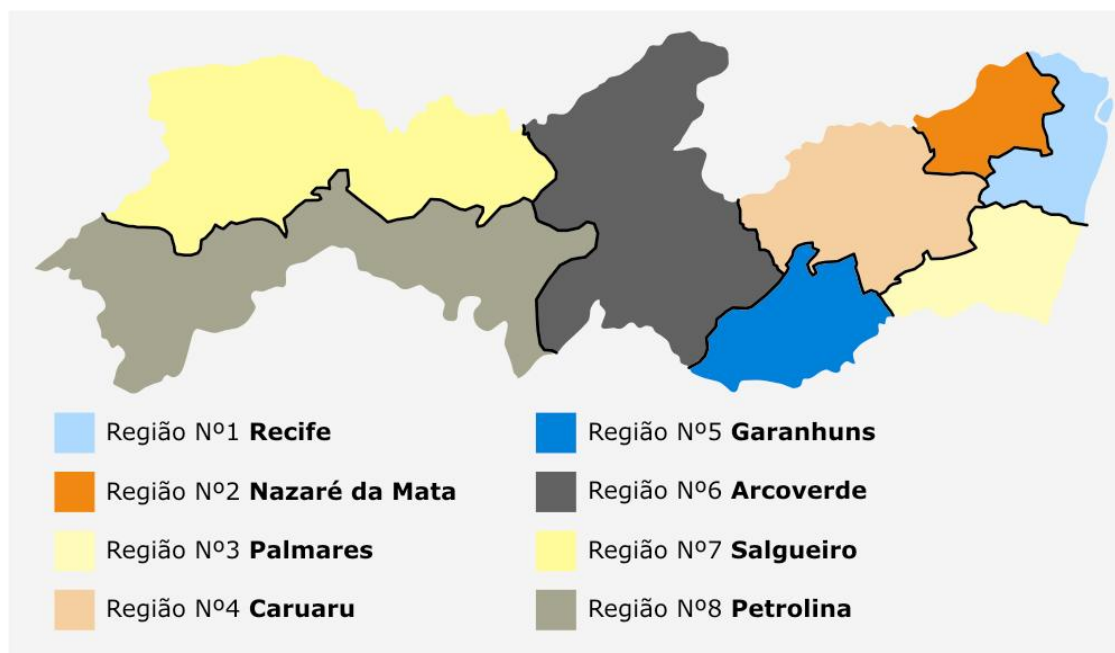


FIGURA 8 -Regiões Administrativas
Fonte: CONDEPE (1976)

A divisão do Estado em Regiões Funcionais Urbanas

Em 1972, o IBGE concluía a série de estudos iniciados em 1968, procurando analisar os problemas de centralidade e de polarização no espaço brasileiro e publicava um documento de grande importância para a implementação de estudos complementares no Estado¹⁵. Assim, nesse documento feito para o espaço brasileiro como um todo, os vários centros urbanos eram classificados em quatro grandes níveis: o primeiro, compreendendo as metrópoles nacionais e regionais e os centros e macrorregiões – São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Porto Alegre, Fortaleza, Goiânia e Curitiba.

A área de influência do Recife compreendia quase todo o território pernambucano, paraibano, alagoano, norte-rio-grandense, além de pequenas porções de Sergipe e Bahia. A esta porção contínua se somavam grandes extensões do Sul do Piauí e do Maranhão. A influência do Recife a um nível mais elevado de especialização fazia sentir nesta área enorme diretamente, mas em níveis de menor especialização se fazia sentir através dos centros regionais e sub-regionais.

Planos de Desenvolvimento Regional

Ainda de acordo com o CONDEPE (1976), em 1974, esta instituição, preocupada com os estudos regionais, realizou contratos com vários escritórios de planejamento com a finalidade de juntos, através do seu Grupo de Trabalho de Planejamento Microrregional (GTPM) e escritórios particulares, realizarem planos de desenvolvimento regional, levando em conta a divisão do espaço pernambucano em microrregiões homogêneas já existentes; mas, por conveniências técnico-administrativas, foram modificadas algumas dessas regiões, com a inclusão ou com a exclusão de municípios de uma região para outra (ver Figura 9).

15 Divisão do Brasil em Regiões Funcionais Urbanas, Rio de Janeiro, 1972.



FIGURA 9 - Microrregiões Homogêneas por Plano de Desenvolvimento
Fonte: CONDEPE (1976)

Com a finalidade de se obter um melhor aproveitamento dos recursos renováveis e não renováveis do Estado, assim como, ao mesmo tempo, de se racionalizar a administração pública e de se estabelecer o planejamento do desenvolvimento do espaço estadual, realizou o CONDEPE, em 1975, novos estudos regionais. Com o objetivo de os mesmos fornecerem a administração pública, um melhor conhecimento da realidade estadual, das possibilidades de desenvolvimento das várias regiões, possibilitando um planejamento que oriente o desenvolvimento, corrigindo os desníveis regionais existentes e orientando para que o desenvolvimento se proceda sem que se formem novos desequilíbrios.

Por isto, foi empregada ao CONDEPE uma metodologia para caracterizar como se procedeu o povoamento do espaço pernambucano, quais as razões que orientaram as grandes linhas de ocupação e de organização do espaço e quais as políticas que devem ser executadas, visando racionalizar esse processo de organização e de utilização do espaço.

Reconhecendo-se que a vida econômica e política é comandada pelas cidades, e que a área de influência de cada cidade depende do seu poder de atração, procurou-se inicialmente detectar a capacidade polarizadora, o potencial apresentado pelos equipamentos urbanos das cidades de mais de 10.000 hab. População presente na sede do município por ocasião do recenseamento de 1970 e depois, através dos estudos de fluxos, procurou-se

indicar qual a área de influência de cada um dos centros urbanos estudados. Indicados os principais pólos de crescimento e a área de influência, a região polarizada para cada um deles, analisou-se os mesmos a fim de caracterizá-los, indicando as possibilidades de crescimento desses centros, acompanhado do crescimento das áreas para eles polarizadas. Identificou-se a necessidade de a cada 10 anos se realizar pesquisas que indiquem as modificações nas regiões anteriormente consagradas. As regiões não podem permanecer estáticas quando sabemos que os modos de produção são dinâmicos, que as formas de utilização e, conseqüentemente, de organização do espaço, estão em constante modificação (CONDEPE, 1976, p. 22-24).

7.2 O ESTADO DE PERNAMBUCO – PANORAMA ATUAL

De acordo com o Plano Plurianual 2000-2003 (PERNAMBUCO, 1999c), o Estado de Pernambuco com uma área de 98.526,6 Km², apresenta uma conformação geográfica longitudinal no sentido leste-oeste e estreita-se no sentido norte-sul, conforme apresenta a Figura 10. De acordo com a edição Pernambuco em Dados (2002), atualmente o Estado possui 184 municípios e o Distrito de Fernando de Noronha, distribuídos em cinco mesorregiões homogêneas: Metropolitana do Recife (14 municípios), Mata Pernambucana (43 municípios), Agreste Pernambucano (71 municípios), Sertão Pernambucano (41 municípios), e Sertão do São Francisco (15 municípios).



FIGURA 10 - Participação por Percentual da Área de Pernambuco em Relação ao Nordeste e Brasil - 2002

Fonte: CONDEPE (2002)

Em termos geográficos, o Estado localiza-se numa posição estratégica. Situando-se na porção mais oriental da região Nordeste do Brasil, pode-se, a partir dele, alcançar

facilmente os mercados da União Européia, do Acordo de Livre Comércio da América do Norte (Nafta), Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul), África e Ásia. A localização de Pernambuco é, também, privilegiada em relação ao Nordeste e ao Brasil. A Região Metropolitana do Recife (RMR) está a 900 km das outras duas capitais mais populosas da Região, Salvador e Fortaleza de modo que, num raio de 300 km, partindo-se do Recife, se alcançam três capitais nordestinas, João Pessoa, Natal e Maceió, além de cidades de porte médio, como Mossoró, Campina Grande, Caruaru, Garanhuns e Arapiraca, tornando Pernambuco um elemento de ligação entre essas duas porções.

Ainda de acordo com o PPA 2000-2003 (PERNAMBUCO, 1999c), ao longo das últimas décadas, o Estado tem passado por importantes mudanças no seu perfil sócio-econômico, decorrentes, em grande parte, das transformações no sistema econômico mundial e na sociedade e economia brasileira. Em quase vinte anos, Pernambuco cresceu e modernizou-se, acompanhando e integrando-se à dinâmica nacional (com impactos positivos e negativos na economia e na vida do pernambucano). A economia pernambucana tem acompanhado de perto a evolução brasileira, no geral, com taxas ligeiramente superiores à média nacional. Levando a um moderado, mas persistente aumento da participação no PIB brasileiro. No Nordeste, ao contrário, Pernambuco acompanha o comportamento regional, mas vai perdendo posição relativa na medida que a maioria dos outros Estados apresentam um desempenho econômico quase sempre melhor.

A economia pernambucana apresenta uma significativa diversidade da estrutura produtiva, mas tem uma forte presença do setor terciário, que equivale a 67,5% do total. As atividades terciárias foram as que mais rápido cresceram nas últimas décadas, tendo passado de uma participação de 57,1% do PIB estadual, em 1970, para cerca de 67,5%, em 1997. A economia pernambucana tem apresentado, historicamente, vocação para o desenvolvimento de atividades comerciais, funcionando, também, como importante centro regional da prestação de serviços, inclusive os de alto grau de especialização. A importância desse segmento econômico pode ser avaliada pela existência no Estado, de modernas estruturas comerciais, como, por exemplo, cinco shoppings centers instalados na Região Metropolitana e dois no interior, em Caruaru e Petrolina. O perfil do comércio exportador vem mudando rapidamente, com o declínio de importância dos chamados produtos básicos – que tradicionalmente predominavam nas exportações de Pernambuco – e elevação dos produtos industrializados. Se extrairmos o açúcar, que sozinho correspondia à cerca de 54% do valor das exportações em 1998, é possível se perceber a crescente participação de gêneros, como vestuário, plásticos, máquinas, aparelhos elétricos, bebidas, couros e peles (PERNAMBUCO, 1999c, p. 9-10).

Os serviços constituem atividades com tradição no tecido econômico de Pernambuco, tendo uma presença importante nos mercados regional e nacional, como nas atividades de engenharia, de informática, de assessoria jurídica, de marketing de propaganda e de serviços médico-hospitalares. Destaca-se, no setor terciário, a atividade turística, que vem se expandindo e tornando-se um dos principais segmentos produtivos da economia pernambucana.

A sólida tradição universitária de Pernambuco, em especial do Recife, aponta para um potencial de expansão do chamado terciário moderno, dentro do qual se destaca o pólo médico e a consolidação da cidade do Recife como importante centro produtor de softwares, inclusive da exportação.

O PPA 2002-2003 (PERNAMBUCO, 1999c) expressa os compromissos do Governo do Estado com a implementação – em parceria com a sociedade pernambucana – das ações e investimentos que viabilizam o desenvolvimento de Pernambuco, definindo o conjunto de programas para o período 2000-2003 e os orçamentos anuais. Instrumento de uma estratégia de transformação e desenvolvimento do Estado, o PPA 2002–2003 incorpora uma ampla reformulação das prioridades e objetivos estratégicos e, principalmente, do processo de formulação e execução dos programas e projetos. O PPA 2002–2003 foi elaborado em um processo de consulta à sociedade através do Programa de Governo nos Municípios: Orçamento Participativo.

A descentralização da gestão no Estado de Pernambuco X Regiões de Desenvolvimento e Planejamento Administrativo

O Programa Governo nos Municípios: Orçamento Participativo organizou a participação e discussão descentralizada das prioridades de ação do governo, levantando as dificuldades e potencialidades de cada região para a escolha das alternativas para o desenvolvimento. Ao distribuir as metas das ações finalísticas governamentais pelas regiões do Estado, o Plano imprime também maior transparência, possibilitando um melhor nível de exercícios da cidadania no seu acompanhamento.

A descentralização e a valorização do espaço local são componentes centrais do Estado contemporâneo. Entendida como a transferência da autoridade e do poder decisório de instâncias agregadas para unidades espacialmente menores, a descentralização visa compor uma rede de

interações e cooperações entre governo e sociedade, favorecendo uma maior aderência às necessidades e prioridades locais. Dessa forma, contribuiu para uma desconcentração espacial do desenvolvimento e uma melhor distribuição territorial dos níveis de qualidade de vida. A valorização dos espaços locais fortalece os municípios e a sua participação na execução e nas decisões relativas aos programas e projetos de desenvolvimento (PERNAMBUCO, 1999c, p. 60).

O processo de descentralização em Pernambuco, historicamente, tem se dado de forma muito limitada e com insignificante impacto no desenvolvimento local. Na verdade, Pernambuco é um Estado com grande centralização territorial da economia e da população, significativa desigualdade nos níveis de desenvolvimento e de qualidade de vida. As decisões e a gestão sobre os recursos públicos – financeiros, humanos e tecnológicos – têm se dado de forma altamente concentrada no governo estadual, normalmente, distanciado das condições reais dos municípios.

A Região Metropolitana do Recife – RMR concentra mais da metade do PIB do Estado e cerca de 42% da população pernambucana. A desigualdade social de Pernambuco é evidenciada pelas diferenças entre os IDHs das suas Regiões de Desenvolvimento. As áreas, com elevados índices de famílias indigentes, de evasão escolar e de analfabetismo, cobrem praticamente todo o Estado, com redução significativa na RMR e a área às margens do rio São Francisco.

O Programa Governo nos Municípios - Orçamento Participativo - é uma resposta a essa tendência concentradora de Pernambuco, procurando descentralizar a gestão e compartilhar as decisões e as iniciativas voltadas para a promoção do desenvolvimento local, no Estado, integrando o território e desconcentrando os benefícios do desenvolvimento.

Dessa forma, o Programa Governo nos Municípios organizou a participação e a negociação do Governo do Estado com a sociedade e municípios, permitiu a regionalização dos investimentos e do orçamento do governo estadual e construiu parcerias e cooperação nas ações descentralizadas.

Para essa organização microrregional, o Programa dividiu o espaço pernambucano em cinco Mesorregiões e dez Microrregiões de Desenvolvimento, locus privilegiado das ações compartilhadas no território, adotando – com leves adaptações – as organizações espaciais definidas pela Associação dos Municípios do Estado de Pernambuco (AMUPE) e

diferentes, portanto, do corte definido pelo IBGE. Foram definidas as seguintes Regiões de Desenvolvimento, conforme se observam nas Figuras 11 e 12 e Quadro 1 a seguir:

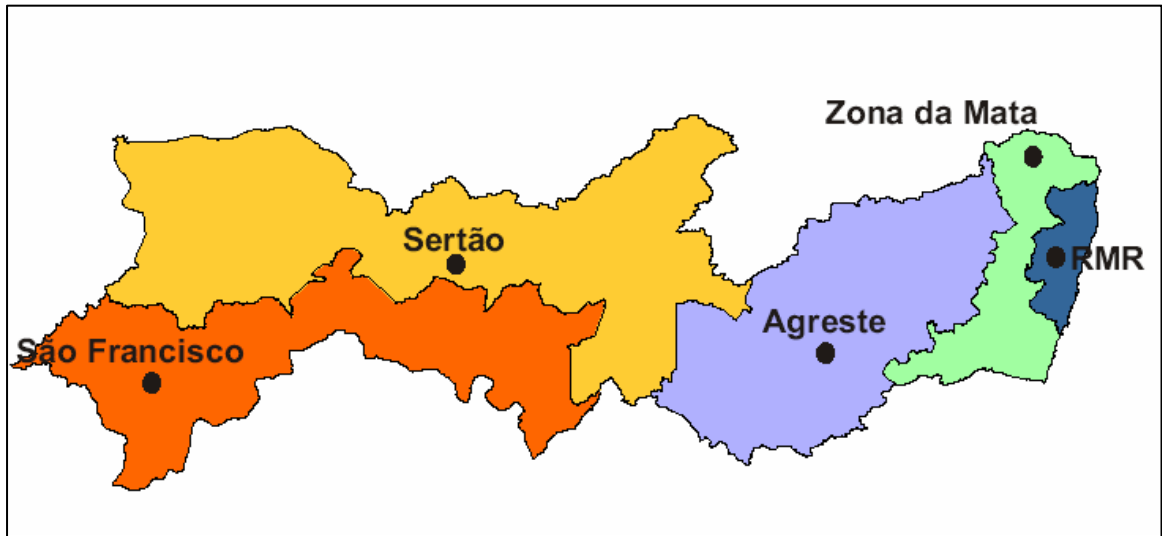


FIGURA 11 - Mesorregiões de Desenvolvimento
Fonte: CONDEPE (2002)



FIGURA 12 – Microrregiões de Desenvolvimento
Fonte : CONDEPE (2002)

RD Metropolitana – 14 municípios	RD Agreste Meridional – 26 municípios
RD Mata Norte – 19 municípios	RD Pajeú-Moxotó – 26 municípios
RD Mata Sul – 24 municípios	RD Araripe – 19 municípios
RD Agreste Setentrional – 19 municípios	RD Itaparica - 7 municípios
RD Agreste Central – 26 municípios	RD São Francisco – 8 municípios

Quadro 1 - Microrregiões de Desenvolvimento

Fonte: CONDEPE (2002)

Comentários analíticos

Como se pode observar, nas considerações históricas da regionalização do Estado de Pernambuco, muitos fatos se reportam aos “paradigmas da geografia”, abordados nos aspectos teóricos da teoria da região e organização espacial, constantes no Capítulo 2.

Através das diferentes formas de caracterizar as diversas regiões do Estado, pode-se concordar com Corrêa (1991), Capítulo 2, quando ele afirma que região e organização espacial “representam materialidades sociais, expressões concretas da história, resultantes da relação entre os homens e entre estes e a natureza”; justificando o porquê, ainda, os colonizadores, em Pernambuco, utilizaram a zona litorânea (Mata Atlântica) para a produção de cana-de-açúcar, frente a sua condição mais favorável ao plantio e a região menos úmida (o sertão), para a criação de animais para a sua subsistência.

Dentre os primeiros estudos da regionalização de Pernambuco, de acordo com o CONDEPE (1976), houve as primeiras divisões do espaço pernambucano, em regiões Naturais, Fitogeográficas, Fisiográficas, Microrregiões Homogêneas, Regiões Administrativas e Regiões Funcionais Urbanas, conforme apresentadas no início deste capítulo.

A cada estudo que se avançava, observava-se como naturalmente se refletiam os paradigmas da geografia. Quando o espaço pernambucano em 1945, foi dividido em Regiões Naturais e, posteriormente, em Regiões Fitogeográficas. Tanto o geógrafo Hilton Sette, como Vasconcelos Sobrinho, levaram em consideração, apenas, os aspectos físicos da região, como o clima, o relevo, a vegetação, a hidrografia, caracterizando, segundo Corrêa (1991), o que Frederik Ratzel defendia no primeiro paradigma da geografia, o “Determinismo Ambiental”, apresentado no Capítulo 3. Onde afirmava que “as condições naturais, especificamente, as climáticas e dentro delas as variações de temperatura, determinavam o comportamento do

homem, interferindo na sua capacidade de progredir. Cresceriam aqueles países ou povos que estivessem localizados nas áreas mais propícias”. E ainda, “que as formas culturais são fortemente associadas às condições naturais, desenvolvendo o argumento segundo o qual a distribuição do homem na terra é, de certa maneira, controlada pelas suas necessidades e condições naturais”, segundo Ratzel apud Lencioni (Capítulo 2).

Viu-se, então, quando o Estado de Pernambuco, em 1955, teve suas regiões divididas em Zonas Fisiográficas, como as teorias do Possibilismo (2º paradigma da geografia que surgiu no final do século XIX), que naturalmente emergiram, pois essa divisão “caminhava para uma construção de que o homem, raciocinando, organiza o espaço de acordo com os seus interesses, e com suas intenções, visando à melhor apropriação dos recursos renováveis e não renováveis” (IBGE, Capítulo 7). Confirmando o que Corrêa (1991) declarou, ainda, no Capítulo 2 que, “a visão possibilista focaliza as soluções entre o homem e o meio natural, mas não o fez considerando a natureza determinante do comportamento humano”.

Apesar de algumas divergências nessa divisão de regiões em Pernambuco, caracterizadas pelas diversas estruturas produtivas dentre as mesmas e, principalmente, por conta da capital Recife, que se encontrava em plena área de expansão, essa divisão do Estado permaneceu por 13 anos, até 1968, quando foi institucionalizado, para todo o País, as microrregiões homogêneas.

Observou-se, ao longo dos textos, a divisão do Estado em 12 microrregiões homogêneas, teve-se como critérios utilizados, para distinguir duas microrregiões, as condições climáticas, o processo de ocupação e utilização do solo e, em função de Recife, o grau de urbanização.

Esses critérios pactuam com o método regional (3º paradigma da geografia) onde, segundo Corrêa (1991), Capítulo 3, “a diferenciação das áreas não é vista a partir das relações entre o homem e a natureza, mas sim, a partir da integração de fenômenos heterogêneos em uma dada superfície da terra”. E ainda observou-se, quando Haddad (1989) afirma sobre “espaço homogêneo”, que, segundo o autor, “o espaço se compõe de um conjunto de regiões e esse espaço é constituído por elementos que apresentam características semelhantes”, caracterizando as diversas formas de classificação de regiões, onde estas não passam, segundo Haddad, de simples variações de critérios de homogeneidade.

Entende-se, segundo o CONDEPE (1976), Capítulo 7, “que as regiões não podem permanecer estáticas, quando se sabe que os modos de produção são dinâmicos, que as formas de utilização e, conseqüentemente, de organização do espaço, estão em constantes modificações”. Emerge em Pernambuco, em 1989, outra forma de organização do espaço, as chamadas mesorregiões e microrregiões de desenvolvimento; reconhecendo-se que a vida econômica e política é comandada pelas cidades, e que a área de influência de cada cidade depende do seu poder de atração. Compactuando com outro paradigma da geografia, a Nova Geografia que “trata de uma mudança tanto no conteúdo como nos limites regionais, no arranjo espacial criado pelo homem”. Essas transformações, de acordo com Corrêa (1991), Capítulo 2, inviabilizavam os paradigmas tradicionais – o determinismo ambiental, o possibilismo e o método regional, suscitando um novo, calcado na abordagem locacional: o espaço alterado resulta de um agregado de decisões locais.

Interessante observar que, apesar de muitas distorções, o governo de Pernambuco, em 1989, introduziu, na sua forma de planejar, uma alteração fundamental, criando mecanismos institucionais de participação descentralizada da sociedade na formulação de prioridades e programas, onde elaborou o Plano Plurianual (2000-2003), em um processo de consulta à sociedade através do Programa de Governo nos Municípios: Orçamento Participativo, fundamentando-se na “descentralização e valorização do espaço local, pois estes são componentes centrais do Estado contemporâneo”. (PERNAMBUCO, 1999c), Capítulo 7.

Reportando-se novamente, aos “paradigmas da geografia”, observou-se como nem tudo ficou obsoleto, pois como bem afirmou Corrêa (1991), Capítulo 2, a Nova Geografia trata de uma nova divisão social e territorial do trabalho, que é posta em ação, envolvendo a introdução e difusão de novas culturas, industrialização, urbanização e outras relações espaciais. [...] as regiões, elaboradas anteriormente à Segunda Guerra Mundial, são desfeitas, ao mesmo tempo em que a ação humana, sob a égide do grande capital, destrói e constrói novas formas especiais, reproduzindo outras.

7.3 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM PERNAMBUCO

De acordo com o PDR – PE/2004 (PERNAMBUCO, 2002), a distribuição da população no espaço geográfico do Estado se deu de maneira bastante heterogênea, existindo maior concentração no litoral, conforme apresentamos na Figura 13, em especial na região metropolitana (RMR), que concentra 42,7% da população e até a VI Gerencia Regional de Saúde (Arcoverde) concentra 85,53% da população do Estado.

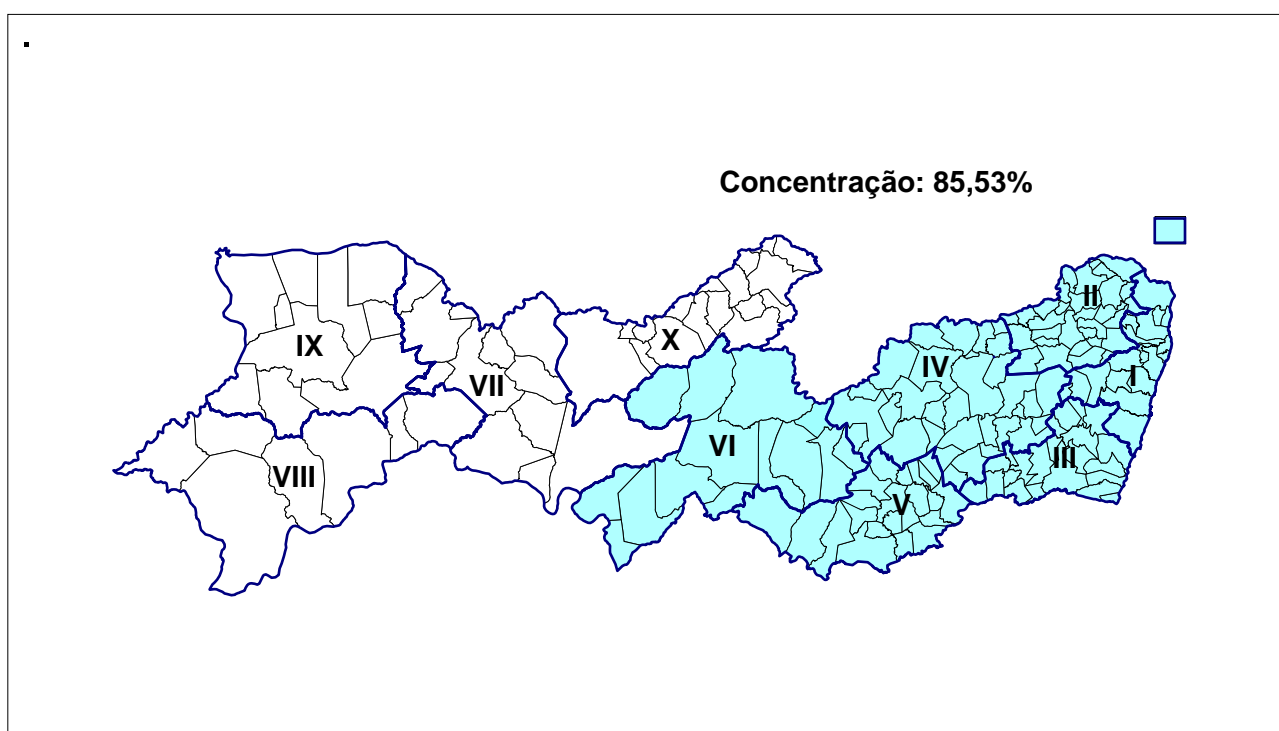


FIGURA 13 – Concentração Demográfica de Pernambuco
Fonte: PERNAMBUCO (2002)

O quadro sanitário de Pernambuco é caracterizado pela queda gradual e progressiva da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e pela ascensão das doenças crônicas degenerativas, em especial as enfermidades cardiovasculares. Isto vem aumentando significativamente a expectativa de vida ao nascer que, associada à redução da taxa de fecundidade, vem aumentando a esperança de vida das pessoas com maior envelhecimento da população (esperança de vida 62,7 anos). As principais causas de óbito são, respectivamente, as doenças do aparelho circulatório, mortes violentas e as neoplasias, superando as doenças infecciosas e parasitárias do passado.

Algumas intervenções específicas no setor saúde, como o incentivo ao aleitamento materno, uso da terapia da reidratação oral e imunização vêm contribuindo para a redução da mortalidade infantil em todas as regiões do País, embora os valores médios dos indicadores ocultem grandes diferenças entre áreas urbanas e rurais e entre regiões e municípios de um mesmo estado.

Ainda, de acordo com o PDR-PE 2004 (PERNAMBUCO, 2002), Pernambuco apresenta taxa de analfabetismo de 26,4% na população acima de 15 anos, enquanto a média do País é de 14,7% neste mesmo grupo etário.

O PIB atual do Estado é de 20 bilhões de reais, representando, aproximadamente, 17% do Produto Regional e cerca de 2,7% do País.

Dentre a população ocupada, 50,9% apresentam rendimentos de até um salário mínimo. A população de baixa renda é estimada em 3.721.231 pessoas, o que representa cerca de quase 50% da população do Estado.

O Estado de Pernambuco, embora tenha reduzido a Taxa de Mortalidade Infantil em uma década de 78/1.000 nascidos vivos em 1990, para 62/1.000 nascidos vivos em 1998, essa não se distribui homogeneamente nas diferentes regiões do Estado.

Em 1998, o município de Recife apresentou um coeficiente de Mortalidade Infantil (1.000 NV) de 39,34 enquanto, na mesma época, na Região do Brejo Pernambucano, esse coeficiente era de 98/1.000.

Quanto à rede assistencial, apesar de o Estado de Pernambuco possuir uma das maiores redes públicas do País, tem uma distribuição heterogênea de serviços de saúde que estão mais concentrados na RMR, contribuindo, assim, para uma maior dificuldade no acesso da população ao sistema.

A rede básica é ainda ineficiente, os hospitais municipais e regionais são pouco resolutivos e agregam pouca tecnologia. Existe uma superposição de oferta de alguns serviços e deficiência quantitativa de profissionais em algumas regiões do Estado.

A organização da atenção básica centrada na estratégia da Saúde da Família e de Agentes Comunitários contava em dezembro de 2001, com 1.032 equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e 11.158 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Contudo, as

supervisões realizadas ao longo desses três anos demonstram uma dificuldade das equipes em cumprir os requisitos exigidos pelo Ministério da Saúde.

A rede ambulatorial é composta por Unidades de Saúde, na sua maioria, com baixo poder resolutivo, concentrando o atendimento da média complexidade nas sedes das Regionais de Saúde.

Das dez Regionais de Saúde, apenas três oferecem serviços de Alta Complexidade (Recife, Caruaru e Petrolina).

Ainda de acordo com o PDR-PE 2004 (PERNAMBUCO, 2002), a rede hospitalar do Estado, vinculada ao SUS, é composta de 250 estabelecimentos hospitalares, 171 (68%) públicos e 79 (31%) privados conveniados (filantrópicos e privados), correspondendo a 23.000 leitos hospitalares, com capacidade para 92.000 internações/mês. Do total dos leitos, 31%, 7.198, concentram-se no Recife, que somados aos 4.123 da Região Metropolitana de Recife, correspondem a 49% do total de leitos de Pernambuco.

Processo de regionalização da saúde em Pernambuco

Na IV Conferência Estadual de Saúde, em novembro de 2000, foi apresentado pelo gestor estadual o Plano Estadual para Pernambuco, com as diretrizes para a reorganização do Sistema Estadual de Saúde, iniciando, assim, o processo de regionalização.

Para nortear esse processo, a SES instituiu o Programa Saúde da Gente, objetivando a pactuação coletiva das responsabilidades com os gestores municipais e a construção do processo de delineamento do desenho organizacional da regionalização do SUS/PE. Foram realizados seminários regionais, contemplando as 10 DORES no período de fevereiro a dezembro de 2001 com ampla participação dos gestores municipais.

O planejamento foi desenvolvido com uma metodologia participativa de forma ascendente, com a coordenação do Estado. Partiu da definição prévia das macrorregiões, seguidas das delimitações e pactuação dos municípios em torno das regiões/microrregiões, nas quais foram identificados os municípios pólos e os municípios sedes de módulos assistenciais, estas ficaram responsáveis pela atenção mínima da média complexidade à população da sua área de abrangência.

Foram discutidas as referências intermunicipais dentro de cada microrregião (com a preocupação da garantia do acesso a serviços não disponíveis no município), o estabelecimento das referências para alta e média complexidade, e o estabelecimento de referência com os hospitais regionais e hospitais conveniados sob gestão estadual.

Tomando como princípio que o processo de implantação da NOAS, no Estado, somente se efetivará com o desenvolvimento dos dois gestores: municipal e estadual, promoveu-se a participação dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde, em todas as etapas, em oficinas de trabalho e câmaras técnicas com representantes das secretarias municipais para discussão de temas específicos.

Foi oficializado o Comitê Estadual da Avaliação para a adequação de habilitação de cada município em Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com NOAS. (Portaria nº782 de 01/07/2001 do Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco).

Em síntese, o processo de desenvolvimento do Programa Saúde da Gente e da elaboração do PDR de Pernambuco foi realizado em dois Momentos:

Momento I:

Foram realizadas oficinas de trabalho nas 10 regionais de saúde, com a participação dos prefeitos e secretários municipais de saúde, onde o gestor estadual apresentou o Plano Estadual de Saúde, buscando a definição dos módulos assistenciais e perfil das regionais de saúde; criação de Câmaras Técnicas com a participação de secretários e técnicos das secretarias municipais para a discussão da Atenção Básica Ampliada em todos os municípios e com os Conselhos Municipais de Saúde, para o fortalecimento do Controle Social; oficinas de trabalho para discussão do desenho da regionalização. O produto final desses encontros regionais resultou no desenho preliminar da regionalização, com a definição dos módulos assistenciais, municípios sede e pólo e o levantamento da oferta de serviços por Regionais de Saúde.

Momento II:

Visita aos municípios Sede/Pólo, para identificação das necessidades de investimentos, objetivando subsidiar a elaboração do Plano Diretor de Investimentos.

Diretrizes:

De acordo com Pernambuco (2000a), o novo modelo de atenção à saúde para Pernambuco prevê a reorganização dos serviços de saúde, com base no conceito que contemple uma lógica de planejamento a qual envolva os municípios na definição de espaços regionais/microrregionais mediante a estruturação de sub-sistemas regionais que ofereçam, organizadamente, uma atenção integral e hierarquizada das ações e serviços de saúde.

Teve como diretrizes principais:

- a) a garantia efetiva da Descentralização da Atenção Básica para cada município, através da estratégia do Programa de Saúde da Família;
- b) a descentralização para os municípios sede de módulo, no mínimo, o primeiro nível da atenção e média complexidade e internação nas três clínicas básicas (clínica médica, pediatria e obstetrícia);
- c) assegurar, nas sedes das Regionais/Microrregionais de Saúde, toda a média complexidade, algumas especialidades estratégicas de acordo com o perfil epidemiológico de cada Regional de Saúde;
- d) estruturar Pólos Descentralizados, para atenção de alta complexidade nas macrorregionais de saúde;
- e) mobilizar a participação dos Prefeitos e Secretários Municipais e técnicos de saúde nas dificuldades sobre Regionalização da assistência, em cada Regional de Saúde, através do Programa Saúde da Gente;
- f) efetivar o Controle Social através de Oficinas de Sensibilização com os Conselheiros Municipais de Saúde, para discussões sobre a regionalização da assistência e da importância do controle social.

Para a reorganização da atenção à saúde, foram definidas as seguintes estratégias:

1º) Atenção Básica (Porta de Entrada do Sistema de responsabilidade municipal): centrada na estratégia da saúde da família, estimulando a ampliação da atenção básica em todos os municípios e estruturação de planos estratégicos;

2º) Atenção Secundária (Regionais/Microrregionais de Saúde): dar ênfase as 10 Regionais de Saúde, para efetivar a descentralização do Sistema, dotando-se de condições, para atender ao conjunto de Serviços e dos “leitos para as internações” na clínica médica, pediátrica, obstétrica, cirúrgica e ambulatorial;

3º) Atenção Terciária (Macrorregiões de Saúde): reorganização da assistência de alta complexidade no âmbito das macrorregiões, definindo a atenção a grupos populacionais específicos, redefinindo a política de recursos humanos, vigilância sanitária e epidemiológica, a política de medicamentos e todas as ações necessárias ao atendimento da população.

Para conformação dos Módulos Assistenciais, Regiões e Microrregiões de Saúde foram adotados os critérios em conformidade com a NOAS SUS-2001/2002.

Proposta de flexibilização da NOAS para Pernambuco

Ainda de acordo com Pernambuco (2002), o processo de descentralização político-administrativo da saúde em Pernambuco, no período do governo de 1999 até março de 2001, avançou de 7 para 19 municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme a NOB-SUS 01/96.

No entanto, essa evolução teve uma distribuição bastante heterogênea nas 10 regiões de saúde do Estado, com 84% dos municípios habilitados na GPSM, localizados nas I e IV DIRES, permanecendo cinco DIRES sem nenhum município na GPSM. Por outro lado existem, apenas, três municípios sedes da região - Recife, Caruaru e Petrolina -, habilitados na GPSM.

Os demais municípios sedes de região - Limoeiro, Palmares, Garanhuns, Arcoverde, Salgueiro, Ouricuri e Afogados da Ingazeira -, apesar da capacidade instalada, privilegiada,

com hospitais de referência para as demais regiões, continuaram em Gestão Plena da Atenção Básica. Conclui-se, assim, que a cultura da NOB-SUS 01/96, desencadeou um processo de descentralização voltado prioritariamente ao interesse do gestor municipal.

A orientação da NOAS-SUS 01/01, ratificada pela NOAS-SUS 01/02, inverte completamente a lógica de municipalização a partir da motivação unilateral do município e transfere ao Estado o papel de fomentar e estabelecer um ordenamento no processo de municipalização, compartilhado com os municípios, tendo, na regionalização da assistência, o carro chefe para a conformação de sistemas funcionais de saúde com base territorial, na garantia do acesso da população às ações e serviços de assistência médica, não se tratando de organizar, isoladamente, sistemas municipais de saúde, mas de estruturar redes regionalizadas, resolutivas e hierarquizadas.

O Programa de Saúde da Gente, estratégia desenvolvido pela SES/PE, para discussão da construção do processo de regionalização da assistência com todos os municípios do Estado através das regiões de saúde, revelou:

- a) estágios diferenciados de entendimento do processo de regionalização da assistência, sendo frequentes as manifestações de municípios, desejando serem módulos de si próprios, como consequência da cultura implantada pela NOB/96;
- b) municípios em GPSM, inclusive os como população inferior a 20.000 habitantes, lutando para manter suas habilitações;
- c) resistência de alguns municípios sedes de regionais, e naturalmente referência para os demais da área de abrangência da regional, na habilitação em GPSM;
- d) recusa explícita por parte de alguns municípios de serem sede de módulos assistenciais.

A NOAS, na forma em que foi concebida originalmente, encontrou em Pernambuco obstáculos para a sua implantação, tendo em vista a peculiaridade do Estado, em ter uma das maiores redes públicas do país e o atual estágio de descentralização acima descrito.

A imaturidade dos Sistemas Municipais de Saúde, da maioria dos municípios identificados, principalmente daqueles que são sede de regionais de saúde, exigiu, por parte

da Secretaria Estadual de Saúde, uma efetiva cooperação técnica para que esses municípios atinjam um patamar de estruturação que contemple a GPSM.

No entanto, o comando único ainda prevalece como ponto de divergência em ambas as versões da NOAS.

A SES/PE concordava perfeitamente com o comando único municipal naqueles municípios com menor complexidade de rede assistencial, porém se pronunciou contrário aos municípios de maior porte, cuja rede assistencial seja de referência regional ou estadual, por considerar superdimensionado o papel do município na definição do atendimento à população de outros municípios.

O Estado também discordava do comando único estadual, por significar um retrocesso nos avanços de descentralização político-administrativa alcançados, principalmente, nos municípios de maior porte, no qual se insere a capital.

Em síntese, a SES/PE defende o comando único municipal para os municípios que não dispõem em sua rede, serviços de saúde de abrangência regional ou estadual; e o comando duplo - estadual e municipal - para os municípios com rede assistencial complexa de referência regional e estadual.

O acompanhamento do comando, compartilhado entre os gestores estaduais e municipais, seria respaldado pela criação de Comitês Gerenciais de composição bipartite, a ser instalada em todos os hospitais de referência regional e estadual como estratégia de acompanhamento da garantia de acesso à assistência hospitalar, somando-se aos demais instrumentos de acompanhamento preconizados pela NOAS.

O comando único, em cada esfera de governo, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988 é, sem dúvida, o passo mais ousado na implementação do Sistema Único de Saúde. Para tanto, reforça-se a necessidade de desenvolver processos intermediários transitórios que, respeitando as peculiaridades do Estado, possam confirmar os mecanismos de Controle, Regulação e Avaliação inerentes ao novo papel.

Proposta de reorganização da rede assistencial

O Estado de Pernambuco é constituído por 184 municípios e um Distrito (Fernando de Noronha), com uma população estimada segundo o senso 2000, em 8.008.207 habitantes.

A Proposta de Pernambuco para o PDR, elaborada a partir de amplo processo que contou com a participação de todos os gestores dos 184 municípios, representando o consenso, teve como resultado a conformação das 03 Macrorregiões, 10 Regiões / Microrregiões e 56 Módulos Assistenciais apresentados a seguir, nas Figuras 14 e 15 e no Anexo A, onde estão demonstradas, as Gerências Regionais de Saúde com seus respectivos municípios e população.

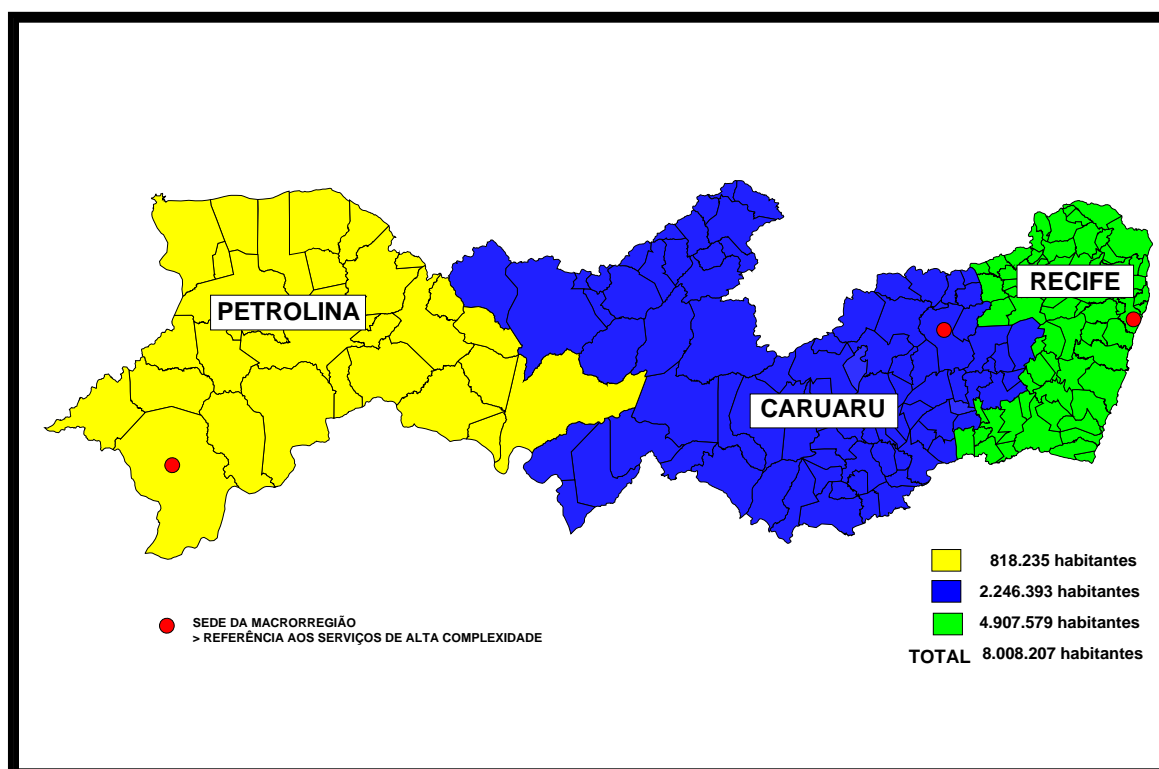


FIGURA 14 - Macrorregiões de Saúde e Áreas de Abrangência
Fonte: PDR – PE (2004)

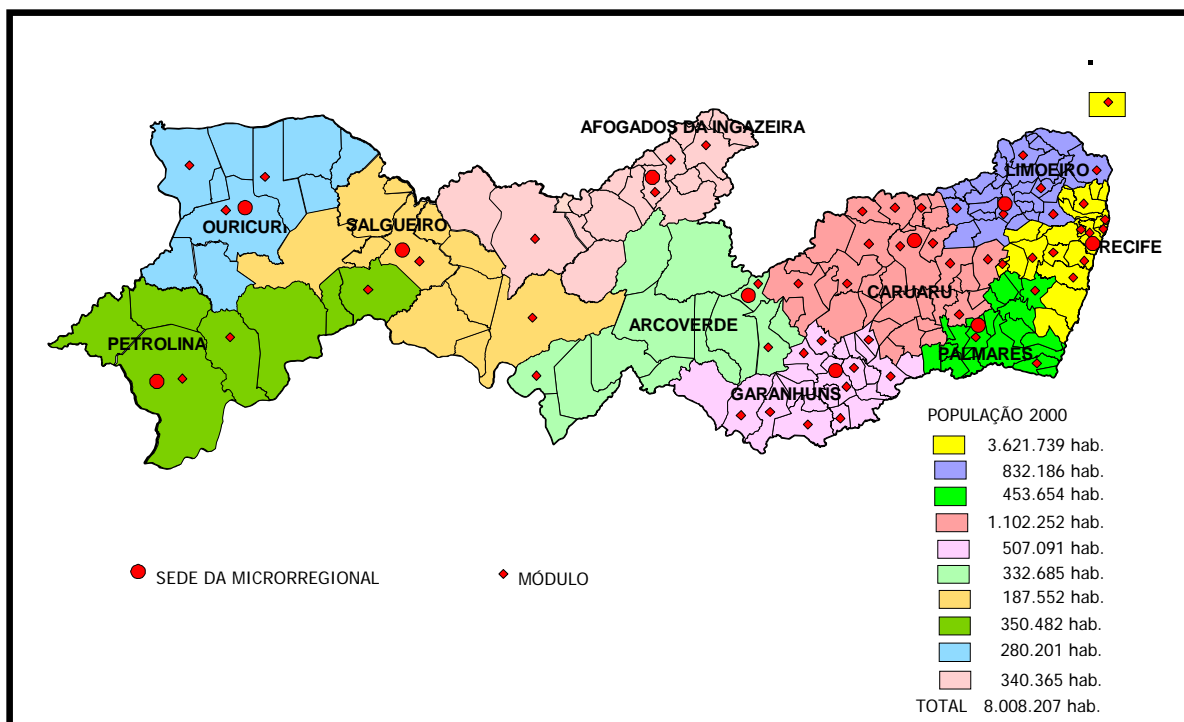


FIGURA 15 - Microrregiões de Saúde
 Fonte: PDR – PE (2004)

Comentários analíticos sobre a Regionalização da Saúde em Pernambuco

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS-SUS, visam equacionar a oferta de Serviços de Saúde à população e aperfeiçoar o processo de descentralização e organização do SUS em rede regionalizada e hierarquizada; ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica, e estabelecer processo de regionalização na busca da equidade.

Um dos maiores desafios dessa norma, como se viu, foi o de organizar um sistema de saúde que leve em conta a grande heterogeneidade dos municípios e estados brasileiros, tanto do ponto de vista de capacidade instalada em termos de prestação de serviços, como na capacidade gerencial existente; capacidade essas que, a cada estado brasileiro, teve uma diferente forma de se desenvolver.

Contextualizando todos os temas já expostos neste trabalho, faz-se referência especificamente aos conceitos e abordagens sobre as palavras “região e organização espacial” na geografia, apresentados no Capítulo 2, onde, sem esses conceitos, ficaria difícil alcançar o entendimento até a questão da ocupação do território e regionalização da saúde. A NOAS-SUS 01/01 inverteu a lógica da municipalização a partir da motivação unilateral do

município e transferiu ao Estado o papel de fomentar o processo de municipalização compartilhada.

Nessa lógica, o Estado de Pernambuco desenvolveu sua estratégia para estruturar sua rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, através do Programa Saúde da Gente. Como todos os estados brasileiros, a lógica de territorialização da saúde não extrapolou os limites político-administrativos colocados pelas clássicas regiões de desenvolvimento do Estado – regiões homogêneas, apresentadas no Capítulo 7 – contrapondo-se à NOAS-SUS 01/01, quando diz: “o processo de regionalização deveria contemplar uma lógica de planejamento integrado compreendendo as noções de territorialidade, [...] não necessariamente restritas à abrangência municipal...” Ora, de acordo com Rückert e Misoczky (apud MISOCZKY et. al., 2004, p. 12), “as clássicas divisões em regiões administrativas representam uma simplificação da noção de território. Elas ignoram que há uma ‘espacialidade’ contida na existência humana que está muito além do espaço banal (ou concreto) e do gerenciamento do poder pelas organizações governamentais”. Portanto, não surpreende o discurso dos gestores que participaram desta pesquisa, apresentado no Capítulo 8, onde em suas falas expressam a insatisfação sobre a forma como foi conduzida a discussão.

Ora, é impossível estabelecer um processo de regionalização da saúde sem constituir uma base territorial onde exista uma rede de cooperação e solidariedade para que as ações e serviços da saúde possam estar articulados, de modo a propiciar resolutividade e garantia de acesso.

No entanto, de acordo com a proposta de flexibilização da NOAS para Pernambuco, apresentada neste capítulo, houve alguns obstáculos para sua implementação, tendo em vista a peculiaridade do Estado em ter uma das maiores redes públicas do SUS, como também os estágios de descentralização em que se encontravam no momento de sua implantação.

Esses fatos dificultaram as atribuições de responsabilidades sobre as ações de saúde regionais, inclusive, aquelas prestadas por municípios com gestão plena, que são destinadas não só a seus munícipes, mas também aos cidadãos dos municípios vizinhos.

Observou-se, ainda, no conteúdo deste capítulo, que houve um esforço da Secretaria Estadual junto aos municípios para se chegar a um consenso frente à gestão compartilhada, principalmente, quanto à questão do “comando único”; onde foi posição da SES/PE que o comando único municipal seria para os municípios que não dispunham, em sua rede, unidades públicas de saúde de abrangência regional ou estadual, e o comando duplo, estadual e municipal, para os municípios com rede assistencial complexa de referência regional e

estadual.

De acordo com a posição da SES/PE, a direção única, não deve ser confundida com o comando único de todos os serviços de saúde que se encontram na área geográfica de um município, como, infelizmente, foi estabelecido na redação da NOAS-SUS 01.

Ser a sede geográfica do serviço não transforma necessariamente o município no melhor gestor para o serviço. Não há garantia de que o poder municipal se interesse em atender as demandas de cidadãos de outros municípios e regiões, ou mesmo facilite a participação destes na formulação ou no controle da política regional de saúde; tampouco os municípios têm obrigação de possuir equipe técnica para o planejamento e gestão da atenção à saúde de alta complexidade/custo, voltada para uma região que transcende geograficamente os limites e as necessidades municipais (BARATA et. al., 2003, p. 13-14).

Após amplo processo de discussão, só em agosto de 2004, o Estado de Pernambuco foi habilitado em Gestão Plena do Sistema Estadual, de acordo com o preconizado com a NOAS-SUS 01/02, através da Portaria 1582/GM de 02/08/2004 (BRASIL, 2005a).

8 A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA VISÃO DOS GESTORES DA SAÚDE EM PERNAMBUCO

8.1 RESULTADOS E DISCURSÕES

Representação social dos gestores entrevistados frente Regiões de Desenvolvimento e Regiões de Saúde de Pernambuco

São apresentados os dados referentes à representação social dos 48 gestores que participaram da pesquisa, onde observou-se no Gráfico 1, que 18 correspondem a participação de Secretários Municipais de Saúde e 30 a outros gestores de saúde (coordenadores de programas de saúde, gestores estaduais, regionais e municipais), o que demonstra uma representação importante para o estudo; uma vez que, segundo Spink (apud SCWINGEL e CAVEDON, Capítulo 3) “na busca de conhecer as Representações Sociais de um grupo deve-se levar em consideração as falas de indivíduos como sendo manifestações de tendências do grupo ao qual o indivíduo pertence”.

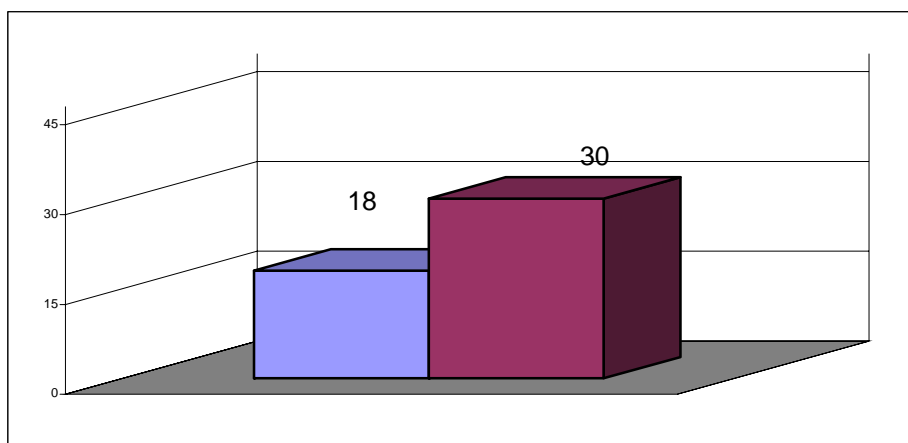


GRÁFICO 1 – Distribuição dos Gestores na Estrutura Organizacional do SUS/PE, que concordaram em participar da pesquisa.

Por se tratar de um estudo que teve seu referencial teórico construído à luz da Geografia Regional, foram considerados outros dados importantes para a pesquisa, como a distribuição geográfica destes gestores no território do Estado e, no primeiro momento, foi demonstrada essa distribuição nas Regiões de Desenvolvimento, que representam, segundo o PPA 2000-2003 (Capítulo 7), a regionalização do investimento e do orçamento do Governo Estadual, como se pode constatar na Tabela 1, apresentada a seguir, onde observa-se que a

pesquisa alcançou 7 (sete) Microrregiões de Desenvolvimento, com uma concentração de 20 gestores na Região Metropolitana do Recife, e 18 nas Microrregiões do Agreste.

TABELA 1 – Distribuição dos Gestores Entrevistados por Microrregiões de Desenvolvimento

Microrregiões	
Região Metropolitana do Recife	20
Região da Mata Norte	2
Região do Agreste Setentrional	8
Região do Agreste Central	4
Região do Agreste Meridional	6
Região do Sertão do Itaparica	7
Região do Sertão do São Francisco	1

No entanto, considerando esses critérios regionais, essas Microrregiões estão inseridas em todas as Mesorregiões de Desenvolvimento; demonstrando que a pesquisa teve um alcance em todo território geográfico estadual, como observa-se na Tabela 2.

TABELA 2 – Distribuição dos Gestores Entrevistados nas Mesorregiões de Desenvolvimento

Mesorregiões	
Mesorregião de Desenvolvimento da Zona da Mata	2
Mesorregião de Desenvolvimento da RMR	20
Mesorregião de Desenvolvimento do Agreste	18
Mesorregião de Desenvolvimento do Sertão	7
Mesorregião de Desenvolvimento Sertão do São Francisco	1

Por tratar-se de um estudo que visa identificar uma metodologia de construção da Assistência Farmacêutica no processo da Regionalização da Saúde, com base nos discursos dos gestores entrevistados, foi fundamental os mesmos estarem distribuídos em 07 (sete) Gerências Regionais de Saúde (GERES), conforme demonstra a Tabela 3. Fato esse que

sustenta, de forma legítima, a base ideológica dos discursos analisados, uma vez que permeia Representações Sociais de 07 (entre 10) Regionais de Saúde, de acordo com o modelo de regionalização da saúde para o Estado de Pernambuco, diferenciando-se entre si, principalmente, nas questões sócio-econômicas e culturais que, conseqüentemente, refletem na reorganização dos serviços de saúde e na lógica de planejamento da NOAS.

TABELA 3 – Distribuição dos Gestores Entrevistados por GERES

GERES	
Iª GERES	16
IIª GERES	10
IVª GERES	4
Vª GERES	6
VIª GERES	4
VIIª GERES	3
VIIIª GERES	1
Secretaria Estadual de Saúde (Nível Central)	4

Interessante é esclarecer que, de acordo com o método da pesquisa, a busca dos sujeitos entrevistados foi de forma intencional, bem como as diferentes regiões que os mesmos representam, pactuando com Scwingel e Cavedon quando afirmam no Capítulo 3 que “*representações sociais são entendidas como um saber presente no senso comum, que se reflete no cotidiano de um determinado grupo social*”, confirmando com a essência da pesquisa: como em determinado momento, sobre determinados grupos sociais, imbuídos no processo da regionalização da saúde em Pernambuco, se refletem as ações da assistência farmacêutica na conjuntura atual.

Análise do Conteúdo dos Discursos

Dado o caráter qualitativo da pesquisa, foram considerados todos os depoimentos agrupados de acordo com a metodologia aplicada em **Unidades de Registro dos Discursos**, apresentados no Apêndice A, bem como os **Conteúdos dos Discursos por Representação Social (Categorias)**, apresentados no Apêndice B. Os depoimentos dos Secretários Municipais de Saúde e os demais Coordenadores de Programa de Saúde foram separados a fim de identificar as representações sociais entre os entrevistados, com intuito de buscar nesse recorte as peculiaridades das contribuições nesses dois grupos frente as duas perguntas a eles dirigidas:

1ª Pergunta:

VOCÊ CONCORDA QUE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, EM PERNAMBUCO, DEVE SER REGIONALIZADA? POR QUÊ?

Na busca dos “porquês” de tal resposta, vários discursos foram expressos através de depoimentos individuais que permitiram levantar indícios concretos sobre como os gestores pensam, sentem e se relacionam com a operacionalização das ações de Assistência Farmacêutica no processo da Regionalização da Saúde no Estado; indícios estes que representam trechos ou transcrições literais dos discursos, que revelam a essência do depoimento em questão, que conduziram após a coleta de dados, de acordo com a metodologia aplicada, a 06 (seis) categorias, quais sejam:

1) A Assistência Farmacêutica deve ser regionalizada em todos os níveis de atenção à saúde , respeitando as especificidades loco-regionais

As expressões que remetem a essa idéia permitem apreender manifestações bastante consensuais entre os dois grupos de gestores, onde a frequência de significados semelhantes é expressiva:

Secretários Municipais de Saúde

S2- Eu sou a favor da regionalização; a saúde vem sendo regionalizada pela necessidade de se entender a situação de cada região, de cada município, com sua epidemiologia, de suas carências regionais.

S9 - Concordo, até porque a questão da regionalização possibilita você estar mais próximo e entender as dificuldades dos municípios; e possibilita garantir uma melhor Assistência Farmacêutica.

S48 - Concordo. Assim como toda a assistência está sendo regionalizada, por que não a farmacêutica? Então a farmácia deve ser, assim como os Serviços estão sendo, devagar ainda esta regionalização; está muito difícil porque é cultural, é uma questão de pessoal, de recursos que estão sendo repassados das esferas federais e estaduais para os municípios. Então é com dificuldades, mas a assistência farmacêutica não pode deixar de ser.

Outros Gestores de Saúde

S5 Concordo que a Assistência Farmacêutica deve ser regionalizada, vendo as necessidades do município.

S16 - Com certeza este é o caminho.

S17 - É uma boa oportunidade, que seja um fortalecimento onde as características do município são mais acentuadas.

S24 - Sim... daí com a regionalização a gente vai poder ter um acesso melhor, já atendendo o município dentro de suas necessidades. Eu concordo plenamente.

S32 - Se viu que o processo evoluiu muito, quando era a CEME, mesmo com ampla garantia de medicamentos, observamos que faltavam critérios de programação, por isso havia o desperdício, com a descentralização isto melhorou muito, mas, na prática, esta regionalização dever ser realmente efetivada.

S36 - Sim, porque através do processo da regionalização seria possível direcionar melhor a assistência, no que resultaria em melhor resolutividade dos problemas de saúde que a população tem.

Percebe-se, na compreensão dos gestores entrevistados, que “regionalização e organização funcional” do sistema são elementos centrais da descentralização e da integração dos sistemas municipais de saúde. No entanto, na percepção do entrevistador, observou-se na maioria das falas, que o processo de regionalização da saúde ora implantado no Estado de Pernambuco não corresponde, a contento, as expectativas dos gestores municipais, frente às suas necessidades em saúde para a população.

De acordo com a NOAS-SUS 01/01, os modelos de regionalização adotados podem ser diferentes entre os estados brasileiros porém, a estratégia de elaboração do PDR, que deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado entre o Estado e os municípios é a mesma entre todas as unidades federadas. Isto leva a refletir se o modelo de “regionalização

da saúde”, vigente no Estado, atende às especificidades de cada região.

De acordo com o PDR-PE 2004, Capítulo 7, a população do Estado está distribuída, de forma muito heterogênea no espaço geográfico, onde 42,7% da população concentra-se na região do litoral, e 85,53% até VI Gerência Regional de Saúde (Agreste); somando-se também a distribuição heterogênea dos serviços de saúde, que estão mais concentrados na RMR, contribuindo para uma maior dificuldade de acesso da população ao sistema.

Outros fatores, também observados no Capítulo 7, como a rede básica de saúde que ainda é ineficiente, hospitais municipais e regionais pouco resolutivos, superposição de oferta de alguns serviços e deficiência quantitativa de profissionais em algumas regiões, comprometem, sem dúvida, o processo da regionalização, pactuando com as falas dos gestores ora apresentados.

A expressão dos gestores também é um reflexo do que Levcovitz (apud MISOCZKY, 2003), afirma quando se refere ao consenso da descentralização da saúde, que em todos os documentos oficiais “faltam construir instrumentos e mecanismos operacionais que induzam a descentralização, de forma simultânea, à rede regionalizada e hierarquizada”.

Tais fatores levam a confirmar a importância do tema para a pesquisa, frente à forma como foram colocados pelos gestores, pois entendendo-se a assistência farmacêutica como uma das estratégias de resolutividade das ações da saúde, cada vez mais tem-se a necessidade de sua efetiva regionalização.

No entanto, ainda concorda-se com Marin (2003), quando afirma que:

Ao refletirmos acerca da organização dos serviços, sob a ótica de uma concepção de modelo assistencial, identificamos a necessidade de situarmos, nos diversos níveis de atenção à saúde, o lugar da Assistência Farmacêutica, compreendendo que, ao pensarmos o medicamento como um insumo básico, devemos considerar a relevância da terapêutica medicamentosa nas ações de recuperação da saúde.

Ainda ao se analisar essa categoria temática, percebem-se estágios diferenciados de entendimento sobre a regionalização da assistência junto aos gestores entrevistados, que apontam problemas conseqüentes da cultura implantada pela NOB/96, conforme revelou o Programa Saúde da Gente (Capítulo 7).

Continuando a análise desses conteúdos, observa-se quando o sujeito (S1) do grupo dos “secretários municipais de saúde” e (S21) no grupo de “outros gestores da saúde” afirmam:

S1 - É fundamental, mas, do jeito que está sendo feita, com a metodologia que está sendo empregada atualmente, ela não está tendo o efeito que a gente quer, principalmente nas regiões mais carentes, onde existe uma especificidade a nível de demandas.

S21 - Acho que a regionalização deve acontecer; visto que nosso país é imenso e as características das regiões devem ser levadas em conta; como também os dados epidemiológicos que mudam de uma região para outra.

Reportando-se ao Capítulo 3, quando Corrêa (1991) aponta sobre o terceiro paradigma da Geografia – o Método Regional – onde focaliza que “as diferenciações das áreas não são vistas a partir das relações entre o homem e a natureza, mas sim a partir de integração de fenômenos heterogêneos em uma dada porção da terra”. Entende-se que são esses fenômenos heterogêneos que identificam as características loco-regionais que devem ser melhor observadas no processo da regionalização da saúde.

2) A Assistência Farmacêutica, em Pernambuco, é conduzida de forma verticalizada nos programas do Ministério da Saúde

Pode-se confirmar a presente categoria quando observamos as falas dos gestores:

Secretários Municipais de Saúde

S1 -... porque do jeito que está sendo feito, com a metodologia que está sendo aplicada atualmente, ela não está tendo o efeito que a gente quer, principalmente nas regiões mais carentes, onde existe uma especificidade à nível de demandas. Nós recebemos os Kits já prontinhos, então acho que ela é fundamental, mas deve ser aperfeiçoada.

S46 - Porque o que a gente vê aí é uma coisa verticalizada, lá em cima ele traça as necessidades mas, quando chegam à base, é outra coisa. È isso que está acontecendo com a gente; na ponta, quem sabe dizer as necessidades é o gestor municipal.

Outros Gestores de Saúde

S3 -... pois é, uma coisa que vem de cima para baixo verticalizada, não atende a demanda de cada região. Então concordo, porque o que acontece no Sul, não é o que acontece no Nordeste, então as coisas são diferentes.

S19 - Gostaria de acrescentar que estamos acostumados com este modelo de gestão do governo federal, onde as coisas vêm de cima para baixo; este modelo quase sempre, não foca os problemas como eles devem ser enfocados; então ele deve reconhecer de região por região este processo de assistência.

Percebe-se claramente a insatisfação dos gestores frente ao modelo verticalizado no âmbito da regionalização da saúde quanto à questão da assistência farmacêutica que, entende-se, ser um reflexo da história política dessa assistência no Estado. Podendo observar-se no Capítulo 6 que, embora com muitos avanços, essa política ainda não conseguiu alcançar sua essência, ficando por muitas vezes embutida no modelo assistencial tutelado, atrelado cada vez mais aos programas do Ministério da Saúde.

Esse modelo verticalizado da assistência leva a uma reflexão sobre o conceito de “região”, à luz da Geografia Crítica, onde o tema da região é retomado com uma visão dialética em que a organização espacial vai além da descrição dos padrões espaciais e incluem processos históricos que modelam os grupos sociais. Como também o tema “hierarquia dos lugares” apresentado no Capítulo 2, onde Benko e Lipietz (apud MISOCZKY, 2003, p. 346) afirmam: “o tamanho do leque de atividades de um lugar central depende de seu lugar na rede urbana hierarquizada. Se existem cidades pequenas e pobres em atividades importantes, é porque o lugar para implantação dessas atividades é ocupado por uma cidade maior, em nível hierárquico superior. A produção do território resultante é de um desenvolvimento espacial desigual “visto sob a máscara de uma complementariedade funcional hierárquica”, que contribui “para a manutenção do *status quo* de uma sociedade desequilibrada e desigual”. (GOMES apud MISOCZKY, 2003, p. 346)

Ainda no consenso da categoria 2, têm-se os depoimentos:

Secretários Municipais de Saúde

S30 -... até porque a gente tem muita dificuldade quanto a padronização de medicamentos que é feita a nível nacional, que é totalmente diferente da nossa realidade; cada região tem patologias diferentes, tem costumes diferentes e se a população aceita ou não determinado tipo de medicamento, então podem resolver este problema.

S45 -...quem está na ponta, nos municípios, cada vez mais tem dificuldades para dar continuidade aos programas, porque os programas são implantados, os pacientes são cadastrados, chega os primeiros lotes de medicamento de uso contínuo, e depois falta; não tem continuidade, e aí? Daí sobra para o município e,

muitas vezes, o município não tem condições de arcar com o custo daqueles medicamentos e o programa fica desacreditado.

Outros Gestores de Saúde

S20 - A Assistência Farmacêutica deve ser regionalizada porque os medicamentos não vêm a ser desperdiçados, como está acontecendo hoje em dia.

S32 -... quando o Ministério da Saúde envia kits de medicamentos para a Farmácia Popular, não obedece a critérios epidemiológicos de cada região; manda um kit que é único para todos e por igual e, com isso, acaba se tendo excesso de medicamentos em uns municípios e falta em outro; quando este medicamento não é bem a realidade daquele local; por isso seria necessário que a Assistência Farmacêutica fosse efetivamente regionalizada.

Na visão dos gestores, percebe-se claramente como a questão “tomada de decisão” sobre os medicamentos a utilizar por cada município ainda é o maior impacto da ação verticalizada do governo federal, onde as decisões centralizadas, principalmente quanto ao aspecto “seleção de medicamentos”, deixam os municípios à margem do processo.

Ora, quando se observa Mayorga (2004), ao afirmar: “a cultura existente, focada apenas na aquisição e distribuição de medicamentos começou a ser declarada, oficialmente, como insuficiente para sustentar uma política de medicamentos”, percebe-se claramente o nível de insatisfação dos gestores, principalmente, aqueles que, embora estejam à frente de municípios de pequeno porte, absorveram a nova forma de entender e gerenciar a Assistência Farmacêutica; onde gostariam de participar efetivamente desse processo, no qual as características de cada região e cada município emergissem até o nível central. Pactuando com Lencioni (1999), quando em seus conceitos sobre “região”, afirma:

à medida que a percepção do mundo se amplia e as diferenças emergem, são elaborados recortes sobre o mundo, e aí temos uma noção mais genérica de região, como parte de um todo. Esse todo poderia ser considerado o mundo conhecido que, por ser um conhecimento socialmente produzido, varia de limites segundo as civilizações.

Tais considerações remetem ainda ao Capítulo 2, onde o tema “Organização da Atenção à Saúde” se insere em vários contextos, diante dos quais Righi (2002a) coloca que “estas formas de gestão aparecem como um problema para reflexão sobre como estão construídas, a partir das diretrizes do SUS e do entendimento de suas expressões nas organizações nos municípios, onde a relação entre política, modos e espaços de produção

adquirem formas de gestão que se confundem em seus conceitos, dos mais simples aos mais complexos”.

Diante de todo o referencial teórico exposto neste trabalho e, principalmente, quando se apresentou no Capítulo 6 as considerações sobre as normatizações da regionalização da saúde e a Política de Assistência Farmacêutica, atribuiu-se o desconforto apresentado por esses gestores a dois fatores importantes, por ainda não haver no Estado de Pernambuco uma Assistência Farmacêutica, efetivamente, regionalizada:

O primeiro fator deve-se a todo arcabouço jurídico das normas operacionais, que reorienta e define ações, estruturas e funcionamento do SUS, que não absorveu a Política Nacional de Medicamentos como estratégia estruturante para a resolutividade do Sistema, deixando lacunas importantes para essas ações. Lacunas essas que ficam bem claras quando o gestor (S37) aponta em seu discurso:

S37 - Na NOAS, há uma definição de medicamentos básicos, de alto custo, medicamentos que estão relacionados diretamente com algumas patologias, como os estratégicos, mas, tem um grande vazio onde não há definição de competências. O ministério da saúde não conseguiu definir ainda, de forma precisa, qual é a competência dele na média complexidade, qual é a competência do estado e do município. Enquanto esta definição não chega, a população fica penalizada.

Gerando, conseqüentemente, a fragmentação das ações na área da assistência farmacêutica, as diferentes logísticas de apoio, as superposições de serviços e a falta de racionalização político-administrativa, que entre outros fatores, atuam em sinergia com o desaparecimento administrativo e institucional dos órgãos federais, estaduais e municipais nesse campo, constituindo fatores que contribuem para um menor desempenho das políticas públicas de saúde.

O segundo fator considerado importante é o fato de que a “Assistência Farmacêutica, em Pernambuco, ainda é incipiente no contexto da Política Nacional de Medicamentos”, indicada na Categoria 3.

3) A Assistência Farmacêutica em Pernambuco ainda é incipiente no contexto da Política Nacional de Medicamentos

Apontada diante de alguns discursos, como observa-se:

Outros Gestores de Saúde

S3 - A Assistência Farmacêutica hoje, é muito precária.

S14 - No município... .. estamos identificando muitos problemas, exatamente por não termos uma política regionalizada; daí nós vamos tentar com luta, suprir esta necessidade, com implantação da REMUNE.

S31 - Dentro do que é a Política de AF no país, ainda continuamos com uma indústria farmacêutica que é químico-dependente de todo o mundo. Tem que haver uma coordenação política por parte do MS que comece com o desenvolvimento efetivo do papel dos laboratórios oficiais.

Quando o Gestor (S4) refere no conteúdo do seu discurso para a questão, no Apêndice A:

S4 - Ainda temos uma política de assistência farmacêutica incipiente. Tem que se efetivar mais a Política de Assistência Farmacêutica em todas as diretrizes, para que se tenha uma regionalização eficiente.

Observa-se como esse problema é mais identificado por coordenadores de programas de assistência farmacêutica do que por outros gestores de saúde. Pelo fato de muitos gestores, não conhecerem, o texto da Política Nacional de Medicamentos, aprovado através da Port. 3916 de outubro/98. Em consequência disso, por não conhecerem essas diretrizes e prioridades, ainda confundem muito o que expressam sobre a questão “medicamentos”; onde teve-se a oportunidade de presenciar, por muitas vezes, a presença forte do binômio “aquisição x distribuição” deixado pela CEME; muitos ainda não conseguem entender que a Assistência Farmacêutica é um conjunto de atividades que refletem “ações, insumos e serviços” como outras atividades importantes para assistência à saúde.

É preciso que se implemente a PNM no Estado de Pernambuco, mas, para isso, primeiro é necessário que a conheçam e entendam de fato o que significam suas ações, para conseguirem aplicar uma política de Assistência Farmacêutica Estadual que reflita as necessidades epidemiológicas e sócio-culturais do Estado.

No âmbito da Secretaria Estadual, entende-se que a formulação dessa política deve desenvolver-se mediante a adoção de metodologia apropriada, baseada num processo que favoreça a construção de propostas de forma participativa.

Ao que parece, o Estado como um todo não assumiu, de fato, o compromisso com os princípios democráticos que, no entendimento de Carneiro (apud AMANTINO-DE-ANDRADE e ARENHART, 2004, p.35) são necessários, para a consolidação da participação social como uma prática concreta, e não apenas possível, na gestão de políticas públicas. Se esses gestores são reprodutores de uma representação normativa sobre a participação, é importante considerar que eles refletem um condicionamento cultural do qual o Estado e a sociedade não estão distanciados.

4) A Assistência Farmacêutica já está regionalizada em Pernambuco porém, deve melhorar sua operacionalização

Afirmativa consensuada em algumas falas, como observa-se:

Outros Gestores de Saúde

S8 - Bem, regionalizada ela já está, não é? Até porque já existem as GERES, as dez gerências, o Estado está dividido em 10, então precisa que o Estado melhore a questão da operacionalização.

S10 - No estado de Pernambuco ela já está regionalizada, através das GERES e a questão é só implantação e organização do Serviço.

S11 - Concordo com os discursos anteriores na questão das GERES. Hoje a questão é estruturar, organizar, normatizar mais a questão da AF para os municípios.

Ao longo das análises do conteúdo dos discursos, interessante é observar mais uma vez o que Schwingel e Cavedon afirmam sobre Representações Sociais: “se está tratando de vidas individuais inseridas em um mundo social, vidas que são formadas e construídas em uma relação com a realidade social. Tanto a atividade social como a atividade do sujeito são determinantes para esta representação”, sendo assim, deixa mais claro quando alguns gestores do grupo 2, que não contemplam os secretários municipais de saúde, afirmam que a “Assistência Farmacêutica já está regionalizada em Pernambuco porém, deve melhorar sua operacionalização”, presente nessa Categoria.

Quando se refere ao grupo de gestores, acredita-se, que no desenvolvimento de suas atividades não acompanhem de forma efetiva todo processo político-administrativo da regionalização da saúde, por desconhecerem alguns instrumentos importantes para sua implementação. Por exemplo, o PDR e a PPI onde, em Pernambuco, não garantem as ações da Assistência Farmacêutica no âmbito estadual.

Considerando o PDR-PE, observou-se:

De acordo com Pernambuco (2002a), sobre as “Diretrizes”, Capítulo 7, chama-se atenção à expressão “atenção integral e hierarquizada” que se entende, esta deveria contemplar acesso a medicamentos em todos os níveis de complexidade. No entanto, no âmbito da Assistência Farmacêutica, o próprio texto se contradiz quando não deixa claro, de forma pontual, em nenhuma de suas diretrizes, a garantia de fornecimento de medicamentos; em consequência, acredita-se, do texto da própria NOAS-SUS 01/01.

Ainda entre as estratégias para a regionalização da saúde, observa-se que, apenas, a Atenção Terciária faz referência à Política de Medicamentos. Atenção a qual se sabe, o seu financiamento, a nível ambulatorial é de responsabilidade do Ministério da Saúde, pelo menos, formalmente.

Portanto, diante do exposto, discorda-se dessa afirmativa, uma vez que se entende que uma “ação ou grupo de ações” para que esteja inserida no processo de regionalização da saúde, precisa estar de forma clara e contundente, em todos os instrumentos que garantam sua implementação e financiamento para todos os níveis de atenção à saúde. Pactuando com o discurso do Gestor (S37), a seguir:

S37 - A regionalização deve ter como base o Plano Diretor do Estado e nesse plano a gente prevê a criação de microrregionais de saúde, que nada mais é do que as próprias regionais de saúde existentes no estado; então em primeira mão deveríamos fortalecer estas gerencias regionais e elas teriam um papel substancial, onde deveriam apontar as necessidades de cada município em medicamentos, na distribuição, no seu controle e em todas as ações que envolvem a sua dispensação.

5) A presença do farmacêutico é importante para os programas de saúde

Onde se pode confirmar diante dos discursos:

Secretários Municipais de Saúde

S41 - Diante de tudo que foi implantado em termo de Atenção Básica, foi implantado um grupo imenso de Saúde da Família, e uma das grandes dificuldades é a AF; cada município deveria ter um farmacêutico, não específico para o PSF, aí se teria uma orientação melhor para estas medicações.

Outros Gestores de Saúde

S22 - Deve haver todo um trabalho da AF, até por uma forma de uma descentralização, de melhor divulgá-la nos municípios, para que os Secretários de Saúde fiquem mais próximos do departamento, para que eles se conscientizem da importância do papel do farmacêutico na AF; até porque na bipartite se fala enormemente na AF, mas, não fala da presença do farmacêutico nesse papel, como coordenador.

S33 -...através da reorientação da AF, que isto poderá ser possível, o profissional farmacêutico capacitado para prestar esta assistência e, principalmente, que tenha conhecimentos epidemiológicos daquele local.

Chama-se a atenção, na fala de alguns entrevistados, a necessidade da presença do farmacêutico na implementação das ações, diante do perfil profissional que o sistema requer. Onde envolvem todo o processo do ciclo da assistência farmacêutica, desde as etapas da seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição até a dispensação de medicamentos, com o acompanhamento efetivo da atenção farmacêutica.

Pactuando com Marin (2003, p. 129):

A portaria 176/99, ao promover a descentralização dos recursos destinados à aquisição dos medicamentos voltados à atenção básica, coloca estados e municípios em um novo papel diante da questão da organização da Assistência Farmacêutica. Ao refletirmos acerca da organização dos serviços, sob a ótica de uma concepção de modelo assistencial, identificamos a necessidade de situarmos, nos diversos níveis de atenção à saúde, o lugar da Assistência Farmacêutica, compreendendo que, ao pensarmos o medicamento como um insumo básico, devemos considerar a relevância da terapêutica medicamentosa nas ações de recuperação da saúde, mas tendo em conta que, nos cuidados de saúde, a Assistência Farmacêutica contempla, também, as ações de prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde.

Para isso, é imprescindível profissionais capacitados. Faculdades que se preocupem em formar uma massa crítica de profissionais voltados para a Saúde Pública. Gestores que

olhem em todos os focos cada ação de saúde que estão executando. Indivíduo e sociedade cientes de seus direitos à saúde. Como se vê, é uma questão cultural que envolve vários segmentos da sociedade e, principalmente, vontade política e profissionais que abracem tal processo como uma causa maior.

6) A Política de Fitoterápicos deve ser considerada no processo de regionalização observando as peculiaridades regionais

Categoria esta apontada pelos presentes discursos:

Secretários Municipais de Saúde

S16 - Com a regionalização nós poderíamos até aumentar a produção de fitoterápicos, pois com o medicamento a baixo custo, entre chás, xaropes, cápsulas, além de tudo comprovar a eficiência e eficácia destes medicamentos produzidos com ervas de nossa própria região.

S20 - Hoje o governo pensa na fitoterapia para os grandes laboratórios, onde ele vê a mesma fitoterapia do Rio Grande do Sul até o Amazonas; isto eu não concordo, pois em cada região a uma grande diversidade de plantas, só que cada planta tem suas peculiaridades, de acordo com cada região; então o clima, a terra, tudo isto interfere na fabricação de medicamentos. Então a planta que é utilizada no Rio Grande do Sul, ela não vai ter a mesma atividade quando sendo utilizada aqui no Nordeste, portanto, ela deve ser regionalizada também.

Quanto a Política de Fitoterápicos, é interessante perceber como esse tema, nos últimos dois anos, vem ocupando seu espaço no contexto da Assistência Farmacêutica, diante de tantas iniciativas para esta prática no País. Atualmente, encontra-se em fase de aprovação junto ao Ministério da Saúde, a proposta da Política de Medicamentos Fitoterápicos e Plantas Medicinais.

Em Pernambuco, no desenvolvimento das entrevistas, percebeu-se de forma muito acentuada, a discussão dos fitoterápicos quase que exclusivamente na “Região do Agreste”; confirmando o que se viu sobre os paradigmas da Geografia no Capítulo 2, onde as questões geográficas da região influenciam, de forma pontual, o uso de medicamentos junto à população. Pactuando ainda com Santos (2002), quando analisa sobre o Determinismo e o

Possibilismo:

Determinismo é causalidade natural. Entre as causas que na natureza determinou os fenômenos, algumas são contingentes [...] algumas são geográficas. O problema reside em saber se existem necessidades geográficas e se os fenômenos naturais podem agir como causas necessárias sobre a humanidade 'puramente receptiva'. Quando LA BLACHE escreve que não existem necessidades, mas, em toda parte, existem possibilidades, trata-se de uma verdade banal. O reino do possível não é o mesmo do aleatório, mas o da conjunção de determinações que, juntas, se realizam a um dado tempo e lugar.

2ª Pergunta:

NA SUA VISÃO, COMO PODERIA SER ORGANIZADA ESSA REGIONALIZAÇÃO?

De acordo com a metodologia da pesquisa, essa pergunta, nas entrevistas, foi direcionada àqueles gestores que concordaram que a Assistência Farmacêutica, deveria ser regionalizada; considerando, também, àqueles que expressaram que, em primeiro momento, deveria ser municipalizada. Onde foi observado, que apenas 03 gestores não concordaram com a pergunta anterior, em consequência da forma como está sendo implementado o processo da Regionalização no Estado.

Diante das falas colocadas, apresentadas na **Unidade de Registro dos Discursos**, (Apêndice A), após a coleta de dados, fomos conduzidos a 04 (quatro) Categorias, constantes na **Análise dos Conteúdos dos Discursos por Representação Social (Categorias)**, (Apêndice B), que expressam como os gestores acreditam que se possa efetivar a regionalização das ações da assistência farmacêutica para o Estado:

- 1) As ações da Assistência Farmacêutica devem ser organizadas e estruturadas nas GERES, de forma ascendente no sistema – a partir dos Municípios, com a presença do farmacêutico**

Observa-se nos discursos a seguir, que as expressões que remetem a essa idéia, também são consensuais dentre os dois grupos de gestores.

Secretários Municipais de Saúde

S2 -...aproveitando a estrutura que já está sendo montada nas regionais, através também dos municípios sedes de módulos , que já teriam Regionalização maior. Então acredito que esta é a maneira mais rápida de entender qual é o perfil da Assistência Farmacêutica no Brasil, principalmente no nosso agreste e no Nordeste.

S9 - Aproveitar a estrutura das GERES que já existem no estado de Pernambuco; aproveitando esta estrutura, distribuído em 10 GERES, onde tendo cada Gerência uma estrutura mínima de organização em cada GERES; dependendo da extensão da GERES, você teria uma equipe mínima, comandada por um farmacêutico.

S23 - Eu acho que deve ser de acordo com as microrregionais. O Estado está dividido em 10 regiões, mas, eu acho ele grande demais para este tipo de assistência. Mesmo o Estado da gente dividido em 10 microrregiões, acho que é grande demais, deveria ser menor ainda .

S29 - Estruturar as regionais de saúde é uma estratégia para a Regionalização da AF.

Outros Gestores de Saúde

S5 - Através das regionais, de acordo com as necessidades locais.

S7 -...então eu acho que para organizar, tem que fazer a regional cumprir o seu papel.

S22- Olha, eu acho que depende da estrutura, não sei se a gente teria teto para fazer algo independente, ou seria no contexto da GERES, fortalecendo o perfil do farmacêutico nas GERES - aproveitando os recursos das GERES; a gente poderia focalizar melhor, uma vez que já existe toda estrutura.

S25 - Através de subdivisões, por regiões, macro e micro.

S36 – Acredito que através do Sistema de micro e macrorregionais.

S37 -...então em primeira mão, deveríamos fortalecer estas gerências regionais e elas teriam um papel substancial, onde deveriam apontar as necessidades de cada município destes medicamentos, na distribuição, no seu controle e em todas as ações que envolvem a dispensação de medicamentos; vale registrar ainda que há uma lacuna muito grande no que se refere a medicamento para a média complexidade. Há uma definição de medicamentos básicos, de alto custo, medicamentos que estão relacionados diretamente com algumas patologias, como os estratégicos, mas, tem um grande vazio onde não há definição de competências. O ministério da saúde não conseguiu definir ainda, de forma precisa, qual é a

competência dele na média complexidade, qual é a competência do estado e do município.

Sob a visão desses gestores, pode-se analisar cada etapa que expressa a categoria em questão; primeiro, que “A Assistência Farmacêutica deva ser organizada nas GERES”.

Pensar em organizar essas ações nas GERES, significa estruturar serviços, com recursos humanos suficientes e capacitados, com instalações físicas apropriadas e, principalmente, com ações descritas, normatizadas e regulamentadas com estruturas organizacionais definidas.

Tais ações reportam-se ao que foi apresentado no Capítulo 6, quando da Proposta de Reorganização de Gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito da SES-PE, em 2002, que, até a presente data, não foi implementado.

Porém, pergunta-se: **por que a assistência farmacêutica tem que ser inserida nas estruturas das GERES? Será que essa assistência não teria um outro desenho intersetorial e interorganizacional que melhor atendesse às necessidades dos municípios? Será que a distribuição das GERES condizem com a realidade da economia espacial do território?** São muitas dúvidas que parecem estar bem claras nos discursos dos entrevistados, no entanto, quando se volta para o referencial teórico, percebe-se que muitos equívocos, entre, o entrevistador e os entrevistados, começam a emergir. Poderíamos citar alguns, dentre eles, apontamos a “economia espacial” e perguntamos: **o que tem a ver com a organização da regionalização da assistência farmacêutica?**

Segundo Hoover (apud HADDAD) Capítulo 2, “a economia espacial se refere à análise da questão “o que” está “onde” e “por quê”. Assim, pensar em estruturar serviços de assistência farmacêutica em seus diferentes níveis de atenção, como por exemplo a média e alta complexidade, não poderia estar desvinculado da economia espacial do território, frente aos investimentos financeiros que a área requer. No entanto, concorda-se parcialmente com os discursos apresentados, onde estruturas mínimas de assistência farmacêutica deveriam estar inseridas em todas as regionais de saúde, de acordo com o seu porte e área de abrangência. E para as estruturas macro, deve-se levar em consideração as atividades econômicas da região, concentração, e dispersão dessas atividades, principalmente, as semelhanças ou diferenças de padrões de distribuição geográfica, que levam ao

questionamento anterior, se as ações de assistência farmacêutica devem seguir os modelos das regionais de saúde.

Algumas experiências já existem em alguns estados brasileiros, como os “consórcios intermunicipais”, para a compra de medicamentos na região Sudeste, que não são, necessariamente, entre municípios de uma mesma regional de saúde, mas àqueles que identificarem entre si, padrões semelhantes no aspecto econômico e na distribuição geográfica.

Outro aspecto seria pensar na organização da assistência farmacêutica em uma região através de “Redes Sociais” que, segundo Junqueira, Capítulo 2, “são formas de agir que privilegiam os sujeitos, cujos objetivos são definidos coletivamente, articulam pessoas e organizações que se comprometem a superar, de maneira integrada, os problemas sociais, respeitando, principalmente, as diferenças de cada membro”. Organizações essas que, no entendimento do SUS, poderiam ser os serviços de saúde, no caso aqui colocado, “serviços de assistência farmacêutica”, respeitando o saber e a autonomia de cada município, otimizando os recursos disponíveis.

Esse modelo de organização faz refletir sobre o modelo ora institucionalizado no SUS onde, segundo Misoczky, Capítulo 2, “a organização da atenção à saúde por níveis de complexidade localizados em regiões e microrregiões com municípios-sede e municípios-pólo representa a ‘hierarquia dos lugares’. Essa concepção despreza a capacidade de os atores sociais imprimirem novos usos do território, de reestruturá-lo de modo dinâmico” [...] “nega a possibilidade de reconstrução da malha territorial de acordo com as aspirações dos que nela vivem”. (RAFFESTIN apud MISOCZKY)

Continuando a análise dos depoimentos, ainda na categoria 01, onde a frase se complementa... As ações da assistência farmacêutica devem ser organizadas nas GERES, **de forma ascendente no sistema – a partir dos municípios, com a presença do farmacêutico**, observa-se a fala dos gestores (S13) que expressam:

S13 - Não somente a Assistência Farmacêutica, mas, todas as outras áreas técnicas há esta necessidade, nós temos a necessidade de efetivamente consolidar o SUS. Precisa ser entendido a partir de uma organização que tenha como alicerce a realidade local; então esta organização precisa ser entendida no inverso do modelo verticalizado, que a gente já avançou na questão da descentralização, que no arcabouço jurídico legal, então está no papel, está no discurso, mas, que na

questão da operacionalização, nós ainda temos várias lacunas que elas vão precisar de uma resposta e, estas respostas, vão precisar ser entendidas numa lógica de organização ascendente, a partir das necessidades que a população apresenta aos gestores; É preciso ter além da decisão de fato, a questão do direito, exercer a coerência que falta do discurso para a ação, apresentar uma proposta que realmente remeta para as outras esferas do poder, uma necessidade de organizar a Assistência a partir de uma realidade local peculiar.

Que se complementa com os depoimentos:

S47 - Deveria ser organizado dentro do município, que tivesse um farmacêutico na localidade, prestando assistência a todas essas ações, e tendo o suporte muito importante do Ministério da Saúde, do Estado, da FUNASA, a regional de saúde também dando o suporte através da II GERES a qual nós pertencemos.

S28 - Não globalizar a regional como um todo e considerar as particularidades; porque hoje quando se fala em regionalização, se há um município pequeno como é o nosso, ele não está considerado para a média complexidade. Não somos contemplados com os procedimentos de AIH.

No mesmo grupo, também, aparecem expressões com o mesmo enfoque:

Secretários Municipais de Saúde

S31 - Então esta questão de AF me preocupa muito, porque os municípios, na sua grande maioria, não exercem o seu papel - o papel de suprir.

S42 - Cada município tem suas especificidades, na verdade o termo não é regionalizado e sim municipalizado mesmo; daí a gente vai dentro de cada município para ver como se trata...

S43 - Se o Ministério da Saúde sentasse com as duas esferas do governo, sentasse com o município, para que cada um mostrasse a sua maneira e o seu jeito de trabalhar diante da sua necessidade efetiva.

S48 - Em primeiro lugar, as regionais de saúde devem dispor de farmacêutico se o município é realmente o executor das ações, e quando ele tem dificuldades ele tem de recorrer ao nível regional; se o município é obrigado a ter farmacêutico, por que não a regional? Ele também deve estar com suas condições, com seus instrumentos para orientar a Assistência Farmacêutica municipal.

Outros Gestores de Saúde

S12 - Eu acredito que os municípios têm que ter uma participação muito efetiva sobre a Regionalização; ela tem que concentrar os interesses de cada um deles, a partir daí, a região e em seguida a macrorregião que seria o Estado.

S14 - Uma das formas é através da REMUNE, com uma equipe multidisciplinar, inclusive com o ACS, que está diretamente ligado com o paciente na atenção básica, então o povo tem que ser ouvido nas suas necessidades e então é importante se ter um trabalho contínuo, para se identificar às necessidades reais do município.

S44 - Se o Ministério da Saúde sentasse as três esferas do governo, sentasse com o município, para que cada um mostrasse a sua maneira e o seu jeito de trabalhar diante da sua necessidade efetiva.

Para esses gestores, percebe-se quanto menor o município, mais distante ele está da esfera de “decisão”, e vê-se como desacreditam do discurso ora institucionalizado pelo SUS, confirmando o que Misoczky, no Capítulo 2, afirma: “De modo autoritário e centralizador, o governo federal impõe às populações locais e aos seus governantes uma estratégia de estruturação territorial que terá conseqüências que excedem o campo de atenção à saúde e se estendem ao desenvolvimento econômico e social, com impactos negativos sobre a equidade, nos termos adotados como referência para esta reflexão”.

Pactuando com tudo o que foi apresentado, ainda concorda-se quando Brasil (2004), afirma:

apesar de inovadora, essa concepção federativa precisa ser aperfeiçoada, uma vez que permanecem ainda sem regramento e dependentes de iniciativas setoriais a regulamentação de mecanismos e instrumentos de coordenação e cooperação, fundamentais para a ação intergovernamental na implantação de políticas públicas.

2) A Regionalização da Assistência Farmacêutica otimiza a distribuição de medicamentos e promove o uso racional

Os discursos que remetem à categoria em apreço levam novamente a refletir sobre Brasil (2004) onde afirma, no Capítulo 6: *A Assistência Farmacêutica no Brasil, a partir da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde (LOS), começou a ser vista, do ponto de vista jurídico, com um novo olhar, não significando apenas a lógica de “aquisição e distribuição” de medicamentos, onde, suas ações começavam em um gabinete e terminavam quando saíam dos almoxarifados.*

Para tanto, pode-se observar nas falas dos gestores:

Outros Gestores de Saúde

S7 - O Nível Central da Assistência Farmacêutica do Estado, não conhece a realidade dos municípios; então eu acho que para organizar tem que fazer a Regional de Saúde cumprir o seu papel.

S15 - Acho que precisamos de mais capacitação, aqui no nosso município funciona direitinho mas, acredito que com a regionalização ficaria mais fácil.

S33 - Aconselhando o uso correto de medicamentos, primando pelo uso racional, para que você poupe recursos, onde os insumos farmacêuticos são os maiores gastos na saúde.

O que nos remete, também, ao Capítulo 6, quando concorda-se com Marin (2003) que, do ponto de vista da organização de serviços de atenção primária, uma tarefa prioritária para a organização da Assistência Farmacêutica consiste no resgate das atividades pertinentes à área que se encontram dispersas. Dispersão essa, que: estão relacionadas a razões históricas, entre outras, a lógica verticalista do Ministério da Saúde, na fragmentação de suas ações, em distintos programas, aliado ao desvirtuamento do ensino farmacêutico quanto à questão do medicamento.

Ao pontuar-se a afirmativa da Categoria 02, associa-se à afirmativa da Categoria 03:

3) Investimentos em programas de informática, capacitação de Recursos Humanos e sistemas de informação epidemiológicas, são ferramentas importantes para a Regionalização da Assistência Farmacêutica

Ora, sem os investimentos necessários, não alcançaremos o “uso racional” de medicamentos, o que, conseqüentemente, pactua com os discursos:

S31 - Primeiro a gente tem que ter um sistema de informação que permeasse desde o município até o Ministério da Saúde, para que você obtenha relatórios conclusivos para as necessidades dos programas de saúde

S32 - hoje nós sabemos que a AF é carente de recursos humanos capacitados, tanto nas capitais, como no interior, há uma carência de RH para prestar assistência à farmácia; com isso acaba gerando problemas, como paciente de municípios menores que voltam à região metropolitana, indo em busca de

medicamentos nos municípios vizinhos; daí há falta da garantia de medicamentos, perdas por vencimento, porque ainda não se tem um trabalho efetivo de programação, isto também devido a falta de informatização [...] pois, à medida que vai informatizando, vai acompanhando toda esta questão, ou seja, o paciente atendido gera uma prescrição e esta prescrição vai poder realmente programar bem, pois vai também fornecer subsídios para uma programação realmente baseada nas características de cada local

S33 - Aconselhando no uso correto de medicamentos, primando pelo uso racional, para que você poupe recursos, onde os insumos farmacêuticos são os maiores gastos na saúde.

Vê-se, então, que o contraditório dessas expressões se revela nas questões político-administrativas das normatizações de saúde quando alcançam os municípios, porém, surpreende-se, quando, apesar de todos esses equívocos, encontram-se gestores que querem, de fato, “fazer o processo dar certo”, como expressa o discurso:

S26 – ... mas, já posso perceber que tem que se dar ouvido ao povo da terra. Estamos lutando por acertos e acredito que se houver capacitação para este povo que veio aqui para o alto sertão para trabalhar, eu acredito que dá certo; agora vamos capacitar, pois a falta maior é de recurso humanos, talvez até o financeiro, porque pode ter tudo mas, se não tem um profissional a altura para desempenhar a profissão, que tenham o perfil; o PSF mesmo, nem todos tem o perfil mas, a gente não pode dispensar; mas, se houvesse capacitação eles iam melhorando, fazendo tudo dentro das normas do PSF. E a Farmácia mesmo é muito importante, pois a gente dá o remédio e não vê o retorno. E acontece muito por falta de farmacêutico; mas, agora nós já temos um, daí a coisa está andando.

O contexto dos discursos e os referenciais teóricos apresentados nesta análise, expressam de forma clara o sentimento dos gestores que participaram da pesquisa.

4) A Assistência Farmacêutica deve ser inserida de forma pontual na NOAS, no PDR e no PPI do Estado

Confirmando o que foi colocado na análise da pergunta 1, onde percebe-se que alguns gestores da saúde não conhecem o texto da PNM, identificou-se, no desenvolvimento das entrevistas, que outros, também, desconhecem normatizações importantes que orientam e definem a operacionalização do SUS.

Apenas dois, dos gestores entrevistados, apontam que o fato da não inserção de forma pontual da assistência farmacêutica na NOAS, no PDR e na PPI comprometem a sua operacionalização no sistema. Por não estar definido de quem é a responsabilidade da média complexidade, no âmbito dessa assistência, sem dúvida nenhuma aponta para um grande vazio, gerando, conseqüentemente, sérios problemas, principalmente para os gestores municipais, como se pode observar nos depoimentos a seguir:

S35 - Essa regionalização deveria ser organizada junto a NOAS, já que não fomos contemplados; ela verificaria a necessidade do medicamento em cada região, fazendo com o que o paciente tivesse acesso direto a esse medicamento, é um de nossos grandes problemas; atualmente a Assistência Farmacêutica é direcionada direto do Ministério da Saúde ao município fazendo com que haja perda de medicamentos.

S37 - Esta regionalização deve ter como base o Plano Diretor do Estado e nesse plano a gente prevê a criação de microrregionais de saúde, que nada mais é do que as próprias regionais de saúde existentes no estado. [...] O ministério da saúde não conseguiu definir ainda, de forma precisa, qual é a competência dele na média complexidade, qual é a competência do estado e do município. Enquanto essa definição não chega, a população fica penalizada, sem ter o acesso que de direito deveria ter a esses medicamentos.

A NOAS, que enfatiza a regionalização de ações e serviços de saúde por níveis hierarquizados de complexidade; o PDR, que em consonância com o Plano Estadual de Saúde e com a participação das Secretarias Municipais de Saúde, que serve como instrumento de orientação da regionalização, com o enfoque territorial/populacional; e a PPI, que define os investimentos financeiros frente às ações a serem pactuadas e executadas, são instrumentos importantes para a operacionalização de qualquer atividade do sistema.

No entanto, como já foi colocado no Capítulo 6, a Norma Operacional Básica, NOB-SUS/01/96, no processo da descentralização das ações de saúde, redefiniu os papéis de cada esfera do governo e, no que tange à assistência farmacêutica, explicita que cabe ao gestor federal a reorientação e implementação de suas ações. Porém, de acordo com Mayorga et. al. (2004, p. 202), “ainda persiste a indefinição do termo assistência farmacêutica e sua preocupação com o binômio produção/controle de qualidade. Carecendo, assim, de uma visão mais ampla da mesma”.

O que se leva a afirmar que reorganizar e rearticular todas as formas de seleção, programação, aquisição e distribuição de medicamentos, atualmente utilizadas pelos diferentes gestores do SUS, são ações importantes que precisam ser articuladas e pactuadas, no sentido da otimização dos recursos e da integração gradativa das ações de assistência farmacêutica, de forma coerente não só com a estratégia de regionalização e hierarquização dos serviços e ações de saúde proposta pela NOAS; como também com estratégias intra-setoriais e inter-organizacionais que contemplem as especificidades loco-regionais.

Outro aspecto importante, na percepção do entrevistador frente aos entrevistados, sobre o problema em questão, é que parece faltar abertura para a discussão política, presente nas falas, a qual parece demonstrar que os gestores compreendem o problema como um conflito de interesses político-partidário, e não como um posicionamento de diferentes visões de mundo e projetos que precisam ser negociados de forma a se efetuar uma pactuação coletiva para a melhoria da gestão, no âmbito não só da assistência farmacêutica, como das outras atividades de assistência à saúde.

9 CONCLUSÃO

A análise dos dados obtidos nesta pesquisa não esgotam o tema “Regionalização da Assistência Farmacêutica para Pernambuco”, porém, permite algumas conclusões importantes para a sua organização nas suas diversas etapas e interfaces apontando, conseqüentemente, para novos questionamentos.

Nesse sentido, o estudo delimitou-se a compreender, através de pesquisa bibliográfica e da concepção de gestores estaduais e municipais de saúde, as diferentes formas de regionalização do Estado, bem como identificar qual a concepção desses gestores sobre o processo da regionalização da Assistência Farmacêutica para Pernambuco.

Na pesquisa bibliográfica observou-se que, Pernambuco, como os demais estados brasileiros, teve sua trajetória de regionalização iniciada à luz da Geografia Física e Humana. A cada estudo que se avançava, naturalmente, refletiam-se os paradigmas da Geografia, caracterizando as diversas formas de classificação de regiões; desde as simples variações de critério de homogeneidade até a instituição de mecanismos de descentralização e valorização do espaço local, alcançado pela divisão político-administrativa do Estado em 10 Microrregiões de Desenvolvimento.

No modelo de organização do Sistema Estadual de Saúde de Pernambuco, iniciado em 2000, observou-se a construção de um desenho organizacional de rede regionalizada e hierarquizada na perspectiva da NOAS-01/01, partindo da definição prévia das macrorregiões, seguidas das delimitações e pactuação dos municípios em torno das regiões/microrregiões, nas quais identificou-se os municípios pólos e sedes de módulos assistenciais.

Entretanto, a lógica da territorialização da saúde não extrapolou os limites político-administrativos colocados pelas clássicas Regiões de Desenvolvimento do Estado, e nesse território identificou-se, ao longo desse estudo, que no espaço das ações da Assistência Farmacêutica existe uma grande lacuna frente ao modelo verticalizado implantado pelo Ministério da Saúde, e as necessidades locais de cada região.

Espaço esse, que observa-se, está indo de encontro a um dos principais pressupostos da regionalização, a subsidiariedade, onde as instâncias federativas mais amplas não devem realizar aquilo que pode ser exercido pelas instâncias federativas menores.

Na análise documental do material bibliográfico, referente à Trajetória da Assistência Farmacêutica de Pernambuco e às normatizações da regionalização da saúde no SUS, confirmou-se nas falas dos entrevistados que, no arcabouço jurídico das normas

operacionais e assistenciais do SUS, não definem, nem garantem as ações da assistência farmacêutica apontadas pela Política Nacional de Medicamentos. Refletindo-se, conseqüentemente, na esfera regional. Percebe-se uma dissociação no princípio da hierarquização e da rede regionalizada para as ações da Assistência Farmacêutica, tendo em vista a forma fragmentada na distribuição de medicamentos junto aos programas ministeriais que, sem dúvida, comprometem a nível de município, a efetiva “reorientação” dessa assistência.

Observa-se ainda que no Estado existe uma necessidade de adotar novas estratégias no processo da regionalização, não só da Assistência Farmacêutica mas de todas as outras ações. Estratégias essas, que induzam a formação de sistemas de saúde mais funcionais e relações intergovernamentais mais cooperativas; evitando, dessa forma, que este processo não se reduza a um complexo conjunto de normas e se sobreponha a um processo político de negociação e pactuação, quando estão presentes inúmeros interesses que dividem iniciativas de concertação social.

Outro fator importante identificado durante as entrevistas, é que muitos gestores desconhecem o conteúdo da Política Nacional de Medicamentos, seus objetivos, diretrizes e prioridades, entretanto, entendem que são ações importantes com um alto impacto na resolutividade da atenção a saúde em seus municípios.

O processo da regionalização da saúde, para Pernambuco, necessita alcançar por muitos gestores, o entendimento integral do que representa uma “região” dentre os seus conceitos mais clássicos para o território da saúde. Observa-se, que apenas compreendem como “regionalização de serviços hierarquizados”, não identificando que um território de saúde, tem um contexto mais amplo, que vai além dessas fronteiras.

Diante do contexto do estudo, na concepção dos gestores entrevistados, remete-se as seguintes conclusões:

De acordo com as “categorias de análises” contextualizadas na pergunta 01, **Você concorda que a Assistência Farmacêutica, em Pernambuco, deve ser regionalizada?**, observa-se:

Dentre os 48 (quarenta e oito) gestores que concordaram em participar da pesquisa, direta ou indiretamente, 45 (quarenta e cinco) concordaram que a Assistência Farmacêutica deva ser regionalizada em Pernambuco em todos os níveis de atenção à saúde, respeitando as especificidades dos municípios e características loco-regionais. Pactuando com um dos princípios operacionais do SUS, que aponta a necessidade da descentralização e

racionalização dos serviços, como elementos desencadeadores do processo de fortalecimento de gestão e da demanda em saúde.

Essa regionalização, no entanto, pode estar imbricada dentre alguns fatores apontados nas falas dos gestores, categorizadas na pergunta 01, onde a forma verticalizada nos programas ministeriais que a Secretaria Estadual da Saúde conduz à Assistência Farmacêutica, além de refletir o grau de insatisfação frente aos municípios, demonstra o modelo tutelado que engessa as suas ações a políticas centrais. Conseqüentemente, por ainda não se ter formalizada uma Política de Assistência Farmacêutica Estadual, efetivamente implantada, em consonância com a Política Nacional de Medicamentos, que redimensione o perfil do gestor estadual e municipal.

No contexto da pergunta 02 da pesquisa, **Na sua visão como poderia ser organizada essa regionalização?**, algumas conclusões pode-se alcançar:

As ações da Assistência Farmacêutica devem ser organizadas e estruturadas nas Gerências Regionais de Saúde - GERES já existentes no Estado; que essa organização seja de forma ascendente no sistema a partir dos municípios, com a participação do farmacêutico.

Alguns fatores, também identificados nas falas dos gestores interferem, sobremaneira, para efetivação desse processo. Dentre eles, o fato dessas ações da Assistência Farmacêutica não estarem contempladas de forma integral nas normas operacionais e assistenciais do SUS que, para Pernambuco, deixam seqüelas importantes frente à inserção dessas atividades no Plano Diretor de Regionalização – PDR, e na Programação Pactuada Integrada – PPI, em função de não garantir financiamento para a implementação e desenvolvimento de suas ações.

Observa-se ainda, de acordo com Brasil (2005c),

Existe um consenso de que as regiões devem expressar o “encontro das identidades e coerências de um espaço territorial com o exercício do poder político-institucional”. Assim, as regiões de saúde são recortes territoriais, com o fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde.

No entanto, permanece o questionamento apontado no Capítulo 8: será que as ações de Assistência Farmacêutica devem ser inseridas, integralmente, nas estruturas das GERES? Será que essa assistência não teria um outro desenho interorganizacional e intersetorial, que melhor atendesse as necessidades do município? Que ações do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica devem ser regionalizadas?

Questionamentos esses, que se remetem às sugestões, expressas no Capítulo 10.

10 RECOMENDAÇÕES

Contextualizando todos os referenciais teóricos que foram apresentados neste trabalho, e os discursos relatados, o nosso grande desafio para um processo de regionalização da Assistência Farmacêutica para Pernambuco, seria buscar um desenho organizacional que permita, efetivamente, construir estratégias de planejamento no âmbito de uma assistência regionalizada, considerando:

- A Reorientação e implementação de uma Política de Assistência Farmacêutica Estadual para Pernambuco, em consonância com a Política Nacional de Medicamentos;
- Os pressupostos da regionalização, tais como: a subsidiariedade, a co-gestão, o financiamento solidário, a participação social e, principalmente a territorialização. Pressupostos esses, que são imprescindíveis para o desenvolvimento de todo ciclo logístico de Assistência Farmacêutica;
- Que se dê ênfase na importância das localidades, adequando definições sobre competências das três esferas do governo, definindo responsabilidades de cada ente federado;
- É preciso considerar a necessária conformação de uma rede solidária, concretizada em criativos arranjos político-institucionais e sólidas relações contratuais ao exercício conjunto de competências e funções, que exigem cooperação intergovernamental, planos integrados e gestão compartilhada dos serviços de abrangência regional, entre eles a Assistência Farmacêutica;
- Na busca desse novo arranjo institucional, identifiquem-se instrumentos que atuem de forma conjunta possibilitando o estabelecimento de relações de cooperação seguras, através de consórcios intermunicipais, para aquisição de medicamentos, já apontados no Art. 241 da Constituição de 1988, e hoje em processo de discussão no Governo Federal como Lei de Consórcios Públicos;
- Elaboração e análise da política, planos e prioridades que considerem as ações da Assistência Farmacêutica em sua diversidade cultural, de interações sociais e de construção subjetiva.

Diante de todas as considerações apresentadas, conclui-se, que este processo de construção da Assistência Farmacêutica não acabou aqui, pois novos desdobramentos poderão ser realizados à partir deste pretense estudo, ao qual pactua-se com Serafini (2004) quando indaga: se a regionalização, prevista na Constituição de 1988, deve ser “ascendente”, por que desprezar a capacidade dos atores sociais de imprimirem novos usos e novas estruturas de acordo com as peculiaridades, necessidades e aspirações dos que vivem em um determinado território?

11 REFERÊNCIAS

AMANTINO-DE-ANDRADE, J. ARENHART, A. J. Participação social no Sistema Único de Saúde: uma utopia por ser concretizar em municípios de pequeno porte do Vale do Taquari. In: MISOCZKY, M. C; BORDIN, R. (Org.). **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004. p. 35-54.

ANDRADE, M. C. **O planejamento regional e o problema agrário no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1976. 180 p.

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. **O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 2003. 25 p.

BENKO, G.; LIPIETZ, A. (Org.). **As regiões ganhadoras: distritos e redes: os novos paradigmas da geografia econômica**. Oeiras: Celta, 1994, 275 p.

BERMUDEZ, J. **Remédios: saúde ou indústria? a produção de medicamentos no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria Farmacêutica estado e sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995. 204 p.

BONFIM, J. R. A.; MERCUCCHI, V. L. (Org.). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec, 1997. 383 p.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. n. 182 p. 18055-18059.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993. Aprova a Norma Operacional Básica 01/93. NOB/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 6961,

24 maio. 1993a. Seção 1.

_____. **Sistema Único de Saúde/SUS**: descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília, DF, 1993b.

BRASIL. Sub-chefia para Assuntos Jurídicos. Lei n° 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jul. 1993c. p. 1-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96. NOB/SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção 1.

_____. Portaria GM/MS n°3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1998.

_____. **Política nacional de medicamentos**. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde, 1999a. 39 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Considerações sobre as Portarias do Ministério da Saúde que Modificam e Regulamentam a NOB/96. MS/CONASS. **Informe**, Brasília, DF, n. 15, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 176, de 8 de março de 1990. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 mar. 1999c.

_____. Portaria n° 956, de 25 de agosto de 2000. Regulamenta a Portaria GM n° 176, de 8/3/99, que estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 ago. 2000. Seção 1.

_____. Portaria GM/MS nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2001a, Seção I. p. 23

_____. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e Regulamentação Complementar: Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 2001b. p. 9-18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para a sua organização. Brasília: Departamento de atenção básica, 2001c.

_____. **Considerações, Críticas e Sugestões do CONASS para o Aperfeiçoamento da Política de Assistência Farmacêutica no Âmbito do SUS** - Nota Técnica CONASS, Brasília, DF, 2002a. (Cadernos: CONASS; n. 21).

_____. **Norma Operacional de Assistência Farmacêutica** (versão preliminar). Brasília, DF: Secretaria de Políticas à Saúde; Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica, 2002b.

_____. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002**. Brasília, DF, 2002c. 44 p.

_____. Portaria GM/MS nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 fev. 2002d. Seção I, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto REFORSUS-CNPq. **Fortalecimento e apoio ao Desenvolvimento Institucional das Secretarias Estaduais de Saúde**: produto 10: Reorganização da Gestão de Assistência Farmacêutica no Âmbito da Secretaria do Estado de Saúde de Pernambuco. Recife: SES/PE; FGV-EPOS, 2002e. 57 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações atualizadas sobre medicamentos de dispensação em caráter excepcional** – Nota Técnica CONASS, Brasília, DF, 2003.

(Cadernos: CONASS; n. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **A regionalização da saúde**: (versão preliminar para discussão interna). [Brasília]: Departamento de Apoio à Descentralização, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1582/GM**, de 2 de agosto de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1582.htm>>. Acesso em: 9 jun. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria n º 204**, de 06 de novembro de 1996. Regulamenta o Programa de Medicamentos Excepcionais. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1582.htm>>. Acesso em: 9 jun. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Pacto de Gestão**: garantindo saúde para todos (versão preliminar). Brasília: Departamento de Apoio à Descentralização, 2005c.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Org.). **Geografia**: conceitos e temas. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2001. 352 p.

CECÍLIO, L. C. de O. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CONDEPE. **O espaço pernambucano e os estudos regionais** – Versão Preliminar do Projeto de Regionalização do Estado. Recife: Departamento de Planejamento Espacial; Divisão de Desenvolvimento Regional, 1976.

_____. **Pernambuco em dados**: ano 2002. Recife, 2002. 68 p.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA

FARMACÊUTICA DE PERNAMBUCO, 1., 2003, Olinda. **Relatório Final**. Olinda: Secretaria de Saúde, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 1., 2003, Brasília. **Relatório Final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

CORRÊA, R. L. **Região e organização espacial**. São Paulo: Ática, 1991. 89 p.

DEMO, P. **Metodologia científica em Ciências Sociais**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1995. 293p.

FERRAES, A. M. B. **Política de medicamentos na atenção básica e a assistência farmacêutica no Paraná**. 2002. 262f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

FERREIRA, A. B. de H. **Mini Aurélio**. Século XXI: o minidicionário da língua portuguesa. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000. p. 592.

GOMES, P. C. da C. O conceito de região e sua discursão. In: CASTRO, I. E. de.; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Org.). **Geografia: conceitos e temas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. p. 49-76.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

HADDAD, P. R. (Org.) **Economia regional: teorias e métodos da análise**. Fortaleza: BNB; ETENE, 1989. 694 p.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em**

pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003. 256 p.

LENCIONI, S. **Região e geografia**. São Paulo: Edusp, 1999. 214 p.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de ; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Brasília, v. 6, n. 2, p. 269-291. 2001.

MAYORGA, P. et. al.. Assistência farmacêutica no SUS: quando se efetivará? In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Org.). **Gestão em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004. p. 197-215.

MARIN, N (Org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS; OMS, 2003. 373 p.

MISOCZKY, M. C. A. **O campo da atenção à saúde após a constituição de 1988**: uma narrativa de sua produção social. Porto Alegre: Dacasa, 2002. 191 p. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade do Rio Grande do Sul. [200-].

MISOCZKY, M. C. A. **Redes e hierarquias**: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, mar./abr. 2003.

MISOCZKY, M. C.; BASTOS, F. A. **Avançando na implementação do SUS**: consórcios intermunicipais de saúde. Porto Alegre: Dacasa, 1997. p. 9-25.

MISOCZKY, M. C. A.; BECH, J. (Org.) **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa; PDG Saúde, 2002. 104 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Pautas para estabelecer políticas farmacêuticas nacionais**. Genebra: Gráficas Reunidas, 1988. 639 p.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Diretoria de assistência a saúde. **Assistência farmacêutica no Estado de Pernambuco**. Recife: Diretoria Executiva de Assistência Farmacêutica, 1998.

PERNAMBUCO. Diretoria de Assistência à saúde. **Plano Estadual de Assistência Farmacêutica/1999**. Recife: Assistência Farmacêutica, 1999a.

PERNAMBUCO. Diretoria de Planejamento em Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde Mental. **Plano de assistência ambulatorial e farmacêutico de saúde mental em PE/1999**. Recife: SES, 1999b.

PERNAMBUCO. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Social. **Projeto de Lei do Plano Plurianual 2002-2003. Mudança e desenvolvimento: governo nos municípios – planejamento e orçamento participativo**. Recife: CONDEPE; FIDEN, 1999c.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução n. 322**, de 03 de maio de 1999. Recife, 1999d.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Plano de saúde para Pernambuco**. Recife, 2000a.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Departamento de Normatização, Padronização e Assistência Farmacêutica. **Plano estadual de assistência farmacêutica de Pernambuco/2000**. Recife, 2000b.

_____. *Plano estadual de assistência farmacêutica de Pernambuco 2001/2002* – Recife: Diretoria de Planejamento em Saúde, 2001.

PERNAMBUCO. Secretária de Saúde. **Plano diretor de regionalização SUS/PE**. Recife, 2002. 48 p.

PERNAMBUCO. Unidade Gerencial de Atenção à Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS e Hepatites. **Boletim Informativo DST,AIDS**. Recife, a. 4, n. 1, ago. 2004.

RIGHI, L. B. A estratégia do programa de saúde da família: reflexões sobre algumas de suas implicações. p. 47-51. In: MISOCZKY, M. C. A.; BECH, J. (Org.). **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2002a. p. 47-51.

_____. Pirâmides, círculos e redes: modos de produzir a atenção em saúde. p. 29-46. In: MISOCZKY, M. C. A.; BECH, J. (Org.). **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2002b. p. 29-46.

RÜCKERT, A. A. Multidimensionalidade do poder e gestão. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Curso de Especialização de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde. Disciplina Realidade Municipal. **Ênfase em aspectos de territorialidade local-regional e das inovações nas estratégias**. Porto Alegre, 2003a.

_____. Territorialidade e a gestão republicana da saúde. In: _____. _____. Porto Alegre, 2003b.

_____. Reforma do Estado atores e a escala regional local. In: _____. _____. Porto Alegre, 2003c.

RÜCKERT, A. A.; MISOCZKY, M. C. A. Território vivido, território em mutação. In: MISOCZKY, M. C. A.; BECH, J. (Org.). **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre, Dacasa; PDGSAúde, 2002. p. 67-76.

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto e pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica**. São Paulo: Edusp, 2002. 285 p.

SCHWINGEL, B.; CAVEDON, N. R. As representações sociais dos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas de equipes de saúde da família sobre educação em saúde. In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Org.). **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004. p. 147-169.

SCOTTI, R. F. **“Para entender a NOB-96”**: informações sintéticas sobre a Norma Operacional Básica 01/96 – versão de 27/08/96, aprovada pelo C.N.S. [Brasília]: Ministério da Saúde, 1996.

SERAFINI, J. M. da S. **Construção de indicadores para institucionalizar-se parcerias e incrementar o SUS regional**. 2004. 89f. Dissertação (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2004.

VIANNA, S. M. Descentralização tutelada. **Saúde em Debate**. Brasília, n. 35, 2003.

WILKEN, P. R. C.; BERMUDEZ, J. A. Z. **A farmácia no hospital: como avaliar?** Rio de Janeiro: Agora da Ilha, 1999. 170 p.

12 APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - Unidade de Registro dos Discursos

PERGUNTA 1
<i>Você concorda que a Assistência Farmacêutica, em Pernambuco, deve ser regionalizada?</i>
DISCURSO DOS ENTREVISTADOS
S1 - Secretário Municipal de Saúde
R. Antes de mais, nada eu acho que a Assistência Farmacêutica é mais um item da atenção básica à população; acho que essa assistência ainda se dá de maneira precária. É fundamental, não resta dúvida. É primordial, mas, do jeito que está sendo feita, com a metodologia que está sendo empregada atualmente, ela não está tendo o efeito que a gente quer, principalmente nas regiões mais carentes, onde existe uma especificidade a nível de demandas. Nós recebemos os kits já prontos, então acho que ela é fundamental, mas deve ser aperfeiçoada. Como já disse é fundamental em todos os níveis de assistência, desde a hansen, a tuberculose, em todos os níveis, ela deve ser aperfeiçoada para cada município, cada um tem sua especificidade que tem que ser respeitada, porque se não, vai continuar do jeito que está.
S2 - Secretário Municipal de Saúde
R. Acredito que a Assistência Farmacêutica é um procedimento de forma dirigida para que o medicamento chegue ao paciente na ponta, com diversos critérios: critérios de demanda, de custo, de qualidade e de distribuição, estudo do perfil dos pacientes, sobre agravos de doenças que estão ocorrendo. E a grande finalidade é o custo benefício deste programa. Eu sou a favor da regionalização; a saúde vem sendo regionalizada pela necessidade de se entender a situação de cada região, de cada município, com sua epidemiologia, de suas carências regionais. Então fica fácil para a assistência fazer um trabalho mais rápido, bem mais dirigido, então eu sou a favor da regionalização.
S3 - Gerente Municipal de Saúde
R. Acredito que basicamente o que ele disse sobre a Assistência Farmacêutica é a realidade, porque a Assistência Farmacêutica hoje é muito precária, pois é uma coisa que vem de cima para baixo, verticalizada, não atende a demanda de cada região. Concordo, porque o que acontece no Sul, não é o que acontece no Nordeste, então as endemias são diferentes. Assim a regionalização é importante por conta desses acontecimentos que são diferenciados.
S4 - Gestor Municipal de Saúde
R. Concordo. É importante. Ainda temos uma Política de Assistência Farmacêutica incipiente. Tem que se efetivar mais a política de Assistência Farmacêutica em todas as diretrizes, para que se tenha uma regionalização eficiente. O município deve ser ouvido. As coisas não devem vir de baixo para cima. A municipalização deve acontecer de fato.
S5 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal
R. Concordo que a Assistência Farmacêutica deve ser regionalizada, vendo as necessidades do município.
S6 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal
R. Concordo.
S7 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal

<p>R. Eu entendo que a coordenadora de Assistência Farmacêutica do município teria mais propriedade para responder esta questão, porque está mais próxima da Assistência Farmacêutica Estadual, por entender das tramitações e por <u>desenvolver</u> esta prática de estar próxima da farmácia. Entendo que não se quer burocratizar mais as ações da Assistência Farmacêutica, se regionalizar, facilita a execução das ações, seria interessante sim, desde que não burocratize mais o que já é bastante burocratizado, mas enfim, ainda volto a afirmar que a Coordenação de Assistência Farmacêutica e a Secretaria de Saúde do município teriam mais propriedade de responder esta questão, até porque estão mais ligadas com este vínculo estadual e federal. Bom, desde que venha agilizar, se facilitar, se de fato a regionalização trouxer mais rapidez e agilidade no processo de entrega e distribuição, entre outras atribuições da Assistência Farmacêutica, acho que vai interessar sim.</p>
<p>S8 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal</p>
<p>R.Bem, regionalizada elas já estão, não é? Até porque já existem as GERES, dez gerências, o Estado é dividido em 10, então o que precisaria seria a questão estadual, de melhorar a questão da operacionalização. A gente tem um exemplo bem claro de medicamento, a questão do atraso dos medicamentos é séria, assim, da 1ª GERES que só funciona um horário, então ela teria que se estruturar melhor e oferecer o 2º horário e funcionasse à tarde, para que os municípios tivessem mais uma opção de horário para pegar medicamento; a dificuldade de pessoal que só trabalha aquele horário, a dificuldade de preparo das planilhas de medicamentos, devido a este horário que é muito pequeno para todos os municípios da 1ª GERES, para uma central, com 12 municípios, disponibilizar somente um horário, tanto internamente, quanto externamente; então para eles também é muito difícil.</p>
<p>S9 - Secretário de Saúde Municipal</p>
<p>Concordo, acho que deve ser regionalizada, até para poder reforçar um dos princípios do SUS que é a questão da descentralização. Até porque a questão da regionalização possibilita você estar mais próxima e entender melhor as dificuldades dos municípios e possibilita garantir uma melhor assistência farmacêutica junto aos municípios, até porque também (a própria extensão territorial do Estado dificulta está mais junto aos mesmos). Então na hora que você descentraliza, você está mais próxima de fazer uma melhor intervenção e, com certeza, fazer uma melhor assistência farmacêutica.</p>
<p>S10 - Gerente Municipal de Saúde</p>
<p>Bem, concordo, até porque no Estado de Pernambuco ela já é regionalizada através das GERES e a questão é só a implementação e organização do serviço.</p>
<p>S11 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal</p>
<p>Concordo com os discursos anteriores na questão das GERES. Hoje a questão é estruturar, organizar, normatizar mais a questão da Assistência Farmacêutica para os municípios.</p>
<p>S12 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal</p>
<p>R. Na realidade eu acredito que não está sendo regionalizada, precisa passar por um processo de melhor estruturação do Estado, Municípios e Regionais, tanto aparelhar em técnica e recursos humanos, físicos com capacitação.</p> <p>Mas você acha que efetivamente devemos regionalizar esta assistência?</p> <p>Nesta perspectiva, sim.</p>
<p>S13 - Secretário Municipal de Saúde</p>
<p>R. Não somente a Assistência Farmacêutica, mas, todas as outras áreas técnicas há esta necessidade, nós temos a necessidade de efetivamente consolidar o SUS. Precisa ser entendido a partir de uma organização que tenha como alicerce a realidade local; então esta organização precisa ser entendida no inverso do modelo verticalizado, que a gente já avançou na questão da descentralização, que no arcabouço jurídico legal, então está no papel, está no descaso, mas, que na questão da operacionalização, nós ainda temos várias lacunas que elas vão precisar de uma resposta e, estas respostas, vão precisar ser entendidas numa lógica de organização ascendente, a partir das necessidades que a população apresenta aos gestores; então a gente entendendo o SUS de responsabilidade das três esferas do governo (do poder), não dá para</p>

<p>imaginar que a gente fere estes princípios na hora que nós ainda temos a Assistência Farmacêutica organizada numa ótica verticalizada. Temos alguns avanços a partir de um entendimento muito mais de algumas localidades pontuais que já avançaram nesta reconstrução (mas, é preciso ter além da decisão de fato, a questão do direito, exercer a coerência que falta do discurso para a ação), apresentar uma proposta que realmente remeta para as outras esferas do poder, uma necessidade de organizar a Assistência a partir de uma realidade local peculiar. Não sei se estou sendo muito clara, mas, estou querendo dizer que a gestão local, em cima de uma realidade características do lugar, com seus dados epidemiológicos, tem condições de apresentar em cima do perfil epidemiológico, em cima das demandas locais, quais são as necessidades que têm, lógico que isto está sendo trabalhado com a área técnica. E a Assistência Farmacêutica ela está no momento em que ou a gente define, ou fica muito mais complicado de continuar. A gente tem as responsabilidades, mas, não tem os instrumentos eficazes para se garantir a Assistência Farmacêutica e elaborar uma proposta de como se deve se dar, de como se deve fazer para que a gente se dê conta nesta resposta.</p>
<p>S14 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal</p>
<p>R. Eu concordo que deve ser regionalizada, até porque cada município e cada localidade têm suas características próprias que muitas vezes não são assistidas, quando se vende uma política de medicamentos imposta pelo Ministério da Saúde, então as características locais não são valorizadas. No município de Camaragibe estamos identificando muitos problemas frente a isto, exatamente por não termos uma política regionalizada. Daí nós vamos tentar, com luta, suprir esta necessidade, com implantação da REMUNE, identificar através dos índices epidemiológicos a necessidade de medicamentos da população, não somente visualizando o quantitativo de medicamentos. A Assistência Farmacêutica tem outro enfoque, a atenção, a farmacovigilância, menos custos e otimizar os recursos. Construir a política de medicamentos para o município. Através do Programa Saúde da Família - PSF, temos condições de acompanhar a Assistência Farmacêutica de nosso município, através dos agentes de saúde. Por que não trazer este ACS para trabalhar junto com a Assistência Farmacêutica? Sabemos que existe muita dificuldade de controle de medicação, exatamente porque não existe uma política definida no município para a Assistência Farmacêutica. Então tem vários pontos que tem que se levar em conta na Assistência Farmacêutica, de acordo com a regionalização.</p>
<p>S15 - Gestor Municipal</p>
<p>R. Acho que precisamos de mais capacitação, aqui no nosso município funciona direitinho, mas, acredito que com a regionalização ficaria mais fácil.</p>
<p>S16 - Coordenador de Programa de Saúde Regional</p>
<p>R. Com certeza este é o caminho; com a regionalização nós poderíamos até aumentar a produção de Fitoterápicos, pois com o medicamento de abaixo custo, entre chás, xaropes, cápsulas, além de tudo comprovar a eficiência e eficácia destes medicamentos produzidos com as ervas de nossa própria região.</p>
<p>S17 - Gestora Regional</p>
<p>R. Sim é uma boa oportunidade, que seja um fortalecimento, dependendo da forma da regionalização.</p> <p>O que você acha que seria mais importante na Regionalização?</p> <p>R. Seriam as características do Município mais acentuadas?</p>
<p>S18 - Secretário Municipal de Saúde</p>
<p>R. Concordo plenamente, pois as regiões são completamente diferentes no perfil epidemiológico, então tem que ter um elenco de medicamentos adaptado ao tipo de doença.</p>
<p>S19 - Coordenador de Programa de Saúde Estadual</p>
<p>R. Com certeza, a gente vive num país que tem uma extensão territorial com uma diversificação muito grande de fatores ambientais, que a gente encontra interferência da natureza em cada região; então partindo deste princípio, cada região tem sua peculiaridade, encontramos diversas patologias em todo o país; então, partindo daí, temos que adequar o modelo de Assistência Farmacêutica, então acho que é isso. Gostaria de acrescentar que estamos acostumados com este modelo de gestão do governo federal, onde as coisas vêm de cima para baixo, este modelo, quase sempre, não foca os problemas como eles devem ser enfocados; então ele deve reconhecer de região por região este processo em termos de Assistência.</p>

S20 - Coordenador de Programa de Saúde Regional
R. Concordo, deve ser regionalizada de acordo com as patologias de cada região, para que os medicamentos não venham a ser desperdiçados, como está acontecendo hoje em dia.
S21 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal
R. Acho que esta regionalização deve acontecer; visto que nosso país é imenso e as características das regiões devem ser levadas em conta; como também os dados epidemiológicos que mandem de uma região para outra; por conta disto, acho que esta regionalização já devia ter acontecido.
S22 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal
R. Concordo plenamente, deve haver uma descentralização de todo trabalho feito pela Assistência Farmacêutica, até por uma forma de ser maior e melhor divulgado nos municípios, para que os secretários de saúde fiquem mais próximos do departamento, para que eles se conscientizem da importância do papel do farmacêutico na Assistência Farmacêutica, até porque na bipartite se fala enormemente na Assistência Farmacêutica, mas, não se fala na presença do farmacêutico nesse papel como coordenador. Então eu acho importantíssimo haver uma regionalização de Assistência Farmacêutica e que ela seja enfaticamente divulgada, apresentando o papel do farmacêutico, como tal, neste programa. Dentro dos Sistemas de Saúde? R. Dentro dos Sistemas de Saúde, inseridos plenamente em todas as questões que envolvem
S23 - Secretário de Saúde Municipal
R. Acho que deve ser regionalizada sim; primeiro porque a questão da farmácia a assistência deve ser dada de acordo com a região; a gente pode ver o Brasil como um todo, mas, cada região tem a sua particularidade, e deve ser visto isto, desde o que adquirir e o como dispensar de acordo com a região.
S24 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal
R. Sim. Até agora, depois de ter entendido o que é esta regionalização, eu concordo, até porque acompanhando, até entendo a questão do modelo, onde a gente recebia quantidades de medicamentos e não sabíamos porque, daí com a regionalização a gente vai poder ter um acesso melhor, já atendendo o município dentro de suas necessidades. Eu concordo plenamente.
S25 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal
R. Não, acho que devemos continuar com a questão da Assistência Farmacêutica. É de suma importância desde a fabricação, até a dispensação do medicamento; então como profissional da farmácia, exercendo a Assistência Farmacêutica, vai melhorar muito para a comunidade.
S26 - Secretário Municipal de Saúde
R. Eu concordo, acho que é perfeitamente assim que a gente pode fazer um trabalho mais proveitoso, de acordo com as nossas necessidades, da região e não partindo de baixo para cima; e não vindo lá do Ministério da Saúde, centralizado na parte federal; que cada região possa opinar, possa fazer um trabalho de acordo com os recursos; então se regionalizar, acho que seria o ideal.
S27 - Secretário Municipal de Saúde
R. Olhe de certa forma eu acho que precisa mas, no momento a gente precisa pensar direitinho, repensar para que se possa chegar a este ponto de regionalização. Se repensar? Repensar seria com o novo modelo e na forma como está funcionando novamente, seria isto? R. Isso sim, eu acho que a gente tem que conhecer município a município e chegar até lá.
S28 - Gerente Municipal de Saúde
R. Eu não concordaria com a regionalização não Dra. - a menos que esta regionalização fosse ver cada município com suas particularidades - não globalizar a regional como um todo, e considerar as particularidades; porque hoje quando se fala em regionalização se há um município pequeno como é o nosso, ele não estão considerando em atendimento de média complexidade, AIH - em nosso município não temos, a regionalização não contempla; só contempla quando a gente informa um outro município que

<p>sirva de suporte, quando o nosso município deve fazer isto. Quer dizer que as pactuações de referências e contra-referências não vêm atendendo a contento as especialidades que o município possa oferecer, é isto?</p> <p>R. Sim. Daí isto é um ponto importante que tem que ser levado em consideração, de um município a outro.</p>
<p>S29 - Secretário Municipal de Saúde</p>
<p>R. Acho que sim, desde que a regional esteja estruturada e que se dê condições a ela.</p> <p>Quer dizer que a Sra. Está dizendo que concorda, desde que a estruturação das regionais de saúde seja um instrumento para tal, é isso?</p> <p>R. Isto mesmo</p>
<p>S30 - Secretário Municipal de Saúde</p>
<p>R. Sim, eu concordo. Acho que é uma solução para nossa região, até porque a gente tem muita dificuldade quanto a padronização de medicamentos é feita a nível nacional, que é totalmente diferente da nossa realidade; cada região tem patologias diferentes, tem costumes diferentes e se a população aceitar ou não determinado tipo de medicamentos, então poderia resolver este problema.</p>
<p>S31 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal</p>
<p>R. Olha a gente tem que falar historicamente no Brasil, dentro do que é a Política de Assistência Farmacêutica no país - isso desde a década de 30 - vou começar de 30 porque é a evolução histórica da indústria farmacêutica para cá - continuamos com uma indústria farmacêutica que é químico-dependente de todo o mundo. Tivemos uma lei de patentes que não deveríamos ter esta lei no momento; e houve o esfacelamento da CEME que tinha o seu papel fundamental; então esta questão de Assistência Farmacêutica me preocupa muito, porque os municípios, na sua grande maioria, não exercem seu papel - o papel de suprir - há uma discussão política sobre a responsabilidade de cada gestor; por exemplo, de quem é a responsabilidade de um paciente que está no hospital universitário? No hospital do Estado 3 de quem é a responsabilidade? E também nos municípios e, dependendo do nível de municipalização, há também um vazio, sem contar que temos programas diversos e alguns sem função, então eu acho que tem que haver uma coordenação política por parte do Ministério da Saúde, que comece com o desenvolvimento do efetivo do papel dos laboratórios oficiais, desde que seja a maioria de economia mista e não fundação, processo de síntese tipo a FIOCRUZ e, a partir daí, se teria uma autonomia de insumo básico e também uma mudança no perfil do elenco de medicamentos básicos padronizados pelos laboratórios oficiais, a partir daí, dividir o papel dos municípios em cada etapa, pois hoje o elenco ainda não está bom e também a questão financeira, o recurso nunca vai acompanhando a evolução das necessidades da população; então entendo que, por exemplo, temos que ter esta política centrada na produção de insumo básico, produção de estatais e definição de elenco de medicamentos de acordo com as necessidades da população, ou seja, que sejam medicamentos essenciais e observando, logicamente, as problemáticas regionais, envolvendo a participação do município para que este não seja punido por não participar do processo; os hospitais universitários também devem ter uma responsabilidade; daí cabe ao Ministério da Saúde e MEC atribuir estas responsabilidades e se criar um sistema de informação único, que para a união é o grande problema, sistema que passe desde o município até o governo federal e se você não dispor disto, você não tem condições de quantificar uma programação correta; atrelado a isto também tem a questão de recursos humanos, por exemplo, é o cúmulo criar um programa de PSF sem assistência farmacêutica, fizemos um levantamento onde, em torno de 200 equipes, se teve um gasto de quase 200 milhões, onde não tem a figura do auxiliar de farmácia e do farmacêutico; agora se atende os povos, inclusive os indígenas que ainda não têm uma política de Assistência Farmacêutica para eles; daí se precisa de uma reformulação geral em todas as áreas. Os hemoderivados também têm que se rever a política e ai incrementar as transfusões, porque na realidade você tem perda dos mesmos e emissão de insumo para o exterior. Então temos que ter esta responsabilidade de ter autonomia na produção de hemoderivados e também a questão da farmácia popular, que acho que é um ponto a se discutir a posterior, primeiro a Assistência Farmacêutica no Brasil e depois a farmácia popular, as empresas nacionais, as estatais, participando àquela empresa que estão fora do SUS - A Política Nacional de Saúde - com os preços atualizados ano a ano. Nesta linha de produção, para que o povo tivesse mais acesso; hoje me preocupa muito a questão da farmácia, pois, na realidade ela jogou a questão na mão dos municípios e aqueles que tem interesse de resolver, mesmo com dificuldade e aqueles que não têm interesse, pois, estes levam seus problemas para os outros municípios próximos e cria outro problema. Então eu vejo isso desde quando a CEME foi desativada por corrupção e nenhum deles foi preso. Então deve haver um meio que não apague-se os erros cometidos pelos governos anteriores; em cima de tudo, que você colocar.</p>
<p>S32 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal</p>

<p>R. Sim, ela deve. Como a Política Nacional de Medicamentos já propôs a descentralização das ações e, isso sim, com uma proposta das ações da NOAS. Se viu que o processo evoluiu muito quando era a CEME, mesmo que com uma ampla garantia de medicamentos, observamos que faltavam critérios de programação, por isso havia o desperdício, com a descentralização isto melhorou muito, mas, na prática esta regionalização deve ser realmente efetivada. Ainda temos problemas com relação a isto; por exemplo, quando o Ministério da Saúde envia kits de medicamentos para a Farmácia Popular, não obedece aos critérios epidemiológicos de cada região; manda um kit que é único para todos e por igual e, com isso, acaba se tendo excesso de medicamentos em uns municípios e falta em outros; quando este medicamento não é bem a realidade daquele local; por isso seria necessário que a Assistência Farmacêutica fosse efetivamente regionalizada. Em cima disto ai nos temos a informática e garantia de recursos humanos; hoje nós sabemos que a Assistência Farmacêutica é carente de recursos humanos, tanto nas capitais como nos municípios, há uma carência de recursos humanos para prestar assistência na farmácia. Com isso, acaba gerando problemas como pacientes de municípios menores que voltam à região metropolitana, indo em busca de medicamentos em municípios vizinhos; daí há a falta da garantia de medicamentos, perdas por vencimento porque ainda não se tem um trabalho efetivo de programação; isto devido também à falta da informatização. Se com este trabalho informatizado em Assistência Farmacêutica, junto com a Epidemiológica, aí poderíamos ter realmente a realidade de cada município e evitaria a questão do desperdício e teria também a questão do aumento das responsabilidades dos gestores, pois, para os gestores não importa só garantir o acesso ao médico, ao diagnóstico, se ele não garantir o tratamento, ele não está garantindo nada; então é fundamental que todos tivessem o acesso e esta regionalização fosse de acordo com a realidade epidemiológica de cada município. Em cima disto ai nos temos a informática e garantia de recursos humanos; hoje nós sabemos que a Assistência Farmacêutica é carente de recursos humanos, tanto nas capitais como nos municípios, há uma carência de recursos humanos para prestar assistência na farmácia.</p>
<p>S33 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal</p>
<p>R. Sim, primeiro a gente deve primar pelo uso racional de medicamentos e isso só será possível se o município nos fornecer dados a respeito do quadro epidemiológico daquela população. Não se faz necessário que o Ministério da Saúde envie medicamentos como um todo, que não obedece, não observa aquele quadro epidemiológico da população; então, através da reorientação da Assistência Farmacêutica, isto poderá ser possível; o profissional farmacêutico capacitado para prestar esta assistência e, principalmente, que tenha os conhecimentos epidemiológicos daquele local.</p>
<p>S34 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal</p>
<p>R. Acho, eu acredito que a regionalização vai trazer recursos que a gente possa trabalhar realmente em cima de cada região; e outra coisa a levar em consideração é que nosso país tem uma dimensão muito grande para trabalhar ele geograficamente; só trabalhar ele como um país pequeno, não vai dar as informações corretas.</p>
<p>S35 - Coordenador de Programa de Saúde Estadual</p>
<p>R. Sim</p>
<p>S36 - Coordenador de Programa de Saúde Estadual</p>
<p>R. Sim, porque através do processo da regionalização da assistência seria possível direcionar melhor a assistência, no que resultaria em melhor resolutividade dos problemas de saúde que a população tem.</p>
<p>S37 - Gestor Estadual de Saúde</p>
<p>R. Certamente; acredito que isto vai ser a grande possibilidade da gente ter a medicação mais próxima ao paciente; tanto ela deve ser regionalizada porque as necessidades em Assistência Farmacêutica provavelmente estão relacionadas com o perfil epidemiológico de cada região; então se em uma região uma patologia é mais freqüente, então nós devemos ter uma disponibilidade de medicação para atender aquele tipo de patologia; então por isso ela deve ser regionalizada e descentralizada.</p>
<p>S38 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal</p>
<p>R. Sim, acho, porque cada município tem seu perfil, assim como o Nordeste tem suas características diferentes das outras regiões - e assim também o município - e assim dentro da regionalização fariamos o perfil da região levando em conta cada necessidade do município.</p>

S39 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal
R. Com certeza, acho que isto facilitaria muito nosso trabalho; Cumaru que é um município dependente da capital, então se a Assistência Farmacêutica for regionalizada então teríamos mais acesso para trocar idéias sobre os nossos problemas, sugerir também novas metas de trabalhos.
S40 - Secretário Municipal de Saúde
R. Acho que agora o momento é este, a gente tem que regionalizar - porque só através da regionalização é que vamos conhecer as necessidades dos municípios e vamos ter exatamente o que o município precisa.
S41 - Secretário Municipal de Saúde
R. Eu acredito que deve ser efetivamente regionalizada, até que os recursos sejam melhor direcionados; a gente tem muitas dificuldades com a farmácia popular, que vem direto do Ministério da Saúde, devido ao elenco que é escolhido pelo Ministério da Saúde - e o tempo de repasse; e também o repasse da Contrapartida Estadual da Farmácia Básica que é atrasado; e também ainda de Farmácia Básica tem que se repensar o valor percapta, que tem que ser atualizado. Diante de tudo que foi implantado em termo de Atenção Básica - foi implantado um grupo imenso de Saúde da Família, e uma das grandes dificuldades é a Assistência Farmacêutica, e que cada município seria obrigado a ter um farmacêutico, não um específico para o PSF, se teria uma orientação melhor para estas medicações.
S42 - Secretário Municipal de Saúde
R. Sim, porque cada município tem suas especificações; na verdade o termo não é mais regionalizado e sim municipalizado mesmo; daí a gente vai ir dentro de cada município como se trata a questão da Assistência Farmacêutica, e também a questão do Ministério da Saúde que determina as coisas sem que o município tenha o direito de opinar.
S43 - Secretário Municipal de Saúde
R. Olhe, Eu gostaria que não fosse só regionalizada e sim municipalizada, porque cada município tem a sua realidade em termo de Assistência Farmacêutica, porque teríamos um controle efetivo da programação em todo o município.
S44 - Gerente Regional de Saúde
R. Como hospital deve ter uma autonomia, eu concordo, pois, poderíamos sobreviver melhor juntos aos insumos de nossa necessidade.
S45 - Secretário Municipal de Saúde

R. Eu acho que sim, por conta do seguinte: quem está na ponta, nos municípios, cada vez mais tem mais dificuldades para dar continuidade aos programas, por exemplo: PSF, Programa de Saúde Mental, quando colocamos psiquiatra, ginecologista e tantas outras especialidades, quando chega no momento em que foram implantados os programas, naquela hora que o paciente está cadastrado e que chega o medicamento de uso contínuo, mas, que depois falta; não tem continuidade e aí? Daí sobra para o município e aí muitas vezes o município não tem condições de arcar com o custo daqueles medicamentos e o programa fica desacreditado; tantos programas, tantas ações, em DST, por exemplo, e aí cadê a continuidade do programa; daí o que eu vejo que a dificuldade maior é a continuidade destas ações; implantar é muito fácil, o Ministério da Saúde, a SES o município, faz um momento muito bonito, inaugura o programa, estimula e contrata o profissional, e no momento que o programa está engrenado, aí vem as dificuldades, aí vem as justificativas. Outros problemas de licitação do Governo Federal, Estadual e também Municipal e tantas outras também, que no fim disto tudo o paciente é o maior prejudicado. No momento, a minha opinião com a experiência de vários anos, eu acho que o município, a municipalização, não digo nem a regionalização, mas a municipalização de fato seria a solução quanto a este problema do medicamento; porque o seguinte, as parcelas do medicamento que vem do Estado, estão atrasados, o Ministério da Saúde, pelo que me consta para este ano de 2004, os kits do PSF, por exemplo, o município de Limoeiro tem 100% de cobertura com o PSF, e os Kits que vêm este ano, foi o que faltou do ano passado e daí os pacientes ficam com dificuldades - as críticas são muito grande. Eu estou licenciado da atividade médica, por esse processo político no momento, mas conversando com os colegas todos me dizem que as dificuldades são grandes porque as ações não têm continuidade; este é o grande problema. Na época em que foi extinta a CEME, tinha um aporte bem mais forte de medicamentos, e hoje se você for analisar, os salários praticamente congelados, irrisórios, nesses últimos oito anos, então você faça um parâmetro do custo do medicamento, dos preços que a indústria farmacêutica pratica e compare com a defasagem dos salários da população, a diferença é muito grande; em alguns medicamentos especiais é que sentimos as dificuldades maiores; ora, também estas Farmácias Populares que estão abrindo agora, o paciente é que tem que adquirir, não é gratuito, para quem é da classe média, que tem um salário, você vê o seguinte, por exemplo, um médico, uma enfermeira, um farmacêutico do serviço público, nestes últimos anos, qual foi a correção de salário que tiveram e se ele depende de um medicamento de alto custo, como ele poderá comprar? E estes ainda são aqueles que estão na classe média baixa, e aqueles que estão na base da pirâmide, que não tem recurso para medicamento, como ficam? Eu acho que o importante é o governo fazer um programa permanente; outra coisa é como são feitos, de cima para baixo, eu acho que isto não tem efetividade nenhuma. Pela minha experiência, isso deve ser feito a partir do município, para que pudesse implantar, acompanhar, sei que aí sim poderia ser bem acompanhado, fiscalizado na base, para vocês terem uma idéia, vocês que são da Assistência Farmacêutica, alguns municípios ainda têm dificuldade na municipalização; mas se você for ver uma estatística, você vai observar que de 80-90% dos municípios melhoraram sim, parcialmente a qualidade da saúde, diminuiu o índice de mortalidade infantil, melhorar a cobertura de vacinação, portanto eu acho que a Assistência Farmacêutica não deve ser nem regionalizada, deve ser municipalizada; e a Assistência Farmacêutica deve ser bem acompanhada, fiscalizada, ter um acompanhamento efetivo; que eu acho que o governo federal não teria necessidade de executar isto, mas sim de acompanhar, fiscalizar, monitorar, que é o papel de regulador do sistema.

S46 - Secretário Municipal de Saúde

R. Sim, porque o município ele hoje está recebendo orientação do ministério da saúde que nem sempre está correspondendo a realidade; porque na hora que regulariza eu crio um banco de dados de minha necessidade, eu traço realmente o meu perfil das necessidades em Assistência Farmacêutica; e a regionalização é para isto, para a gente ver o que tem realmente de necessidade e administrar os recursos de acordo com a nossa disponibilidade e necessidade; porque o que a gente vê aí é uma coisa verticalizada; lá cima eles traçam as necessidades, mas quando chegam na base é outra coisa, é isso que está acontecendo com a gente; na ponta quem sabe dizer as nossas necessidades é o gestor municipal; por isso sou a favor sim da regionalização; pois o a gestor municipal é quem deveria ter autonomia para gerir os recursos de acordo com o seu perfil farmacêutico local.

S47 - Secretário Municipal de Saúde

R. Concordo plenamente com a regionalização, pois da forma que está, ela não está efetivamente regionalizada; com a regionalização os problemas mais próximos da gente seriam melhor assistidos junto à nossa comunidade.

S48 - Secretário Municipal de Saúde

<p>Concordo; assim como toda assistência está sendo regionalizada, por que não a Farmacêutica? Que a medicação é nosso instrumento de sucesso e insucesso. Se por acaso for prescrito na medicação e o paciente não usa, porque ele não tem condições de comprar, onde ele tem de adquirir? Nas Unidades de Saúde.</p> <p>E se esta Unidade de Saúde não tem o medicamento e também não tem orientação, pode até falhar a assistência, porque o paciente também não tem condições de comprar. Então a farmácia deve ser, assim como outros serviços estão sendo, devagar ainda esta regionalização, mas, estamos nos instrumentalizando de conhecimentos, errando muito, mas, passos estamos dando com a regionalização; está muito difícil para o município, porque isto é uma questão cultural, é uma questão de pessoal, de recurso, que estão sendo repassados das esferas federais e estaduais para os municípios. Então é com dificuldade, mas a AF não pode deixar de ser.</p>
PERGUNTA 2
<i>Na sua visão como poderia ser organizada essa regionalização?</i>
DISCURSO DOS ENTREVISTADOS
S1 - Secretário Municipal de Saúde
R. A saúde já sofreu um processo de regionalização, nós temos as regionais de saúde, principalmente aqui em Pernambuco, nós temos dez regionais, então nada mais justo que esta Assistência Farmacêutica seja feita na regional que abrange seus municípios, porque só feita em três macrorregiões não surte o efeito necessário (volta ao processo anterior). Ela passando para o aspecto regional, o gerente regional conhece todos os secretários municipais, que conhecem todas as características regionais. Temos uma reunião mensal, onde são discutidos os problemas da região. Tudo isso é colocado de maneira clara para cada município. Acho que a coisa tem que ser por aí!
S2 - Secretário Municipal de Saúde
R. Aproveitando a estrutura que já está sendo montada nas regionais, através também dos municípios sedes de módulos, que já teriam regionalização maior, porque a carência de medicamentos é muito grande, às vezes os medicamentos são distribuídos indevidamente, só para atender a solicitação do paciente. Então acredito que esta é a maneira mais rápida de entender qual é o perfil da Assistência Farmacêutica no Brasil, principalmente no nosso agreste e no Nordeste.
S3 - Gerente Municipal de Saúde
R. Esta regionalização é importante, porque você vai ter um perfil daquela região e vai tentar direcionar aquela parte da farmácia para o perfil e para a realidade de cada município, sem ter aqueles agravantes de quantitativo de coisas que vêm sem atender nada, fica um monte de medicamentos vencidos na prateleira e também, às vezes, não temos. Teríamos que adequar isto tudo, para que a gente não tivesse tanta perda. É uma falta de um lado e perda do outro.
S4 - Gerente Municipal de Saúde
R. A regionalização deve ser organizada a partir das necessidades do município.
S5 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal
R. Através das regionais, de acordo com as necessidades locais.
S6 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal
R. Através das regionais, de forma que se fortaleça e estructure as regionais de saúde.

S7 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal
R. O Nível Central da Assistência Farmacêutica não conhece a realidade dos municípios; então eu acho que para organizar tem que fazer a Regional de Saúde cumprir o seu papel.
S8 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal
R. Bem, seria exatamente isto, disponibilizar também os dois horários e a questão também da melhoria da comunicação. Quem está lá também como gestor na Farmácia Central, procurar entender também os municípios, pois, a gente sabe que a realidade de cada município difere muito um do outro e a gente sabe que os problemas de recursos humanos, transporte também. Então deveria haver maior entrosamento e procurar entender a realidade de cada município, pois a realidade de um difere do outro.
S9 - Secretário de Saúde Municipal
R. Aproveitar a estrutura das GERES que já existem no estado de Pernambuco; aproveitando esta estrutura, distribuído em 10 GERES, onde tendo cada Gerência uma estrutura mínima de organização em cada GERES, dependendo da extensão da GERES, você teria uma equipe mínima, comandada por um farmacêutico; teria que ter também um computador que é fundamental para o controle de estoque, principalmente, não só o controle de estoque, mas, outras atividades de farmácia e também você tenha um programa de capacitação e qualificação nas GERES, para que das GERES sejam um pólo difusor destas capacitações para os municípios.
S10 - Gerente Municipal de Saúde
R. Outra questão importante também é a necessidade dos municípios - esta organização diferenciada, devido a capacidade de cada município.
S11 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal
R. É isto também é verdade, diferenciada mesmo, até porque cada município tem uma realidade diferente, e também a questão geográfica, e ajuda muito nesta descentralização.
S12 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal
R. Eu acredito que os municípios têm que ter uma participação muito efetiva sobre a regionalização; ela tem que concentrar os interesses de cada um deles, a partir daí, a região e em seguida a macrorregião que seria o Estado.
S13 - Secretário Municipal de Saúde
S14 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal
R. Uma das formas é através da REMUNE, com uma equipe multidisciplinar, inclusive com o ACS, que está diretamente ligado com o paciente na atenção básica, então o povo tem que ser ouvido nas suas necessidades e ouvir o povo em suas necessidades. Os programas da Assistência Farmacêutica hoje existentes junto ao Ministério da Saúde, não leva em conta as características locais, então no meu conceito de regionalização é que realmente tem que ter, que a verba destinada a medicamento chegue ao paciente, pois, da forma que esta sendo, da forma que o Estado pactua. Empurra para o município medicamentos que não atendem às necessidades do município. Então é importante se ter um trabalho contínuo, para se identificar as necessidades reais do município. O que mais temos no município são queixas, porque o paciente vai para a consulta e não tem medicamento para receber, principalmente tratando-se da média complexidade.
S15 - Gestor Municipal
S16 - Coordenador de Programa de Saúde Regional
R. Eu acho que deve ser através das regionais de saúde, até porque está mais próximo, então teríamos mais acesso.
S17 - Gestor Regional de Saúde

R. Com o fortalecimento das GERES.
S18 - Secretário Municipal de Saúde
S19 - Coordenador de Programa de Saúde Estadual
R. Aí vamos pensar, deve-se conseguir tomando base nos modelos já existentes e adequá-los a cada região. O modelo que você diz é através das regionais de saúde? R. Sim, porque não? Cada prefeitura adequando as peculiaridades de sua região.
S20 - Coordenador de Programa de Saúde Estadual
R. De acordo com cada patologia, em cada região, como já falei antes, o medicamento que é utilizado aqui em Pernambuco é enviado para todo o Brasil e daí o desperdício. Você como profissional desta área de fitoterápicos, como você vê, neste processo de regionalização, o papel da fitoterapia? R. Hoje o governo pensa na fitoterapia para os grandes laboratórios, onde ele vê a mesma fitoterapia do Rio Grande do Sul até o Amazonas; isto eu não concordo, pois em cada região a uma grande diversidade de plantas, só que cada planta tem suas peculiaridades, de acordo com cada região, então o clima, a terra, tudo isto interfere na fabricação de medicamentos. Então a planta que é utilizada no Rio Grande do Sul, ela não vai ter a mesma atividade quando sendo utilizada aqui no Nordeste, portanto, ela deve ser regionalizada também. Você tem algo a acrescentar acerca da fitoterapia? R. Tenho sim; a fitoterapia tradicional que não é produzida pela indústria, hoje eles estão colocando nas caixas; a FITO deve ser incluída na padronização do Governo para medicamentos.
S21 - Coordenador de Programa de Saúde Estadual
R. De acordo com os dados epidemiológicos de cada região tem que se dar mais ouvido ao município; tem que ser também de baixo para cima e não de cima para baixo.
S22 - Coordenador de Programa de Saúde Estadual
R. Olha, eu acho que depende da estrutura, não sei se a gente teria teto para fazer algo independente, ou junto ao Ministério da Saúde, ao Conselho, ou se seria no contexto das GERES, fortalecendo o papel do farmacêutico nas GERES - aproveitando os recursos das GERES. A gente poderia focalizar melhor, uma vez que já existe toda uma estrutura; se bem que o ideal seria algo mais ligado ao Conselho, à parte, a gente tivesse mais liberdade, mas a princípio, poderia ser inserido no contexto das GERES.
S23 - Secretário Municipal de Saúde
R. Como organizar? A questão do Estado? R. Eu acho que ela deve ser de acordo com as microrregionais. O Estado está dividido em 10 regiões, mas, eu acho ele grande demais para este tipo de assistência. Acho que dentro de cada macrorregião que a gente tem, as microrregiões, os pólos é que podem dispensar isto. Mesmo o Estado da gente dividido em 10 microrregiões, acho que é grande demais, deveria ser menor ainda - por municípios mais próximos que tenham realidades mais parecidas.
S24 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal
R. Eu acho que atendendo as microrregiões, dentro de cada realidade. Isto também atenderia a questão das áreas indígenas? R. Isto mesmos, atenderia plenamente.
S25 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal
R. Através de subdivisões, por regiões, macro e micros.
S26 - Secretário Municipal de Saúde

<p>R. Eu não tenho uma opinião muito formada, porque só tenho três anos na administração e não sou da área de saúde, mas, já posso perceber que tem que se dar ouvido ao povo da terra; então os médicos, os assistentes sociais, os enfermeiros, as nutricionistas, os auxiliares de enfermagem, os farmacêuticos - que é difícil encontrar este profissional, mas, nós temos - estamos lutando por acertos e acredito que se houver capacitação para este povo que veio aqui para o alto sertão para trabalhar, eu acredito que dá certo; agora vamos capacitar, pois a falta maior é de recurso humanos, talvez até o financeiro, porque pode ter tudo, mas, se não tem um profissional a altura para desempenhar a profissão, que tenham o perfil; o PSF mesmo, nem todos tem o perfil, mas, a gente não pode dispensar; mas, se houvesse capacitação eles iam melhorando, fazendo tudo dentro das normas do PSF. E a Farmácia mesmo é muito importante, pois a gente dá o remédio e não vê o retorno e da Farmácia Básica vai para os nossos postos, e se a gente não controlar quando saiu, aí não vamos dar conta. E acontece muito por falta de farmacêutico; mas, agora nós já temos um, daí a coisa está andando. Ele tem participado das capacitações quando é convocado - é assim que a gente vai se integrando com tudo, alcançando uma resolução - a questão da saúde - e nos trabalhamos muito com a parte da prevenção - a Assistência não pode parar, claro; nós oferecemos aqui também média complexidade, temos cirurgias e ultra-som.</p> <p>Como a senhora vê na média complexidade a Assistência Farmacêutica para o seu município?</p> <p>R. Aí é difícil, porque só quem arca é o município; porque o tesouro federal não pode sustentar; e a população é carente e o município não resolve tudo que se precisa; remédio é muito caro, só quem sabe é quem tem que administrar. Com a regionalização podíamos encontrar alternativas para todos estes problemas - ficaríamos muito mais próximos - às vezes aqui mesmo, na regionalização do Estado, Recife, Caruaru, Petrolina; o paciente sai daqui para Petrolina, 03 horas de viagem, quando chega lá o médico faltou; daí com o paciente no carro vai para Recife - só daqui para Recife, são 439 Km, já arrancou uma boa parte para Petrolina e vai continuar; então tem que ser uma coisa bem pensada, bem perfeita; em tese é muito boa, agora tem que funcionar; em Salgueiro que tem um Hospital Regional do Estado, porque não equipar? Contratar recursos humanos? Com profissionais capacitados e comprometidos acima de tudo.</p>
<p>S27 - Secretário Municipal de Saúde</p>
<p>R. Através das próprias regionais, no caso as GERES e também poderia envolver os DSEIS nestes processos.</p>
<p>S28 - Gerente Municipal de Saúde</p>
<p>R. E que as regionais dispusessem de um profissional farmacêutico, que hoje na nossa realidade nós não temos este profissional, na própria regional.</p> <p>É muito complicado - pois não se tem estrutura formalizada dentro da regional, não é isto?</p> <p>R. Sim.</p>
<p>S29 - Secretário Municipal de Saúde</p>
<p>Quer dizer que a Sra. Está dizendo que concorda, desde que a estruturação das regionais de saúde seja um instrumento para tal, é isso?</p> <p>R. Sim, isto mesmo.</p>
<p>S30 - Secretário Municipal de Saúde</p>
<p>R. Olha, eu não sei se a minha opinião é boa, mas, acho que, para você regionalizar, a gente deveria ouvir cada gestor de cada região, identificando as necessidades de cada área; então partindo daí acho que poderíamos regionalizar a Assistência Farmacêutica; mas, eu acho que cada região dentro de sua realidade, ou na sua regional. A central ou de distribuição ou de armazenamento, eu não sei se seria esta a melhor opção, eu acho que tem que partir daí, dos costumes locais de cada região.</p>
<p>S31 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal</p>
<p>R. Primeiro a gente ter um sistema de informação que permeasse desde o município até o Ministério da Saúde, para que você obtenha relatórios conclusivos para as necessidades dos programas de saúde; segundo, na realidade, a responsabilidade de cada gestor, a justiça não está clara. O próprio Ministério Público coloca isto. Não tenho nenhuma dúvida de quem é a responsabilidade, mas, o Ministério da Saúde não deixa claro isto.</p>
<p>S32 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal</p>

<p>R. Primeiro investimento em recursos humanos capacitados, que fossem colocados na Assistência Farmacêutica passassem por um processo de capacitação e também na área de informática, pois à medida que vai informatizando, vai acompanhando toda esta questão, ou seja, o paciente atendido gera uma prescrição e esta prescrição vai poder realmente programar bem, pois vai também fornecer subsídios para uma programação realmente baseada nas características de cada local; e também que haja uma integração com a epidemiologia e a equipe médica, para que esta informação seja única.</p>
<p>S33 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal</p>
<p>R. Inicialmente capacitando os profissionais e também seus auxiliares, dando uma visão geral do que vem a ser o medicamento e também a demanda e adequação ao certo e aí, inicialmente, conscientizar esta população da existência do farmacêutico como profissional conhecedor do medicamento e capacitado a prestar conselhos - aconselhando o uso correto de medicamentos, primando pelo uso racional, para que você poupe recursos, onde os insumos farmacêuticos que são os maiores gastos na saúde. Então primar pelo uso racional é de suma importância. Então capacitar recursos humanos, investindo sempre em políticas informatizadas, que conheça o que está acontecendo naquele município, conseqüentemente, você vai poupar recursos que poderão ser direcionados para outras áreas.</p>
<p>S34 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal</p>
<p>R. Poderia partir junto com a epidemiologia, onde teríamos um embasamento para fazer um estudo em cada região e ainda tem regionais que são muito grandes, poderíamos ter regionais menores. Acho que quanto mais partir é melhor, devido à área geográfica mesmo, pois, o país é muito grande.</p>
<p>S35 - Coordenador de Programa de Saúde Estadual</p>
<p>R. Esta regionalização deveria ser organizada junto a NOAS, já que não fomos contemplados; ela verificaria a necessidade do medicamento em cada região, fazendo com o que o paciente tivesse acesso direto a esse medicamento é um de nossos grandes problemas; atualmente a Assistência Farmacêutica é direcionada direto do Ministério da saúde ao município fazendo com que haja perda de medicamentos; e que, o objetivo principal que é dá acesso ao medicamento a população, não é cumprido.</p>
<p>S36 - Coordenador de Programa de Saúde Estadual</p>
<p>R. Acredito que através do sistema de <u>micro</u> e <u>macro</u> regiões.</p>
<p>S37 - Gestor Estadual de Saúde</p>
<p>R. Esta regionalização deve ter como base o Plano Diretor do Estado e nesse plano a gente prevê a criação de microrregionais de saúde, que nada mais é do que as próprias regionais de saúde existentes no estado; então em primeira mão deveríamos fortalecer estas gerências regionais e elas teriam um papel substancial, onde deveriam apontar as necessidades de cada município destes medicamentos, na distribuição, no seu controle e em todas as ações que envolvem a dispensação de medicamentos; vale registrar ainda que há uma lacuna muito grande no que se refere a medicamento para a média complexidade. Na NOAS, há uma definição de medicamentos básicos, de alto custo, medicamentos que estão relacionados diretamente com algumas patologias, como os estratégicos, mas, tem um grande vazio onde não há definição de competências. O ministério da saúde não conseguiu definir ainda, de forma precisa, qual é a competência dele na média complexidade, qual é a competência do estado e do município. Enquanto esta definição não chega, a população que fica penalizada.</p>
<p>S38 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal</p>
<p>R. Seria estruturar as gerências regionais, faríamos o levantamento do perfil, coisa que já fiz uma vez quando existia a central de medicamentos; faria o levantamento por município dentro da região, de acordo com a necessidade de cada um.</p>
<p>S39 - Coordenador de Programa de Saúde Municipal</p>

<p>R. Poderia ser organizada, em termos de capacitação profissional, tanto nível superior como nível médio; o elenco também deveria ser regionalizado. A questão da prestação de contas do SIFAB, como também das compras de medicamentos, acho que poderia ser neste sentido. E também principalmente a questão a capacitação passo a passo, pois, em relação à assistência farmacêutica está muito a desejar junto aos municípios;</p> <p>Outra coisa que o farmacêutico sozinho em um município, para sensibilizar o gestor das necessidades de instalações físicas adequadas, quando isto é tratado no aspecto da regional fica muito mais fácil.</p>
S40 - Secretário Municipal de Saúde
R. Quando a gente for começar eu me disponho ao que for necessário para começar o programa.
S41 - Secretário Municipal de Saúde
R. Eu acredito que tem que ser os municípios de acordo com a região; tem de direcionar melhor a questão da Assistência Farmacêutica dentro de cada região, dentro inclusive do próprio estado.
S42 - Secretário Municipal de Saúde
R. Eu acho assim, tem que se pensar, de imediato o que acho é que com a equipe traçar as necessidades, o perfil epidemiológico, e através destas necessidades tentar elaborar um plano, um projeto.
S43 - Secretário Municipal de Saúde
R. Se o Ministério da Saúde sentasse as três esferas do governo, sentasse com o município, para que cada um mostrasse a sua maneira e o seu jeito de trabalhar diante da sua necessidade efetiva.
S44 - Gerente Regional de Saúde
R. Eu acho que começando com a verba tendo uma padronização de acordo com a demanda do hospital, para que o recurso contemplasse toda a necessidade do hospital; o paciente do PSF corre muito para lá, e aqui o hospital não dá medicamento para o ambulatório e isto é um problema. Se a gente não tem isso, nunca os recursos serão adequados para as nossas necessidades.
S45 - Secretário Municipal de Saúde
S46 - Secretário Municipal de Saúde
R. Eu acho que com a participação da SES, que já vem havendo, pouca, mas tem; e também com a participação da regional de saúde que deve acompanhar, monitorar e avaliar, ter uma assistência de um farmacêutico regional, que orientasse e acompanhasse todas as atividades da Assistência Farmacêutica do município.
S47 - Secretário Municipal de Saúde
R. Deveria ser organizado dentro do município, que tivesse um farmacêutico na localidade, prestando assistência a todas essas ações, e tendo o suporte muito importante do Ministério da Saúde, do Estado, da FUNASA, a regional de saúde também dando o suporte através da II GERES a qual nós pertencemos.
S48 - Secretário Municipal de Saúde
R. Em primeiro lugar, as regionais de saúde devem dispor de farmacêutico. Se o município é realmente o operacionalizador das ações, e quando ele tem dificuldades, ele tem de recorrer ao nível regional; se o município é obrigado a ter farmacêutico, porque não a regional? O Farmacêutico da regional seria o intercâmbio entre o governo estadual e o municipal; então ele vai servir de orientador junto aos seus municípios; ele também deve estar com suas condições, com seus instrumentos para orientar a Assistência Farmacêutica municipal.

APÊNDICE B – Análise dos Conteúdos dos Discursos por Representação Social (Categorias)

Pergunta 1
Você concorda que a Assistência Farmacêutica, em Pernambuco, deve ser regionalizada?
CATEGORIAS
1 - A Assistência Farmacêutica deve ser regionalizada em todos os níveis de atenção à saúde, respeitando as especificidades loco-regionais.
Secretários Municipais de Saúde
<p>S1- É fundamental, mas, do jeito que está sendo feita, com a metodologia que está sendo empregada atualmente, ela não está tendo o efeito que a gente quer, principalmente nas regiões mais carentes, onde existe uma especificidade a nível de demandas.</p> <p>S2- Eu sou a favor da regionalização; a saúde vem sendo regionalizada pela necessidade de se entender a situação de cada região, de cada município, com sua epidemiologia, de suas carências regionais.</p> <p>S9 - Concordo, até porque a questão da regionalização possibilita você estar mais próximo e entender as dificuldades dos municípios; e possibilita garantir uma melhor Assistência Farmacêutica.</p> <p>S13 - Não somente a AF, mas, todas as outras áreas técnicas há esta necessidade, nós temos a necessidade de efetivamente consolidar o SUS.</p> <p>S23 - Acho que deve ser regionalizada sim; primeiro porque a questão da farmácia e assistência deve ser dada de acordo com a região.</p> <p>S26 - Eu concordo, acho que é perfeitamente assim que a gente pode fazer um trabalho mais proveitoso, de acordo com as nossas necessidades da região.</p> <p>S29 - Acho que sim, desde que a regional esteja estruturada e que se dê condições a ela.</p> <p>S30 - Sim eu concordo. Acho que é uma solução para a nossa região.</p> <p>S40 - Acho que agora o momento é este, a gente tem que regionalizar.</p> <p>S41 - Eu acredito que deve ser efetivamente regionalizada.</p> <p>S48 - Concordo. Assim como toda a assistência está sendo regionalizada, porque não a farmacêutica? Então a farmácia deve ser, assim como os Serviços estão sendo, devagar ainda esta regionalização; está muito difícil porque é cultural, é uma questão de pessoal, de recursos que estão sendo repassados das esferas federais e estaduais para os municípios. Então é com dificuldades, mas a assistência farmacêutica não pode deixar de ser.</p>
Outros Gestores de Saúde
<p>S4- Concordo.</p> <p>S5 Concordo que a Assistência Farmacêutica deve ser regionalizada, vendo as necessidades do município.</p> <p>S6-Concordo.</p> <p>S7-... se regionalizar, facilita a execução das ações, seria interessante sim, ... se de fato a regionalização trouxer mais rapidez e agilidade no processo de entrega e distribuição, entre outras atribuições da Assistência Farmacêutica, acho que vai interessar sim.</p> <p>S14 -... Identificar através dos índices epidemiológicos a necessidade de medicamentos da população, não somente visualizando o quantitativo.</p>

S16 - Com certeza este é o caminho.

S17 - É uma boa oportunidade, que seja um fortalecimento onde as características do município são mais acentuadas.

S20 - ... Deve ser regionalizada de acordo com as patologias de cada região.

S21 - Acho que esta regionalização deve acontecer; visto que nosso país é imenso e as características das regiões devem ser levadas em conta; como também os dados epidemiológicos que mudam de uma região para outra; por conta disto, acho que esta regionalização já devia ter acontecido.

S22- Concordo plenamente.

S24 - Sim... daí com a regionalização a gente vai poder ter um acesso melhor, já atendendo o município dentro de suas necessidades. Eu concordo plenamente.

S32 - Se viu que o processo evoluiu muito, quando era a CEME, mesmo com ampla garantia de medicamentos, observamos que faltavam critérios de programação, por isso havia o desperdício, com a descentralização isto melhorou muito, mas, na prática, esta regionalização dever ser realmente efetivada.

S34 - Acho, eu acredito que a regionalização vai trazer recursos que a gente possa trabalhar realmente em cima de cada região.

S35 - Sim.

S36 - Sim, porque através do processo da regionalização seria possível direcionar melhor a assistência, no que resultaria em melhor resolutividade dos problemas de saúde que a população tem.

S37 - Certamente. Acredito que isto vai ser a grande possibilidade da gente ter a medicação mais próxima do paciente.

S38 - Sim, acho.

S39 - Com certeza; se a Assistência Farmacêutica for regionalizada então teríamos mais acesso para trocar idéias sobre nossos problemas, surgem também novas metas de trabalho.

S44 - ... Eu concordo, pois poderíamos sobreviver melhor junto aos insumos de nossas necessidades.

2 - A Assistência Farmacêutica, em Pernambuco, é conduzida de forma verticalizada nos Programas do Ministério da Saúde.

Secretários Municipais de Saúde

S1 - ... porque do jeito que está sendo feito, com a metodologia que está sendo aplicada atualmente, ela não está tendo o efeito que a gente quer, principalmente nas regiões mais carentes, onde existe uma especificidade à nível de demandas. Nos recebemos os Kits já prontinhos, então acho que ela é fundamental, mas deve ser aperfeiçoada.

S26 - ... e não partindo de cima para baixo, não vindo lá do Ministério da Saúde, centralizado na parte federal.

S30 - ... até porque a gente tem muita dificuldade quanto a padronização de medicamentos que é feita a nível nacional, que é totalmente diferente da nossa realidade; cada região em patologias diferentes, tem costumes diferentes e se a população aceita ou não determinado tipo de medicamento, então podem resolver este problema.

S41 - ... a gente tem muitas dificuldades com a Farmácia Popular quando vem direto do Ministério da Saúde, devido ao elenco que é escolhido pelo Ministério da Saúde.

S42 - ... a questão da Assistência Farmacêutica, e também a questão do Ministério da Saúde que determina as coisas sem que o município tenha direito de opinar.

S45 - ...quem está na ponta, nos municípios, cada vez mais tem dificuldades para dar continuidade aos programas, porque os programas são implantados, os pacientes são cadastrados, chega os primeiros lotes de medicamento de uso contínuo, e depois falta; não tem continuidade, e aí? Daí sobra para o município e, muitas vezes, o município não tem condições de arcar com o custo daqueles medicamentos e o programa fica desacreditado.

S46 - Porque o que a gente vê aí é uma coisa verticalizada lá em cima ele traça as necessidades, mas, quando chegam à base é outra coisa, é isso que está acontecendo com a gente; na ponta, quem sabe dizer as necessidades é o gestor municipal.

Outros Gestores de Saúde

S3 -... pois é, uma coisa que vem de cima para baixo verticalizada, não atende a demanda de cada região. Então concordo, porque o que acontece no Sul, não é o que acontece no Nordeste, então as coisas são diferentes.

S14 -... quando se vem de uma política de medicamentos imposta pelo Ministério da Saúde, então as características locais não são valorizadas.

S19 - Gostaria de acrescentar que estamos acostumados com este modelo de gestão do governo federal, onde as coisas vêm de cima para baixo; este modelo quase sempre, não foca os problemas como eles devem ser enfocados; então ele deve reconhecer de região por região este processo de assistência.

S20 - A Assistência Farmacêutica deve ser regionalizada porque os medicamentos não vêm a ser desperdiçados, como está acontecendo hoje em dia.

S24 -... depois de ter entendido o que é esta regionalização, eu concordo, até porque acompanhando, até entendo a questão do modelo, onde a gente recebia quantidade de medicamentos e não sabíamos porque.

S32 -... quando o Ministério da Saúde envia kits de medicamentos para a Farmácia Popular, não obedece a critérios epidemiológicos de cada região; manda um kit que é único para todos e por igual e, com isso, acaba se tendo excesso de medicamentos em uns municípios e falta em outro; quando este medicamento não é bem a realidade daquele local; por isso seria necessário que a Assistência Farmacêutica fosse efetivamente regionalizada.

S35 - Não se faz necessário que o Ministério da Saúde envie medicamentos como um todo, que não obedece, não observa aquele quadro epidemiológico da população.

3 - A Assistência Farmacêutica em Pernambuco ainda é incipiente no contexto da Política Nacional de Medicamentos.

Outros Gestores de Saúde

S3 - A Assistência Farmacêutica hoje é muito precária.

S4 - Ainda temos uma política de Assistência Farmacêutica incipiente. Tem que se efetivar mais a Política de Assistência Farmacêutica em todos as diretrizes, para que se tenha uma regionalização eficiente.

S14 - No município... .. estamos identificando muitos problemas, exatamente por não termos uma política regionalizada; daí nós vamos tentar com luta, suprir esta necessidade, com implantação da REMUNE.

S31 - Dentro do que é a Política de AF no país, ainda continuamos com uma indústria farmacêutica que é químico-dependente de todo o mundo. Tem que haver uma coordenação política por parte do MS que comece com o desenvolvimento efetivo do papel dos laboratórios oficiais.

4 - A Assistência Farmacêutica já está regionalizada em Pernambuco, porém, deve melhorar sua operacionalização.

Outros Gestores de Saúde

S7 -... se regionalizar facilita a execução das ações, seria interessante sim, desde que não burocratize mais o que já é bastante burocratizado.

S8 - Bem, regionalizada ela já está, não é? Até porque já existem as GERES, as dez gerências, o Estado está dividido em 10, então precisa que o Estado melhore a questão da operacionalização.

S10 - No estado de Pernambuco ela já está regionalizada, através das GERES e a questão é só implantação e organização do Serviço.

S11 - Concordo com os discursos anteriores na questão das GERES. Hoje a questão é estruturar, organizar, normatizar mais a questão da AF para os municípios.

S12 - Na realidade, acredito que não está sendo regionalizada, precisa passar por um processo melhor de estruturação do Estado e municípios.

5 - “A presença do farmacêutico é importante para os programas de saúde” .

Secretários Municipais de Saúde

S41 - Diante de tudo que foi implantado em termo de Atenção Básica, foi implantado um grupo imenso de Saúde da Família, e uma das grandes dificuldades é a AF; cada município deveria ter um farmacêutico, não específico para o PSF, aí se teria uma orientação melhor para estas medicações.

Outros Gestores de Saúde

S22 - Deve haver todo um trabalho da AF, até por uma forma de uma descentralização, de melhor divulgá-lo nos municípios, para que os Secretários de Saúde fiquem mais próximos do departamento, para que eles se conscientizem da importância do papel do farmacêutico na AF; até porque na bipartite se fala enormemente na AF, mas, não fala da presença do farmacêutico nesse papel, como coordenador.

S25 - Acho que devemos continuar com a questão da Assistência Farmacêutica. É de suma importância, desde a fabricação até a dispensação do medicamento; então como profissional de farmácia, exercendo a Atenção Farmacêutica, vai melhorar muito a comunidade.

S33 - ...através da reorientação da AF, que isto poderá ser possível, o profissional farmacêutico capacitado para prestar esta assistência e, principalmente, que tenha conhecimentos epidemiológicos daquele local.

6 - “A Política de Fitoterápicos deve ser considerada no processo de regionalização” .

Secretários Municipais de Saúde

S16 - Com a regionalização nós poderíamos até aumentar a produção de fitoterápicos, pois com o medicamento a baixo custo, entre chás, xaropes, cápsulas, além de tudo comprovar a eficiência e eficácia destes medicamentos produzidos com ervas de nossa própria região.

Pergunta 2

Na sua visão, como poderia ser organizada essa Regionalização?

CATEGORIAS

1 - "As ações da Assistência Farmacêutica devem ser organizadas e estruturadas nas GERES, de forma ascendente no sistema - à partir dos Municípios, com a presença do farmacêutico".

Secretários Municipais de Saúde

S1 - a saúde já sofreu um processo de regionalização, nós temos as regionais de saúde, principalmente aqui em Pernambuco, nós temos as regionais, então nada mais justo que esta AF seja feita na regional, que abrange seus municípios; ela passando para o aspecto regional, o gerente regional conhece todos os secretários municipais, que conhecem todas as características regionais.

S2 - ...aproveitando a estrutura que já está sendo montada nas regionais, através também dos municípios sedes de módulos, que já teriam Regionalização maior. Então acredito que esta é a maneira mais rápida de entender qual é o perfil da Assistência Farmacêutica no Brasil, principalmente no nosso agreste e no Nordeste.

S9 - Aproveitar a estrutura das GERES que já existem no estado de Pernambuco; aproveitando esta estrutura, distribuído em 10 GERES, onde tendo cada Gerência uma estrutura mínima de organização em cada GERES, dependendo da extensão da GERES, você teria uma equipe mínima, comandada por um farmacêutico.

S13 - Não somente a Assistência Farmacêutica, mas, todas as outras áreas técnicas há esta necessidade, nós temos a necessidade de efetivamente consolidar o SUS. Precisa ser entendido a partir de uma organização que tenha como alicerce a realidade local; então esta organização precisa ser entendida no inverso do modelo verticalizado, que a gente já avançou na questão da descentralização, que no arcabouço jurídico legal, então está no papel, está no discurso, mas, que na questão da operacionalização, nós ainda temos várias lacunas que elas vão precisar de uma resposta e, estas respostas, vão precisar ser entendidas numa lógica de organização ascendente, a partir das necessidades que a população apresenta aos gestores; [...] É preciso ter além da decisão de fato, a questão do direito, exercer a coerência que falta do discurso para a ação, apresentar uma proposta que realmente remeta para as outras esferas do poder, uma necessidade de organizar a Assistência a partir de uma realidade local peculiar.

S23 - Eu acho que deve ser de acordo com as microrregionais. O Estado está dividido em 10 regiões, mas, eu acho ele grande demais para este tipo de assistência. Mesmo o Estado da gente dividido em 10 microrregiões, acho que é grande demais, deveria ser menor ainda.

S27 - Através das próprias regionais, no caso as GERES.

S28 - Eu não concordaria com a regionalização, a menos que esta fosse em cada município com suas particularidades. Não globalizar a regional como um todo e considerar as particularidades; porque hoje quando se fala em regionalização, se há um município pequeno como é o nosso, ele não está considerado para a média complexidade. Não somos contemplados com os procedimentos de AIH.

S29 - Estruturar as regionais de saúde é uma estratégia para a Regionalização da AF.

S30 - ...então partindo daí acho que poderíamos regionalizar a AF; mas eu acho que cada região dentro de sua realidade, ou na sua regional.

S31 - Então esta questão de AF me preocupa muito, porque os municípios, na sua grande maioria, não exercem o seu papel - o papel de suprir.

S41 - Eu acredito que tem que ser os municípios, de acordo com a região.

S42 - Cada município tem suas especificidades, na verdade o termo não é regionalizado e sim municipalizado mesmo; daí a gente vai dentro de cada município para ver como se trata...

S43 - Se o Ministério da Saúde sentasse as três esferas do governo, sentasse com o município, para que cada um mostrasse a sua maneira e o seu jeito de trabalhar diante da sua necessidade efetiva.

S44 - Olhe, eu gostaria que não fosse só regionalizada e sim municipalizada, porque cada município tem a sua realidade em termos de AF, e teríamos o controle efetivo da programação em todo município.

S46 - O município ele hoje esta recebendo orientação do MS que nem sempre está correspondendo a

realidade, porque na hora que regionaliza eu crio um banco de dados de minha necessidade, eu traço realmente o meu perfil das necessidades em AF; por isso, sou a favor sim da regionalização; pois o gestor municipal é quem deveria ter autonomia para gerir os recursos de acordo com o seu perfil farmacêutico local.

S47 - Deveria ser organizado dentro do município, que tivesse um farmacêutico na localidade, prestando assistência a todas essas ações, e tendo o suporte muito importante do Ministério da Saúde, do Estado, da FUNASA, a regional de saúde também dando o suporte através da II GERES a qual nós pertencemos.

S48 - Em primeiro lugar, as regionais de saúde devem dispor de farmacêutico se o município é realmente o executor das ações, e quando ele tem dificuldades ele tem de recorrer ao nível regional; se o município é obrigado a ter farmacêutico, porque não a regional? Ele também deve estar com suas condições, com seus instrumentos para orientar a Assistência Farmacêutica municipal.

Outros Gestores de Saúde

S3 - Esta regionalização é importante, porque você vai ter um perfil daquela região e vai tentar direcionar aquela parte da farmácia para o perfil e para a realidade de cada município, sem ter aqueles agravantes de quantitativo de coisas que vêm sem atender nada, fica um monte de medicamentos vencidos na prateleira e também, às vezes, não os temos. Teríamos que adequar isto tudo, para que a gente não tivesse tanta perda. É uma falta de um lado e perda do outro.

S4 - A Regionalização deve ser organizada a partir das necessidades do município.

S5 - Através das regionais, de acordo com as necessidades locais.

S6 - Através das regionais, de forma que se fortaleça e estruture as regionais de saúde.

S7 - ...então eu acho que para organizar, tem que fazer a regional cumprir o seu papel.

S10 - Outra questão importante também é a necessidade dos municípios - esta organização tem que ser diferenciada, devido a capacidade de cada município.

S11 - É isto também é verdade, diferenciada mesmo, até porque cada município tem uma realidade diferente, e também a questão geográfica, e ajuda muito nesta descentralização.

S12 - Eu acredito que os municípios têm que ter uma participação muito efetiva sobre a Regionalização; ela tem que concentrar os interesses de cada um deles, a partir daí, a região e em seguida a macrorregião que seria o Estado.

S14 - Uma das formas é através da REMUNE, com uma equipe multidisciplinar, inclusive com o ACS, que está diretamente ligado com o paciente na atenção básica, então o povo tem que ser ouvido nas suas necessidades e então é importante se ter um trabalho contínuo, para se identificar às necessidades reais do município.

S16 - Eu acho que deve ser através das regionais de saúde, até porque está mais próximo, então teríamos mais acesso.

S17 - Com o fortalecimento das GERES.

S19 - Aí vamos pensar, deve-se conseguir tomando base nos modelos já existentes e adequá-los a cada região.

S21 - De acordo com os dados epidemiológicos de cada região tem que se dar mais ouvido ao município.

S22 - Olha, eu acho que depende da estrutura, não sei se a gente teria teto para fazer algo independente, ou seria no contexto da GERES, fortalecendo o perfil do farmacêutico nas GERES - aproveitando os recursos das GERES; a gente poderia focalizar melhor, uma vez que já existe toda estrutura.

S24 - Eu acho que atendendo as microrregiões, dentro de cada realidade.

S25 - Através de subdivisões, por regiões, macro e micro.

S28 - E que as regionais dispusessem de um profissional farmacêutico, que hoje na nossa realidade nós não temos este profissional na própria regional.

S36 - Acredito que através do Sistema de micro e macrorregionais.

S37 - ...então em primeira mão deveríamos fortalecer estas gerências regionais e elas teriam um papel substancial, onde deveriam apontar as necessidades de cada município destes medicamentos, na distribuição, no seu controle e em todas as ações que envolvem a dispensação de medicamentos; vale registrar ainda que há uma lacuna muito grande no que se refere a medicamento para a média complexidade. Há uma definição de medicamentos básicos, de alto custo, medicamentos que estão relacionados diretamente com algumas patologias, como os estratégicos, mas, tem um grande vazio onde não há definição de competências. O ministério da saúde não conseguiu definir ainda, de forma precisa, qual é a competência dele na média complexidade, qual é a competência do estado e do município.

S38 - Seria estruturar as regionais, faríamos o levantamento do perfil.

S44 - Se o Ministério da Saúde sentasse as três esferas do governo, sentasse com o município, para que cada

<p>um mostrasse a sua maneira e o seu jeito de trabalhar diante da sua necessidade efetiva.</p> <p>S46 - Eu acho que com a participação da SES, que já vem havendo, pouca, mas tem; e também com a participação da regional de saúde que deve acompanhar, monitorar e avaliar, ter uma assistência de um farmacêutico regional, que orientasse e acompanhasse todas as atividades da Assistência Farmacêutica do município.</p>
<p>2 - "A Regionalização da Assistência Farmacêutica otimiza a distribuição de medicamentos e promove o uso racional".</p>
<p>Outros Gestores de Saúde</p>
<p>S7 - O Nível Central da Assistência Farmacêutica do Estado, não conhece a realidade dos municípios; então eu acho que para organizar tem que fazer a Regional de Saúde cumprir o seu papel, e organizando para isto.</p> <p>S8 - ...disponibilizar também os dois horários e a questão também da melhoria da comunicação. Quem está lá também como gestor na Farmácia Central, procurar também entender os municípios.</p> <p>S15 - Acho que precisamos de mais capacitação, aqui no nosso município funciona direitinho, mas, acredito que com a regionalização ficaria mais fácil.</p> <p>S32 - ... hoje nós sabemos que a AF é carente de recursos humanos capacitado, tanto nas capitais, como no interior, há uma carência de RH para prestar assistência à farmácia; com isso acaba gerando problemas, como paciente de municípios menores que voltam à região metropolitana, indo em busca de medicamentos nos municípios vizinhos; daí há falta da garantia de medicamentos, perdas por vencimento, porque ainda não se tem um trabalho efetivo de programação, isto também devido a falta de informatização.</p> <p>S33 - Aconselhando o uso correto de medicamentos, primando pelo uso racional, para que você poupe recursos, onde os insumos farmacêuticos são os maiores gastos na saúde.</p>
<p>3 - "Investimentos em programas de informática, capacitação de Recursos Humanos e sistemas de informação epidemiológicas, são ferramentas importantes para a Regionalização da Assistência Farmacêutica".</p>
<p>Secretários Municipais de Saúde</p>
<p>S26 - ...mas, já posso perceber que tem que se dar ouvido ao povo da terra. Estamos lutando por acertos e acredito que se houver capacitação para este povo que veio aqui para o alto sertão para trabalhar, eu acredito que dá certo; agora vamos capacitar, pois a falta maior é de recurso humanos, talvez até o financeiro, porque pode ter tudo, mas, se não tem um profissional a altura para desempenhar a profissão, que tenham o perfil; o PSF mesmo, nem todos tem o perfil, mas, a gente não pode dispensar; mas, se houvesse capacitação eles iam melhorando, fazendo tudo dentro das normas do PSF. E a Farmácia mesmo é muito importante, pois a gente dá o remédio e não vê o retorno. E acontece muito por falta de farmacêutico; mas, agora nós já temos um, daí a coisa está andando.</p> <p>S42 - De imediato o que acho é que com a equipe traçar as necessidades, o perfil epidemiológico, e através destas necessidades tentar elaborar um plano, um projeto.</p>
<p>Outros Gestores</p>
<p>S8 - ...pois, a gente sabe que a realidade de cada município difere muito um do outro e a gente sabe que os problemas de recursos humanos, transporte também.</p> <p>S31 - Primeiro a gente ter um sistema de informação que permeasse desde o município até o Ministério da Saúde, para que você obtenha relatórios conclusivos para as necessidades dos programas de saúde.</p> <p>S32 - ...pois, à medida que vai informatizando, vai acompanhando toda esta questão, ou seja, o paciente atendido gera uma prescrição e esta prescrição vai poder realmente programar bem, pois vai também fornecer subsídios para uma programação realmente baseada nas características de cada local.</p> <p>S33 - Inicialmente capacitando os profissionais e também seus auxiliares, dando uma visão geral do que vem a ser o medicamento e também a demanda e adequação ao certo e aí, inicialmente, conscientizar esta população da existência do farmacêutico como profissional conhecedor do medicamento e capacitado a prestar conselhos.</p>

S34 - Poderia partir junto com a epidemiologia, onde teríamos um embasamento para fazer um estudo em cada região.

S39 - Poderia ser organizada, em termos de capacitação profissional, tanto nível superior como nível médio; o elenco também deveria ser regionalizado.

4 - "A Assistência Farmacêutica deve ser inserida de forma pontual na NOAS, no PDR e no PPI do Estado".

Outros Gestores de Saúde

S35 - Esta regionalização deveria ser organizada junto a NOAS, já que não fomos contemplados; ela verificaria a necessidade do medicamento em cada região, fazendo com o que o paciente tivesse acesso direto a esse medicamento é um de nossos grandes problemas; atualmente a Assistência Farmacêutica é direcionada direto do Ministério da saúde ao município fazendo com que haja perda de medicamentos.

S37 - Esta regionalização deve ter como base o Plano Diretor do Estado e nesse plano a gente prevê a criação de microrregionais de saúde, que nada mais é do que as próprias regionais de saúde existentes no estado; á uma definição de medicamentos básicos, de alto custo, medicamentos que estão relacionados diretamente com algumas patologias, como os estratégicos, mas, tem um grande vazio onde não há definição de competências. O ministério da saúde não conseguiu definir ainda, de forma precisa, qual é a competência dele na média complexidade, qual é a competência do estado e do município. Enquanto esta definição não chega, a população fica penalizada, sem ter o acesso que de direito deveria ter a estes medicamentos.

**ANEXO A - Mapas e Tabelas da Regionalização da Saúde em
Pernambuco**

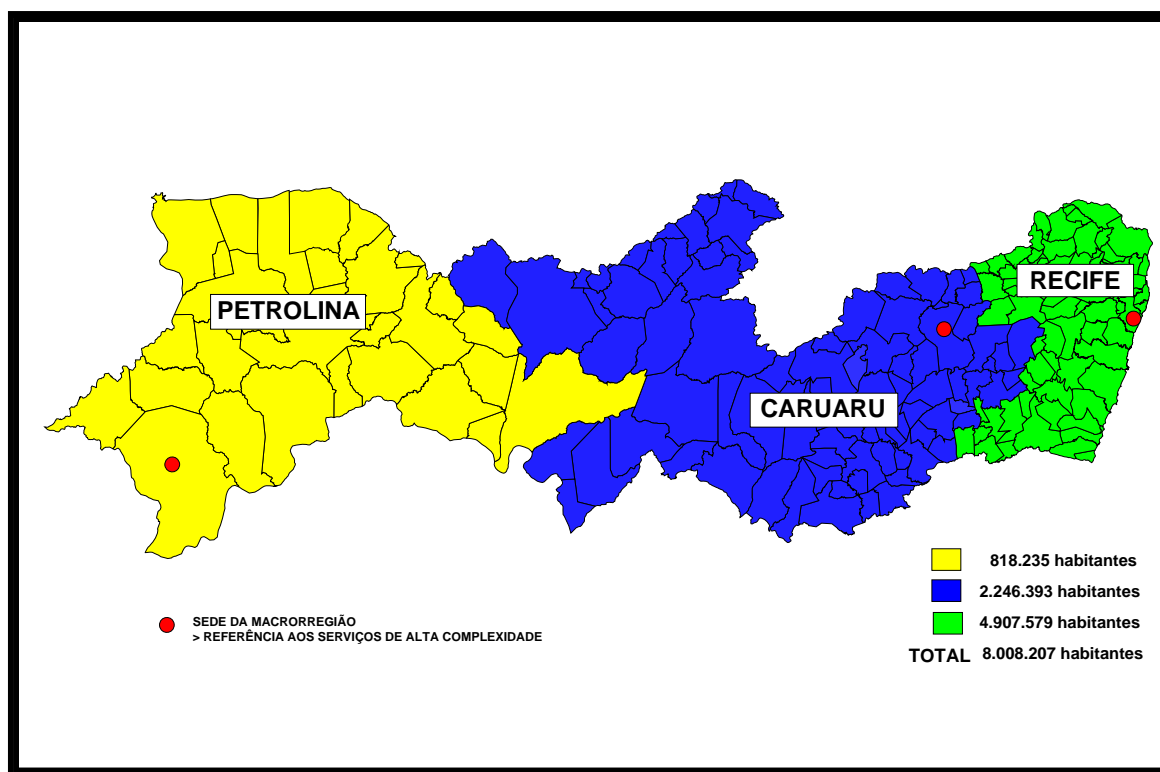


FIGURA 10 - Macrorregiões de Saúde e Áreas de Abrangência
Fonte: PDR (2002)

TABELA 1 - MACRORREGIÕES DE SAÚDE

MACRORREGIONAIS	REGIONAIS / MICRORREGIONAIS	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	NÚMERO DE MÓDULOS	POPULAÇÃO
Recife	Recife	21	11	3.621.739
	Limoeiro	30	06	832.186
	Palmares	19	03	453.654
	SUB-TOTAL	70	20	4.907.579
Caruaru	Caruaru	33	11	1.102.252
	Geranhuns	22	10	507.091
	Arcoverde	13	03	332.685
	Afogados da Ingazeira	19	04	340.365
	SUB-TOTAL	87	28	2.282.393
Petrolina	Petrolina	07	03	350.482
	Salgueiro	11	02	187.552
	Ouricuri	10	03	280.201
	SUB-TOTAL	28	08	818.235
TOTAL GERAL		185	56	8.008.207

Fonte: PDR (2002)

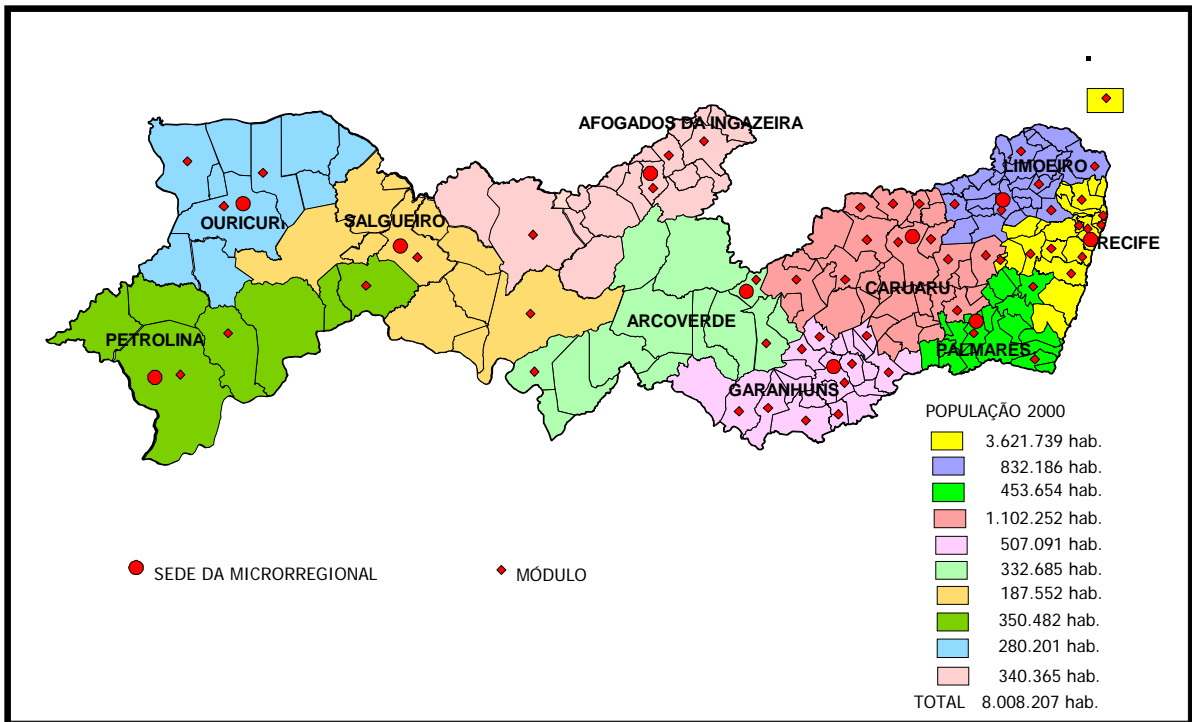


FIGURA 11 - Microrregiões de Saúde
 Fonte: PDR – PE (2002)

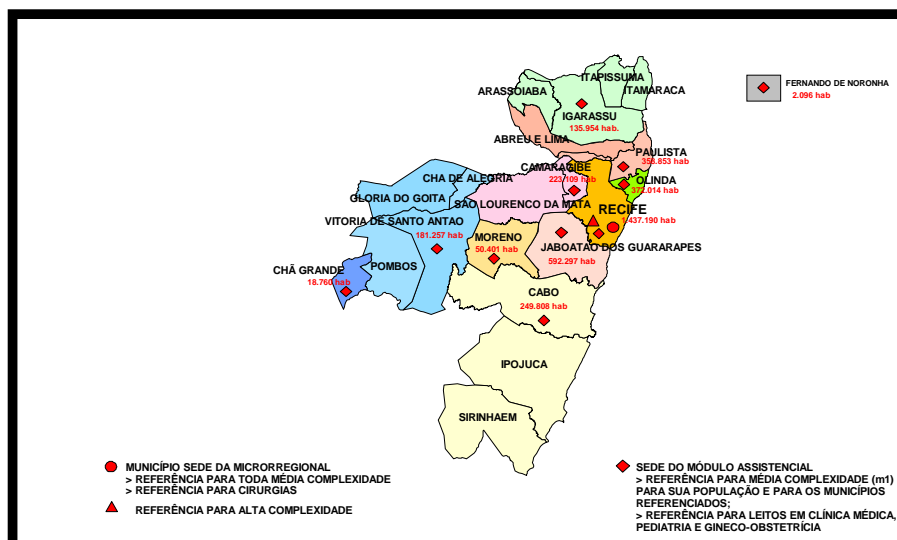


FIGURA 12 - Regional/Microrregional de Saúde – 1ª GERES
 Fonte: PDR (2002)

TABELA 2 – 1ª GERES

MACRO	REGIONAL	SEDE REGIONAL/ MICRORREGIONAL	MÓDULO	SEDE	POPULAÇÃO
Recife	Recife	Recife	1) Recife	Recife	1.437.190
			SUB-TOTAL		1.437.190
			2) Moreno	Moreno	50.401
			SUB-TOTAL		50.401
			3) Fernando de Noronha	F. Noronha	2.096
			SUB-TOTAL		2.096
			4) Camaragibe	Camaragibe	132.215
			São Lourenço		90.894
			SUB-TOTAL		223.109
			5) Olinda	Olinda	372.014
			SUB-TOTAL		372.014
6) Jaboatão	Jaboatão	592.297			
SUB-TOTAL		592.297			
7) Cabo	Cabo	156.004			
Ipojuca		60.925			
Sirinhaém		32.879			
SUB-TOTAL		249.808			
8) Paulista	Paulista	268.282			
Abreu e Lima		90.571			
SUB-TOTAL		358.853			
9) Igarassu	Igarassu	83.424			
Araçoiaba		15.564			
Itapissuma		20.590			
Itamaracá		16.376			
SUB-TOTAL		135.954			
10) Vitória de Santo Antão	Vitória de Santo Antão	118.894			
Pombos		23.600			
Chã de Alegria		11.131			
Glória de Goitá		27.632			
SUB-TOTAL		181.257			
11) Chã Grande	Chã Grande	18.760			
SUB-TOTAL		18.760			
TOTAL		3.621.739			

Fonte: PDR (2002)



FIGURA 13 - Regional/Microrregional de Saúde – IIª GERES
 Fonte: PDR (2002)

TABELA 3 – IIª GERES

MACRO	REGIONAL	SEDE REGIONAL/ MICRORREGIONAL	MÓDULO	SEDE	POPULAÇÃO			
Recife	II	Limoeiro	1) Goiana (I DIRES)	Goiana	71.940			
			Condado		22.162			
			Itambé		35.054			
			Itaquitinga		15.063			
			SUB-TOTAL					144.219
			2) Timbaúba	Timbaúba	56.851			
			Camutanga		7.872			
			Ferreiros		10.714			
			Macaparana		22.673			
			SUB-TOTAL					98.110
			3) Limoeiro	Limoeiro	56.478			
			Bom Jardim		36.998			
			Passira		29.131			
			Salgadinho		7.284			
			João Alfredo		26.920			
			Cumarú		28.442			
			Feira Nova		18.891			
			Lagoa do Carro		13.327			
			Machados		9.926			
			Orobó		22.675			
			São Vicente Férrer		16.230			
			SUB-TOTAL					266.302
			4) Paudalho	Paudalho	45.733			
			Carpina		64.848			
			Lagoa de Itaenga		20.325			
			SUB-TOTAL					130.906
			5) Nazaré da Mata	Nazaré da Mata	29.547			
			Aliança		37.155			
			Buenos Aires		11.961			
			Vicência		28.833			
			Tracunhaém		12.434			
			SUB-TOTAL					119.930
			6) Surubim	Surubim	50.756			
			Casinhas		13.428			
			Vertente do Lério		8.535			
			SUB-TOTAL					72.719
			TOTAL					832.186

Fonte: PDR (2002)

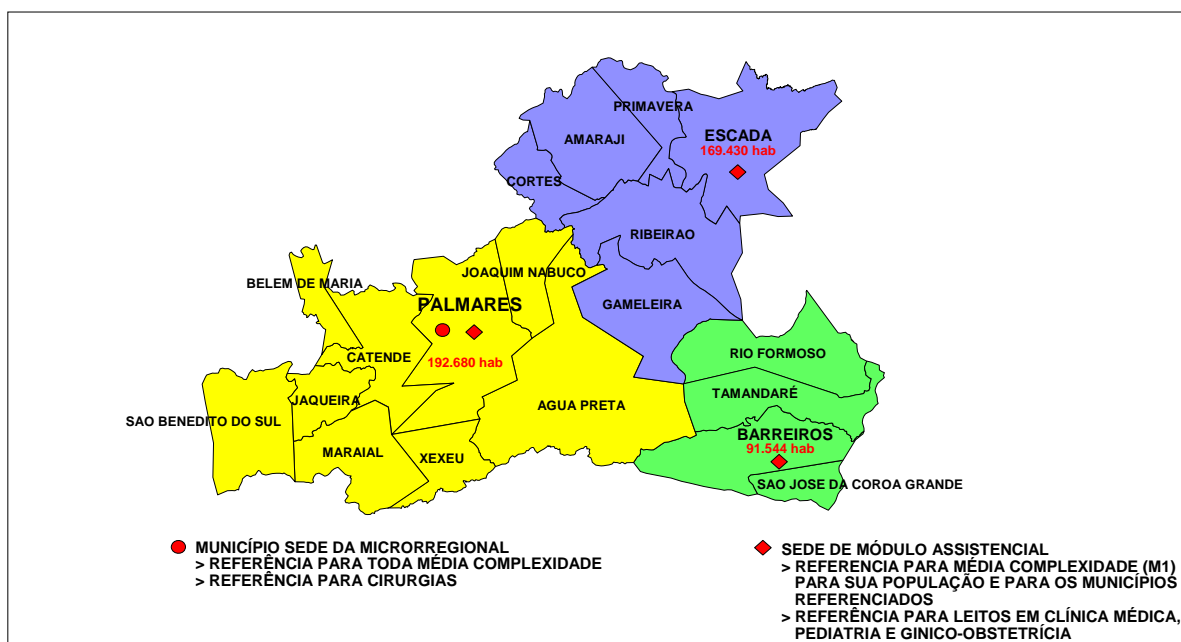


FIGURA 14 - Regional/Microrregional de Saúde – IIIª GERES

Fonte: PDR (2002)

TABELA 4 – IIIª GERES

MACRO	REGIONAL	SEDE REGIONAL/ MICRORREGIONAL	MÓDULO	SEDE	POPULAÇÃO			
Recife	III	Palmares	1) Palmares	Palmares	55.467			
			Água Preta		29.057			
			Catende		31.180			
			Xexéu		13.955			
			Joaquim Nabuco		15.948			
			Belém de Maria		10.441			
			Jaqueira		11.801			
			Maraial		14.281			
			São Benedito do Sul		10.550			
			SUB-TOTAL					192.680
			2) Escada	Escada	57.377			
			Amaraji		21.481			
			Primavera		11.546			
			Ribeirão		41.421			
			Gameleira		24.558			
			Cortês		13.047			
			SUB-TOTAL					169.430
			3) Barreiros	Barreiros	38.977			
			Tamandaré		17.341			
			Rio Formoso		20.976			
			São José da Coroa Grande		14.250			
			SUB-TOTAL					91.544
			TOTAL					453.654

Fonte: PDR (2002)

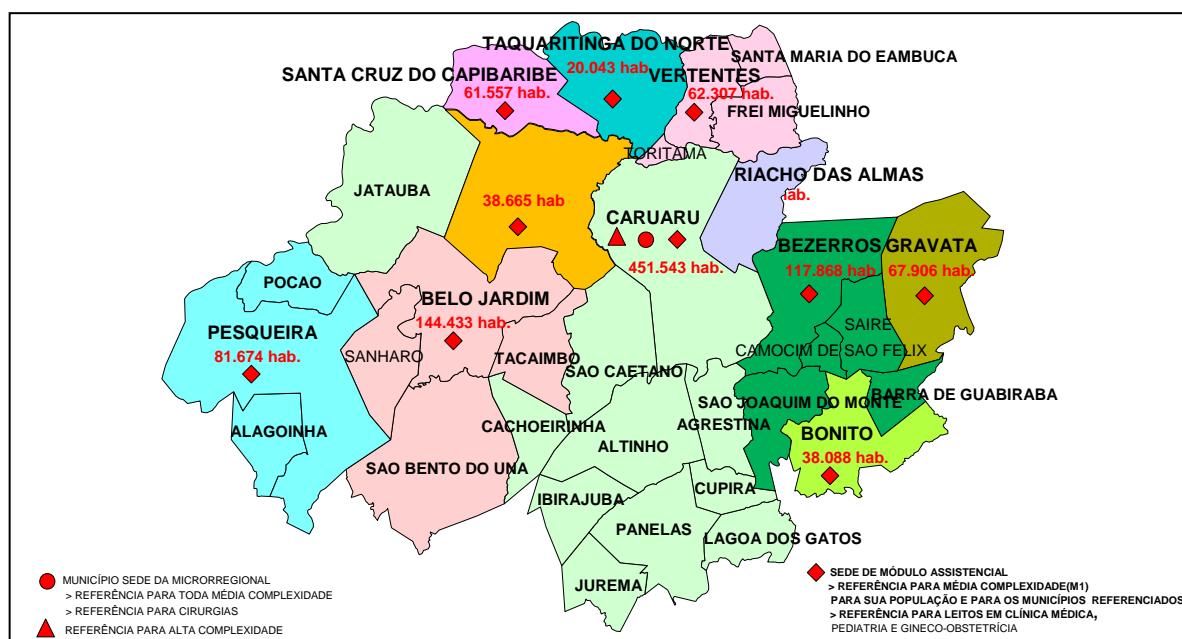


FIGURA 15 - Regional/Microrregional de Saúde – IVª GERES
 Fonte: PDR (2002)

TABELA 5 – IVª GERES

MACRO	REGIONAL	SEDE REGIONAL/ MICRORREGIONAL	MÓDULO	SEDE	POPULAÇÃO
Caruaru	IV	Caruaru	1) Caruaru	Caruaru	258.176
			Altinho		21.961
			Cachoeirinha		17.195
			Cupira		22.416
			Jurema		13.844
			Lagoa dos Gatos (III DIRES)		16.013
			Panelas		25.703
			Ibirajuba		7.420
			Agrestina		20.278
			Jataúba		14.663
			São Caitano		33.874
			SUB-TOTAL		451.543
			2) Riacho das Almas	Riacho das Almas	18.168
					SUB-TOTAL
					18.168
			3) Santa Cruz do Capibaribe	Stª Cruz do Capibaribe	61.557
					SUB-TOTAL
					61.557
			4) Taquaritinga do Norte	Taquaritinga do Norte	20.043
					SUB-TOTAL
					20.043
			5) Brejo da Madre de Deus	Brejo da Madre de Deus	38.665
					SUB-TOTAL
					38.665
			6) Vertentes	Vertentes	15.039
			Toritama		22.640
			Santa Maria do Cambucá		11.782
			Frei Miguelinho		12.846
					SUB-TOTAL
					62.307
			7) Bezerros	Bezerros	58.035
			Barra Guabiraba		10.910
			Camocim de São Félix		15.270
			São Joaquim do Monte		20.219
			Sairé		13.434
					SUB-TOTAL
					117.868
			8) Bonito	Bonito	38.088
					SUB-TOTAL
					38.088
			9) Gravatá	Gravatá	67.906
					SUB-TOTAL
					67.906
			10) Belo Jardim	Belo Jardim	69.637
			São Bento do Una		45.724
			Tacaimbó		13.086
			Sanharó		15.986
					SUB-TOTAL
					144.433
			11) Pesqueira	Pesqueira	57.600
			Alagoínia		12.701
			Poção		11.373
					SUB-TOTAL
					81.674
					TOTAL
					1.102.252

Fonte: PDR (2002)

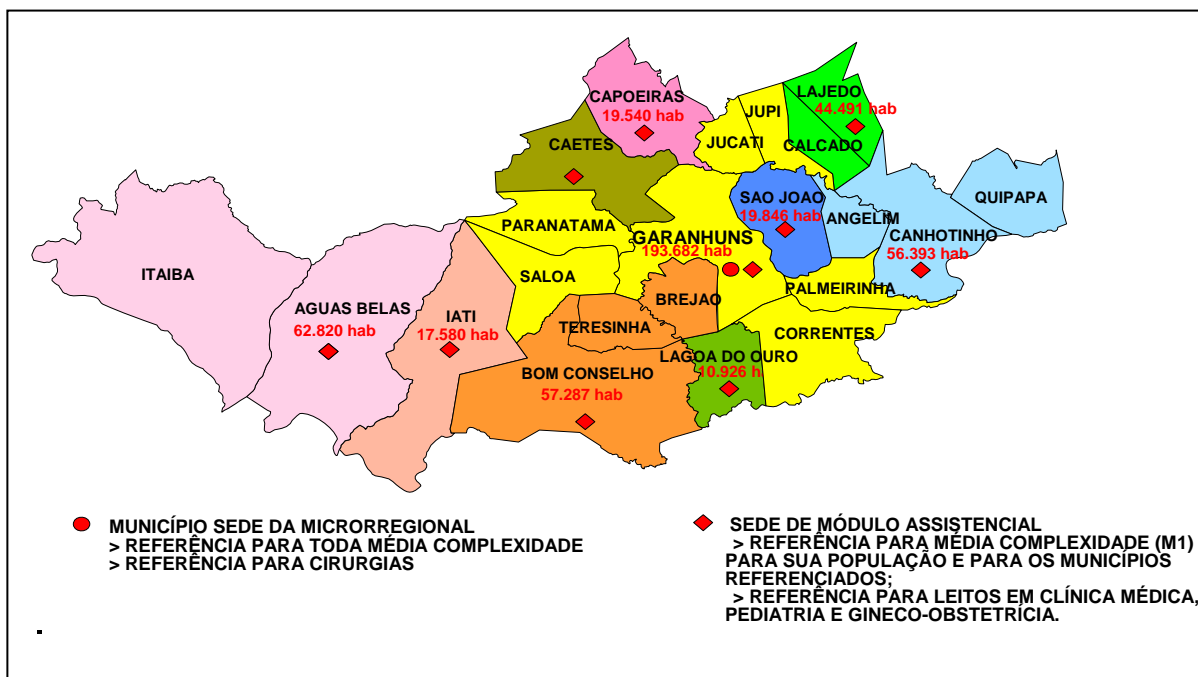


FIGURA 16 - Regional/Microrregional de Saúde – Vª GERES
 Fonte: PDR (2002)

TABELA 6 – Vª GERES

MACRO	REGIONAL	SEDE REGIONAL/ MICRORREGIONAL	MÓDULO	SEDE	POPULAÇÃO
Caruaru	V	Garanhuns	1) Garanhuns	Garanhuns	119.336
			Correntes		17.147
			Paranatama		10.217
			Saloá		15.027
			Jucatí		9.894
			Jupi		12.396
			Palmeirina		9.665
			SUB-TOTAL		193.682
			2) Lagoa do Ouro	Lagoa do Ouro	10.926
			SUB-TOTAL		10.926
			3) Caetés	Caetés	24.523
			SUB-TOTAL		24.523
			4) Capoeiras	Capoeiras	19.540
			SUB-TOTAL		19.540
			5) Canhotinho	Canhotinho	24.961
			Quipapá (III DIRES)		22.341
			Angelim		9.094
			SUB-TOTAL		56.396
			6) Lajedo	Lajedo	32.498
			Calçado		11.993
			SUB-TOTAL		44.491
			7) São João	São João	19.846
			SUB-TOTAL		19.846
			8) Águas Belas	Águas Belas	36.082
			Itaíba		26.738
			SUB-TOTAL		62.820
			9) Iati	Iati	17.580
SUB-TOTAL		17.580			
10) Bom Conselho	Bom Conselho	42.111			
Brejão		8.939			
Terezinha		6.237			
SUB-TOTAL		57.287			
TOTAL		507.091			

Fonte: PDR (2002)

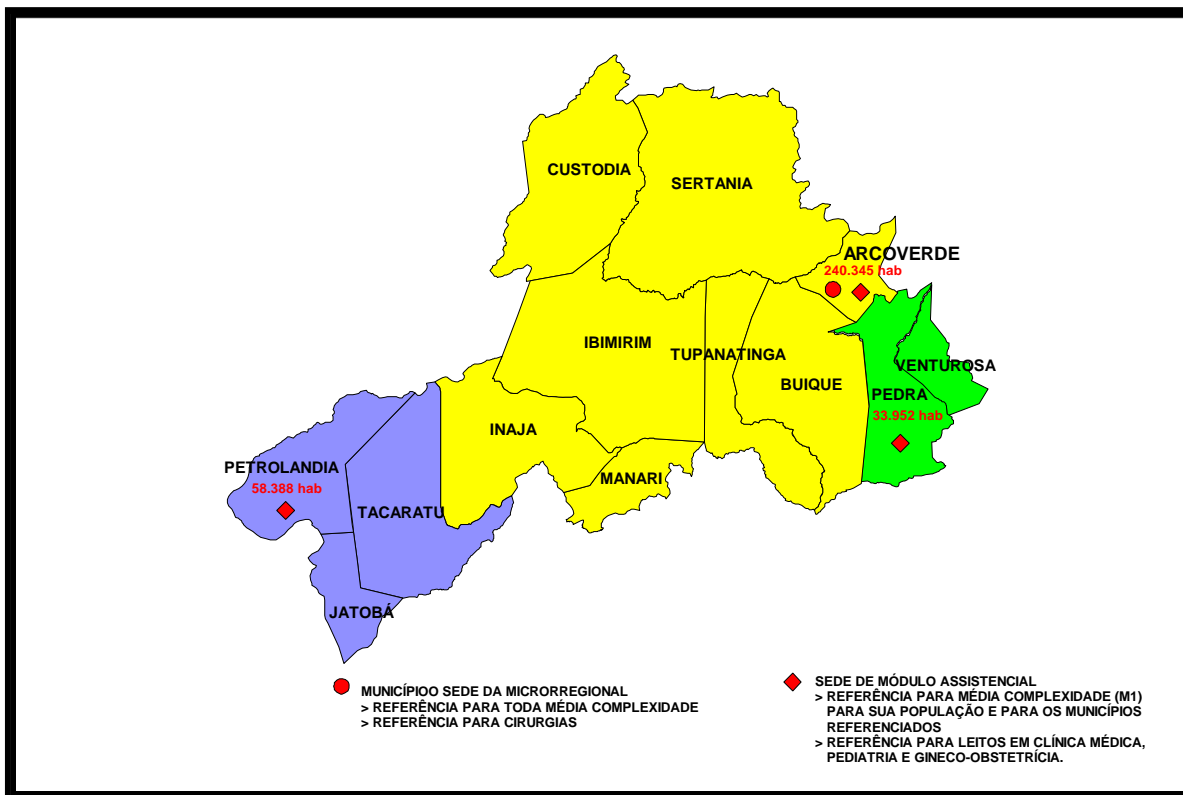


FIGURA 17 - Regional/Microrregional de Saúde – VIª GERES

Fonte: PDR (2002)

TABELA 7 – VIª GERES

MACRO	REGIONAL	SEDE REGIONAL/ MICRORREGIONAL	MÓDULO	SEDE	POPULAÇÃO		
Caruaru	VI	Arcoverde	1) Arcoverde	Arcoverde	62.315		
			Buique		44.896		
			Ibimirim		23.857		
			Custódia		30.060		
			Inajá		13.513		
			Manari		13.065		
			Tupanatinga		20.980		
			Sertânia		31.659		
			SUB-TOTAL				240.345
			2) Petrolândia	Petrolândia	27.937		
			Jatobá		13.386		
			Tacaratu		17.065		
			SUB-TOTAL				58.388
			3) Pedra	Pedra	20.320		
			Venturosa		13.632		
SUB-TOTAL				33.952			
TOTAL				332.685			

Fonte: PDR (2002)

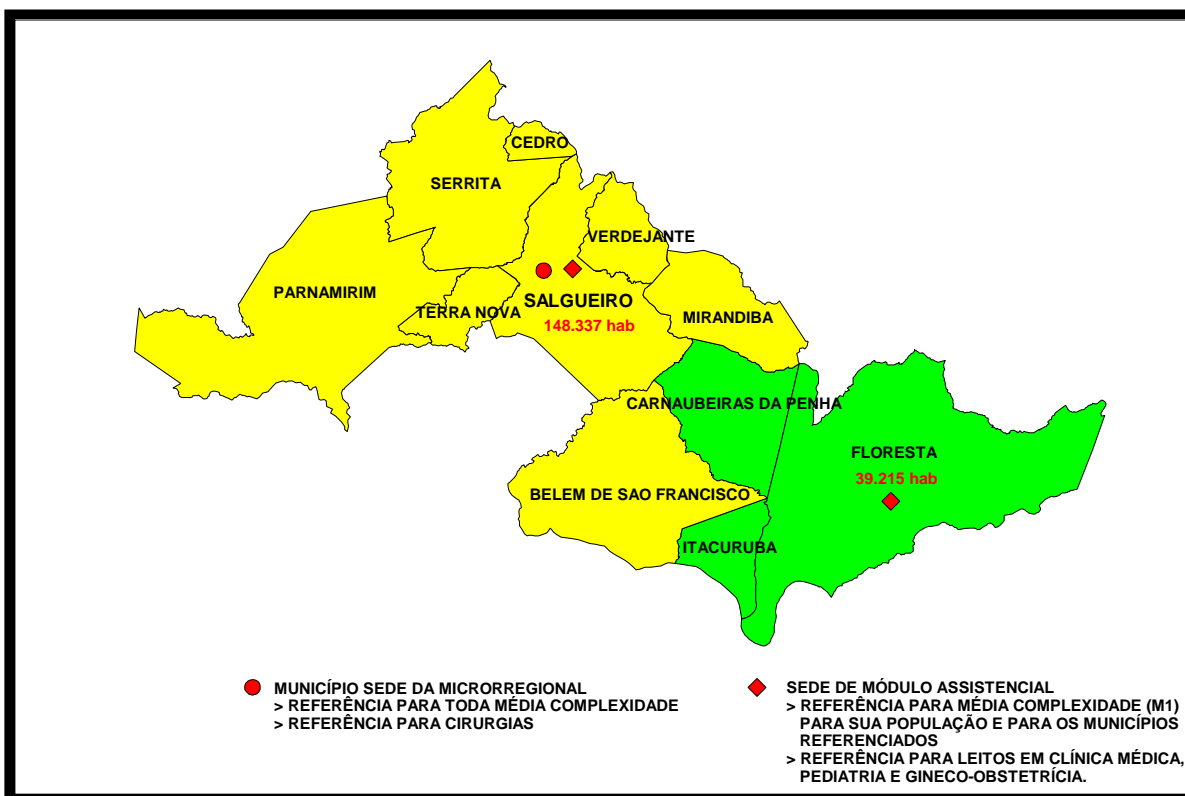


FIGURA 18 - Regional/Microrregional de Saúde – VIIª GERES
 Fonte: PDR (2002)

TABELA 8 – VIIª GERES

MACRO	REGIONAL	SEDE REGIONAL/ MICRORREGIONAL	MÓDULO	SEDE	POPULAÇÃO
Petrolina	VII	Salgueiro	1) Salgueiro	Salgueiro	52.087
			Verdejante		8.935
			Mirandiba		13.156
			Terra Nova		7.622
			Belém de São Francisco		19.877
			Parnamirim (IX DIRES)		19.350
			Serrita		17.695
			Cedro		9.615
			SUB-TOTAL		148.337
			2) Floresta	Floresta	25.162
			Carnaubeira da Penha		10.319
			Itacuruba		3.734
			SUB-TOTAL		39.215
			TOTAL		187.552

Fonte: PDR (2002)

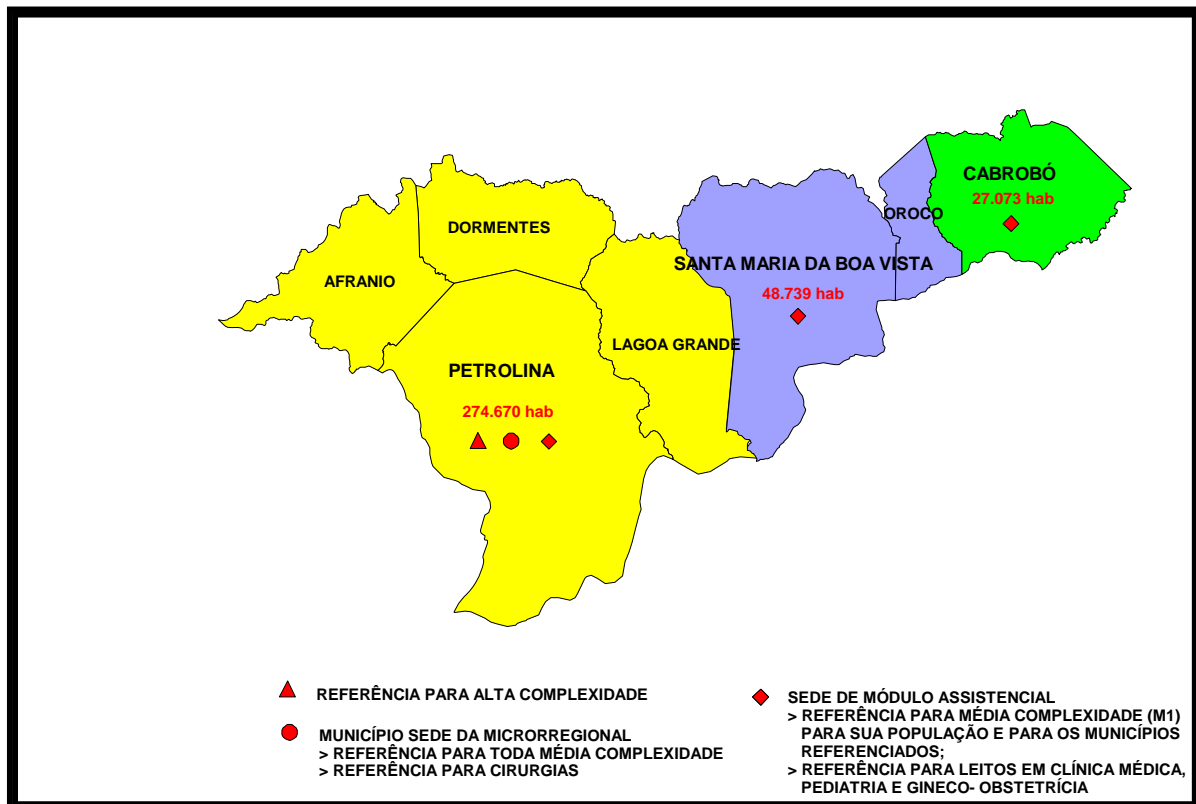


FIGURA 19 - Regional/Microrregional de Saúde – VIIIª GERES
 Fonte: PDR (2002)

TABELA 9 – VIIIª GERES

MACRO	REGIONAL	SEDE REGIONAL/ MICRORREGIONAL	MÓDULO	SEDE	POPULAÇÃO	
Petrolina	VIII	Petrolina	1) Petrolina	Petrolina	225.199	
			Afrânio		15.216	
			Dormentes		14.599	
			Lagoa Grande		19.656	
			SUB-TOTAL			274.670
			2) Santa Maria da Boa Vista	Santa Maria da Boa Vista	37.905	
			Orocó		10.834	
			SUB-TOTAL			48.739
			3) Cabrobó	Cabrobó	27.073	
			SUB-TOTAL			27.073
TOTAL			350.482			

Fonte: PDR (2002)

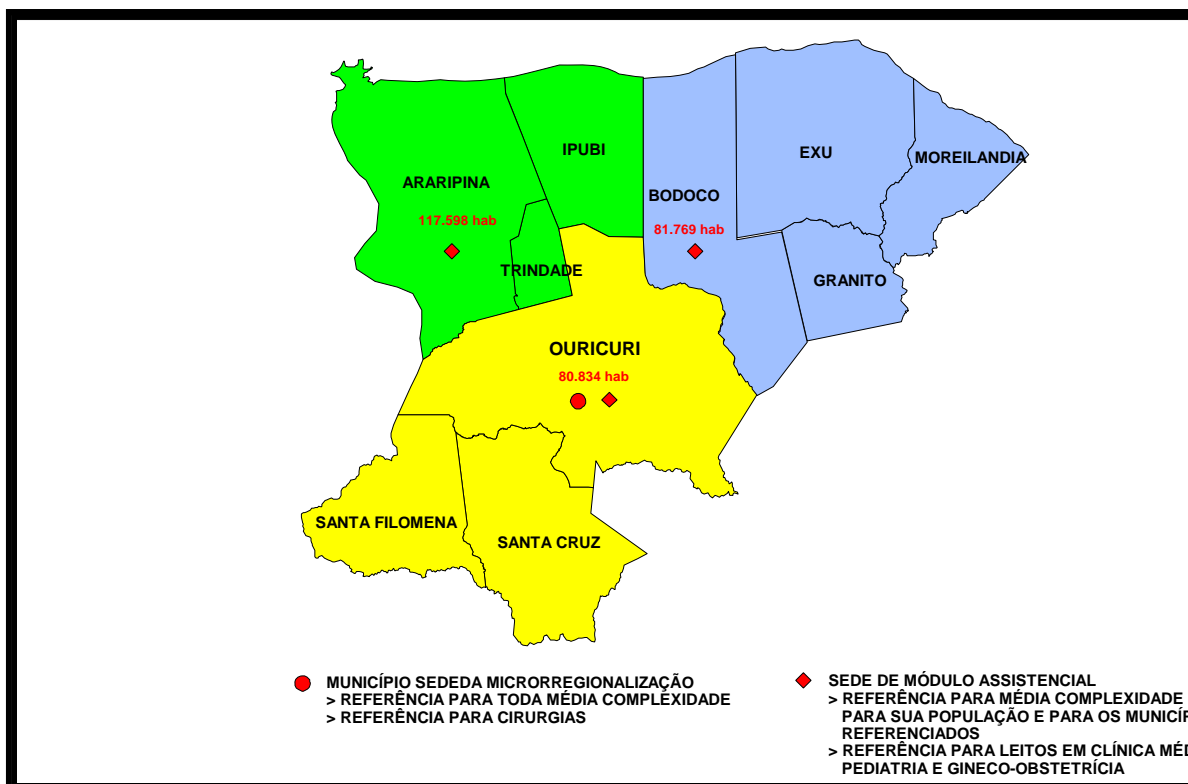


FIGURA 20 - Regional/Microrregional de Saúde – IXª GERES
Fonte: PDR (2002)

TABELA 10 – IXª GERES

MACRO	REGIONAL	SEDE REGIONAL/ MICRORREGIONAL	MÓDULO	SEDE	POPULAÇÃO	
Petrolina	IX	Ouricuri	1) Ouricuri	Ouricuri	57.078	
			Santa Cruz		11.390	
			Santa Filomena		12.366	
			SUB-TOTAL			80.834
			2) Bodocó	Bodocó	32.106	
			Moreilândia		11.066	
			Exu		32.474	
			Granito		6.123	
			SUB-TOTAL			81.769
			3) Araripina	Araripina	71.817	
			Ipubi		23.483	
			Trindade		22.298	
			SUB-TOTAL			117.598
			TOTAL			280.201

Fonte: PDR (2002)

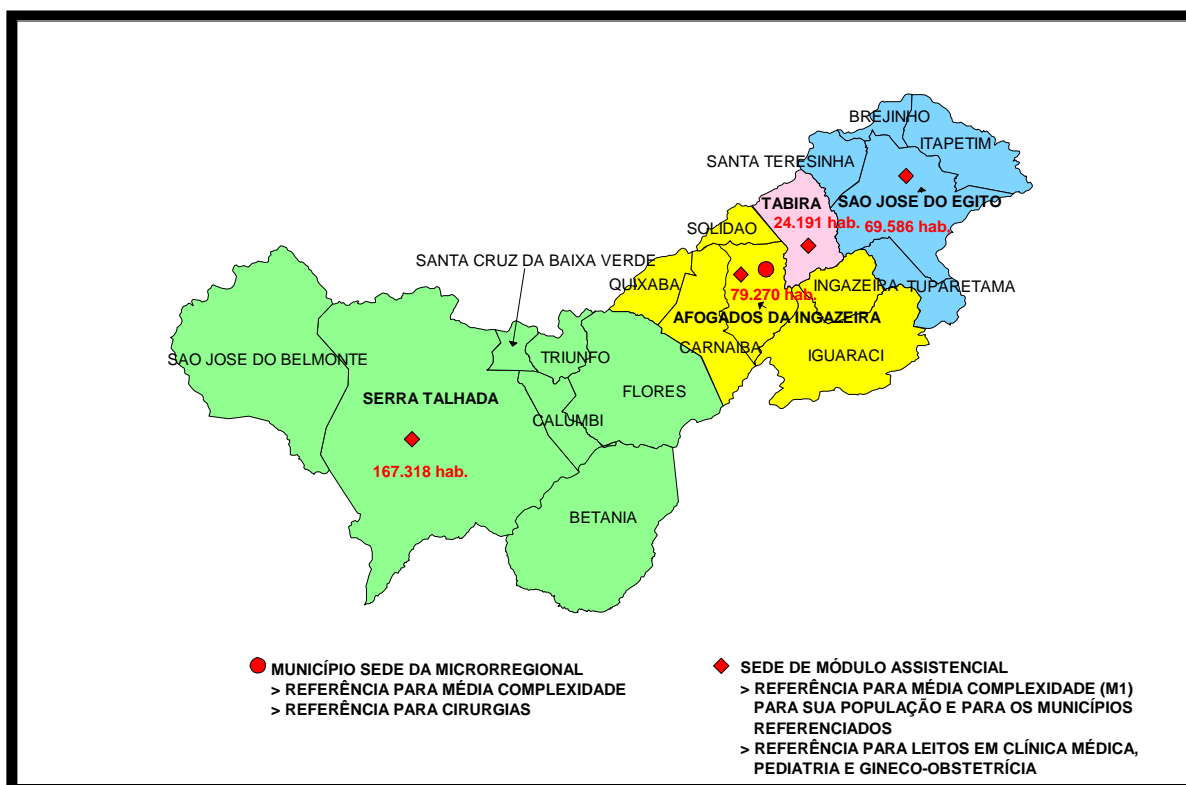


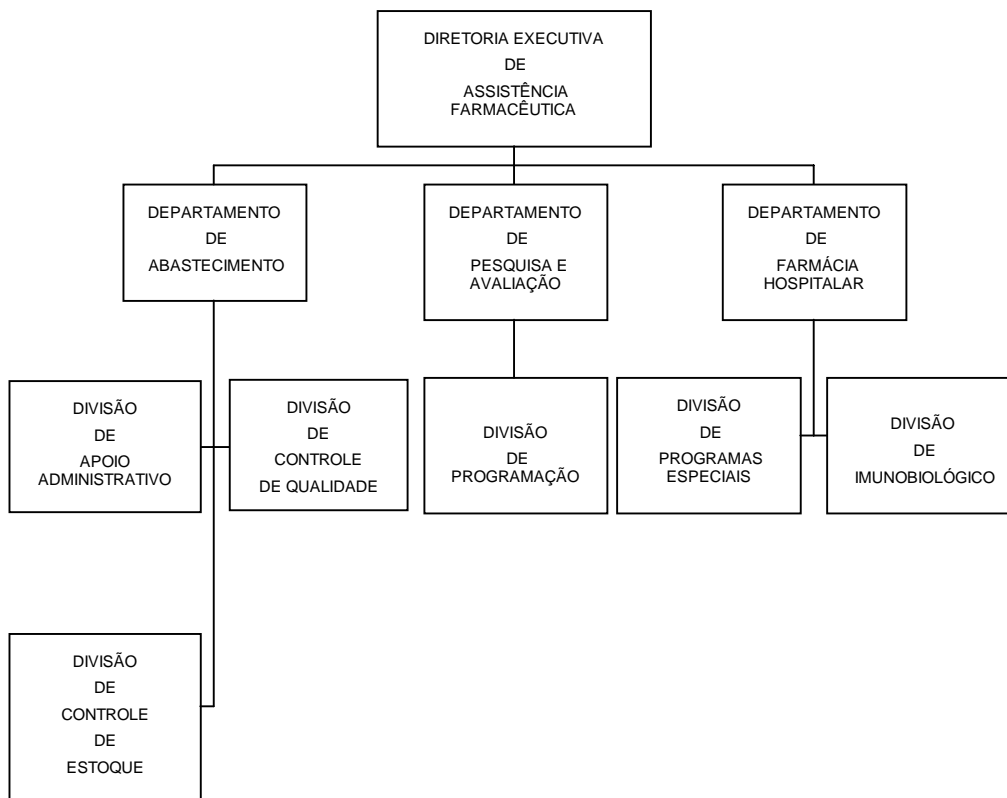
FIGURA 21 - Regional/Microrregional de Saúde – Xª GERES
 Fonte: PDR (2002)

TABELA 11 – Xª GERES

MACRO	REGIONAL	SEDE REGIONAL/ MICRORREGIONAL	MÓDULO	SEDE	POPULAÇÃO			
Caruaru	X	Afogados da Ingazeira	1) Afogados da Ingazeira	Afogados da Ingazeira	33.321			
			Carnaíba		17.569			
			Iguaraci		11.514			
			Ingazeira		4.583			
			Solidão		5.502			
			Quixaba		6.781			
			SUB-TOTAL					79.270
			2) São José do Egito	São José do Egito	29.537			
			Brejinho		7.262			
			Itapetim		14.654			
			Tuparetama		7.845			
			Santa Terezinha		10.288			
			SUB-TOTAL					69.586
			3) Tabira	Tabira	24.191			
			SUB-TOTAL					24.191
			4) Serra Talhada	Serra Talhada	70.702			
			Betânia		11.315			
			Calumbí		7.101			
			Flores		20.684			
			Santa Cruz da Baixa Verde		10.724			
			Triunfo		15.072			
			São José do Belmonte		31.720			
			SUB-TOTAL					167.318
			TOTAL					340.365

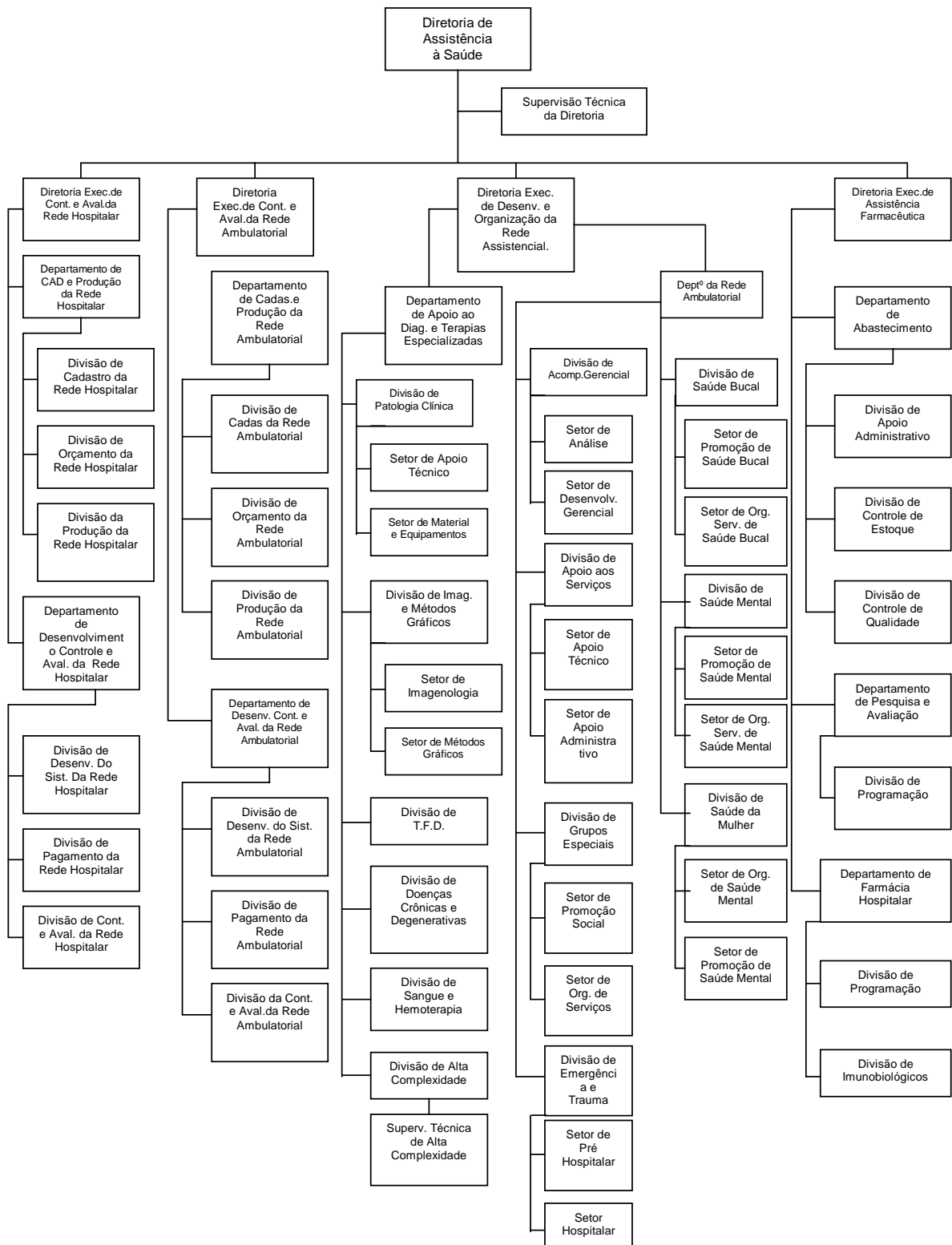
Fonte: PDR (2002)

**ANEXO B - Organogramas das Estruturas Organizacionais da Assistência
Farmacêutica na SES/PE, de 1995 a 2004**



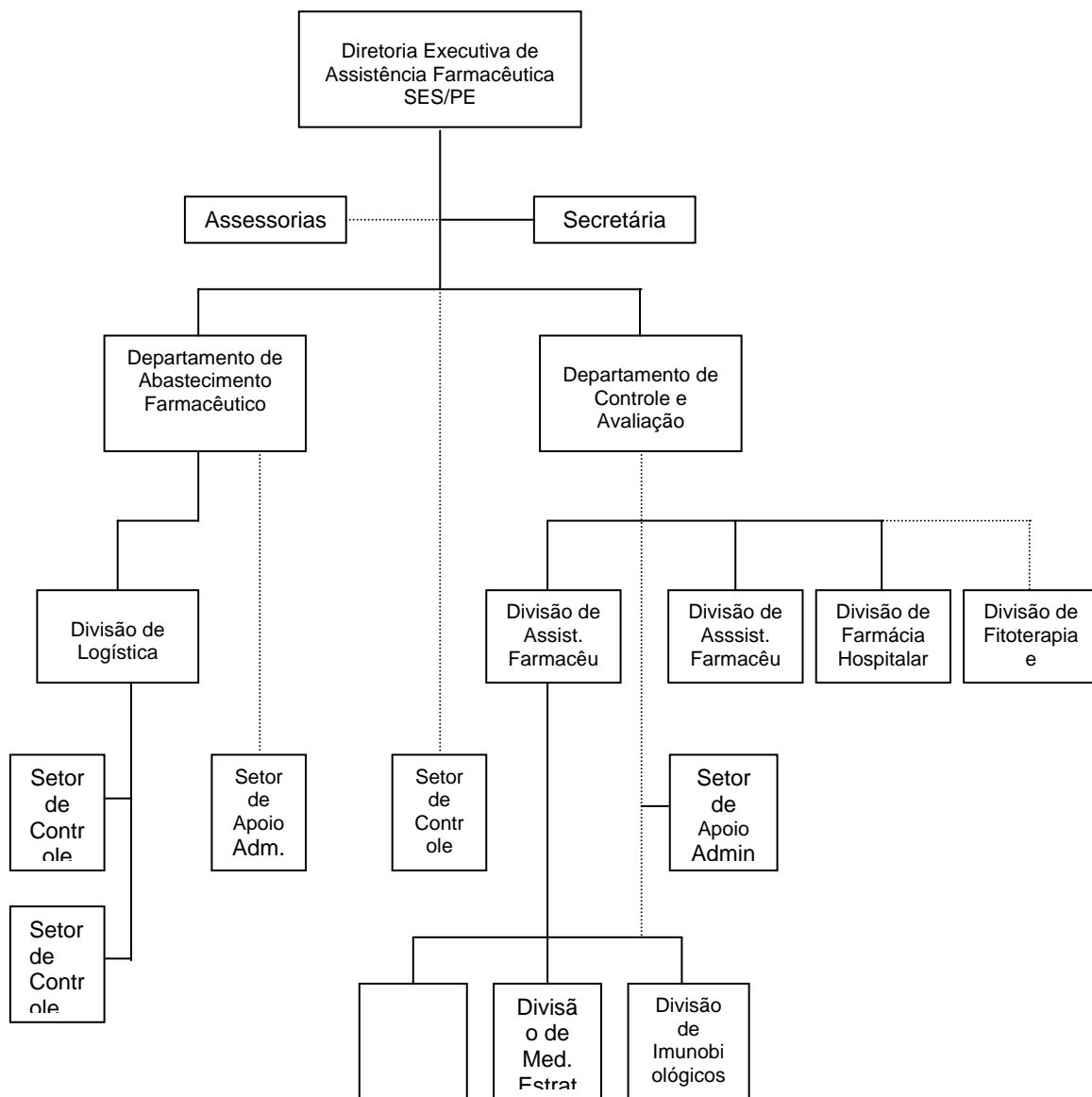
ORGANOGRAMA 1 - Diretoria Executiva de Assistência Farmacêutica
(1995 – 1998)

Fonte: PERNAMBUCO (1995)

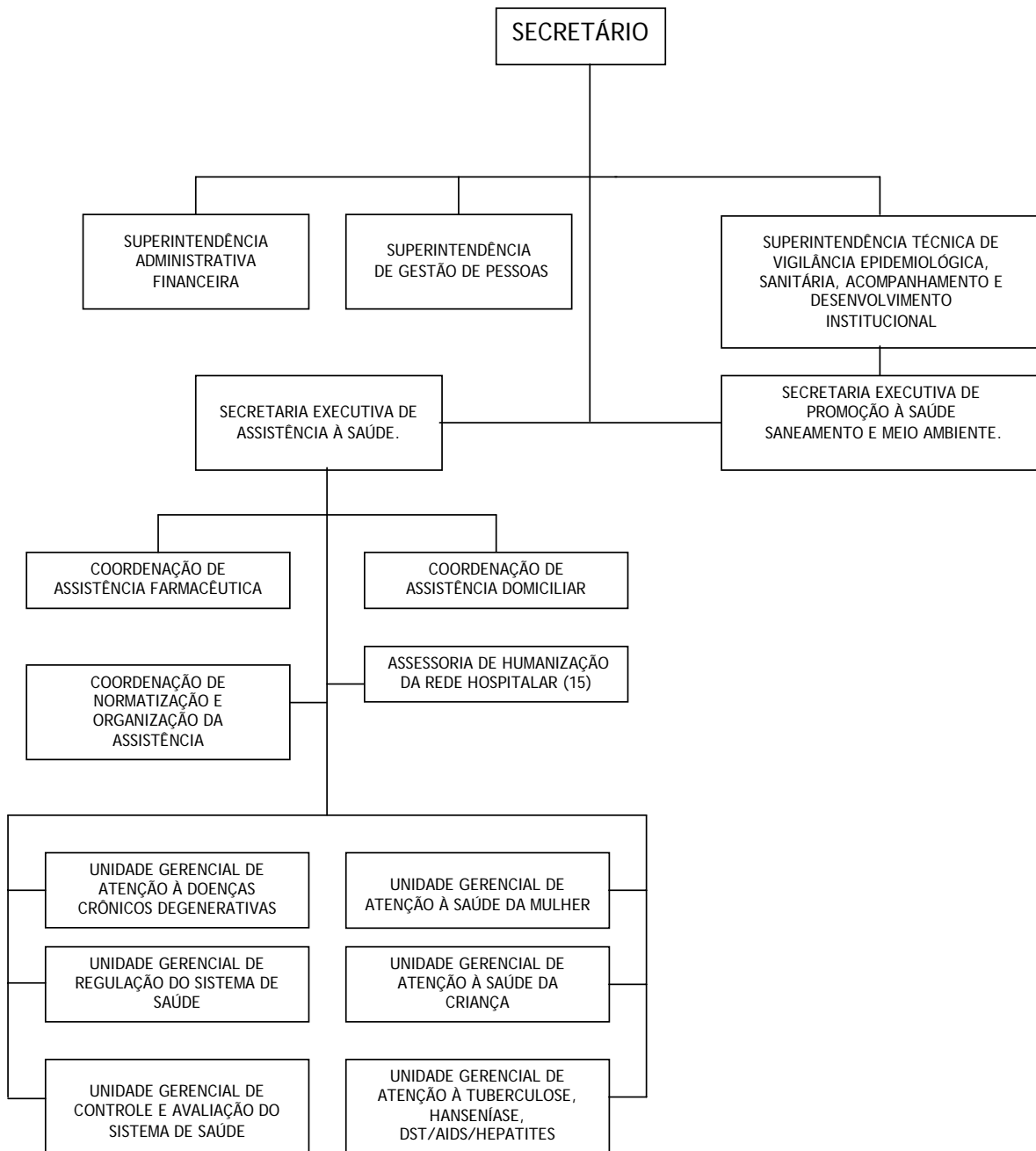


ORGANOGRAMA 2 – Departamento de Normatização e Padronização de Assistência Farmacêutica (1999 – 2002)

Fonte: PERNAMBUCO (1999)



ORGANOGRAMA 3 - Proposta do Projeto MS/FGV/EPOS (2002)
 Fonte: BRASIL (2002d)



ORGANOGRAMA 4 - Chefia de Apoio à Assistência Farmacêutica (2003 – 2006)
 Fonte: PERNAMBUCO (2003)

