

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE**

TARCÍSIO JOSÉ MIRANDA DE GALISA

**A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE NATAL: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE
MEDICAMENTOS VIA DEMANDA JUDICIAL NO ANO DE 2008.**

**NATAL / RN
2009**

TARCÍSIO JOSÉ MIRANDA DE GALISA

**A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE NATAL: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE
MEDICAMENTOS VIA DEMANDA JUDICIAL NO ANO DE 2008.**

Monografia apresentada ao Curso de Administração da Faculdade Natalense para Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito obrigatório para a obtenção do Grau de Bacharel em Administração.

Orientadora: Karina de Oliveira Costa Bezerra, Msc.

TARCÍSIO JOSÉ MIRANDA DE GALISA

**A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE NATAL: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE
MEDICAMENTOS VIA DEMANDA JUDICIAL NO ANO DE 2008.**

Monografia apresentada à coordenação do Curso de Graduação em Administração da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte e aprovada em ____ de _____ de 2009, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Karina de Oliveira Costa Bezerra, M.Sc.
Orientador

Membro Examinador

Membro Examinador

Natal, dezembro de 2009

Dedico a idealização e concretização desse
projeto aos meus pais, Ana Maria de
Miranda Galisa e José Carvalho de Galisa

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por iluminar meus passos ao longo dessa jornada, pela qual encontrei algumas dificuldades, mas as enfrentei e encontrei maneiras de driblá-las, transformando em pequenas conquistas ao longo desse projeto.

Meus queridos e amados pais, Ana Maria de Miranda Galisa e José Carvalho de Galisa, que sempre estiveram ao meu lado e contribuíram para minha formação ética, moral e acadêmica.

A minha orientadora Karina de Oliveira Costa Bezerra que acreditou no meu potencial, e me apoiou sempre que precisei, contribuindo decisivamente para a elaboração desse projeto.

Aos integrantes do DPI (Departamento de Planejamento e Informação em Saúde) da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, que convivi durante pouco mais de um ano, e me acrescentaram muito conhecimento e amizade, sendo os idealizadores da escolha da área em que o projeto foi focado, tendo a contribuição de todos para a obtenção de informações pertinentes ao assunto, destacando a colaboração de Terezinha Guedes Rêgo de Oliveira, que esteve presente, sempre que necessitei de informações e esclarecendo minhas dúvidas e Maria das Graças de Amorim Pessoa, que de forma determinante contribui para a elaboração de etapas fundamentais para a conclusão do projeto.

Ao farmacêutico da SMS, José Wilker Almeida Câmara, que forneceu dados importantes para a pesquisa e contribuiu com depoimentos acerca do assunto, sendo de extrema importância para a conclusão do projeto.

Aos amigos de curso, Luiz Henrique, Micaele Saldanha, Roberto Wagner e Evandro Luis, ressaltando o apoio para com a realização deste trabalho por meio da partilha de materiais para o enriquecimento do conteúdo aplicado e o apoio moral.

A bibliotecária Maria Luzia Alexandre de Oliveira que sempre esteve presente para me orientar e auxiliar nas dúvidas com relação à normatização do trabalho.

RESUMO

O cidadão consciente dos serviços garantidos constitucionalmente a serem prestados pelo SUS, através da Constituição Federal de 1998 em seu Artigo 196, em especial pela Assistência Farmacêutica passou a cobrar com maior rigor a disponibilização de medicamentos que necessita para prevenir, tratar e curar suas enfermidades, a serem disponibilizados pelas esferas de governo, seja de competência Municipal, Estadual ou Federal, fornecidas pelo elenco da Assistência Farmacêutica. Foi definida a identificação do perfil do usuário que adquire esses medicamentos, feita através da necessidade de um cadastramento; Verificar o investimento financeiro realizado para atender as liminares judiciais; através da obtenção de informações com relação a preços de medicamentos solicitados por cada usuário, definindo o investimento em cada um deles pelo período de recebimento. Analisar a evolução de solicitações de medicamentos de 2004 a 2008, estabelecendo uma análise numérica de liminares durante esse período. Foi classificada como uma pesquisa descritiva, exploratória e um estudo de caso, caracterizando-se por utilizar dados primários e secundários em coleta de dados quantitativa, com relação à análise financeira dos investimentos com medicamentos e análise da quantidade de usuários que adquirem esses medicamentos, também foi classificada como qualitativa com relação às entrevistas aplicadas aos farmacêuticos e aos dados obtidos através do cadastramento que também se classifica como amostra não-probabilística por acessibilidade. Pela necessidade de adquirir informações que traçassem o perfil do usuário solicitante, no qual ocorreu a obtenção de informações suficientes para esse diagnóstico. Já com relação a valores de medicamentos, houve uma análise de preços de medicamentos, já existe no setor responsável, correspondente a cada usuário, com diferentes patologias, definindo valores totais e o impacto que esse investimento acarreta a Secretaria Municipal de Saúde, ainda com relação aos usuários foi definido o número de solicitações no período de 2004 a 2008, analisando a evolução dessas solicitações nesse período, definindo o perfil de formação acadêmica e avaliação da tomada de decisão dos gestores em relação a falhas nos procedimentos de protocolos clínicos e administrativos e ferramentas de gerenciamento do elenco de medicamentos. Através desse estudo foi constatado que os Órgãos Públicos responsáveis pela Saúde no Estado, devem se conscientizar da necessidade de reverter os procedimentos de acesso aos medicamentos e promover um controle financeiro através de um planejamento estratégico específico em relação a esses custos, já que não são previstos no orçamento anual devido a sua imprevisibilidade de solicitações anuais e também com relação ao tipo de patologia a que será fornecido o medicamento, não sendo disponibilizado no elenco apresentado e gerando dúvidas com relação a qual órgão competente assumirá a responsabilidade em fornecê-lo, caracterizando as ações judiciais.

Palavras Chave: Assistência Farmacêutica, Saúde, Medicamentos.

ABSTRACT

The citizen aware of the constitutionally guaranteed services to be provided by SUS, by the 1998 Constitution in its Article 196, in particular by the Pharmaceutical Care has to be collected more accurately the availability of drugs that need to prevent, treat and cure their diseases, to be made available by the spheres of government, or municipal jurisdiction, State or Federal, provided by the cast of Pharmaceutical Care. Was defined to identify the User Profile acquiring the drug, made by a need to re-register, check the financial investment made to suit injunctions, by obtaining information regarding the prices of medicines requested by each User, setting the investment in each period for collection. To analyze the development of requests for drugs from 2004 to 2008, establishing a preliminary numerical analysis of that period. It is classified as a descriptive, exploratory and a case study, characterized by using primary and secondary quantitative data collection, with respect to the financial analysis of investments with drugs and analysis of the number of users who buy these drugs, too was classified as qualitative interviews with respect to pharmaceutical and applied to the data obtained through re-registration which is also classified as non-probability sample of accessibility. The need to acquire information to map the User Profile requestor, which was to obtain sufficient information for this diagnosis. Now with respect to amounts of drugs, there was a review of drug prices, already exists in the area responsible for each User with different pathologies, defining values and the total impact of this investment leads to the Municipal Health Department, even with respect to users was set the number of requests in the period 2004 to 2008, analyzing the evolution of these requests in this period, defining the profile of academic assessment and decision making of managers in relation to failures in the procedures of clinical protocols and administrative tools management of the range of medicines. Through this study it was found that the public agencies responsible for health in the state, should be aware of the need to reverse the procedures for access to medicines and to provide a financial control through a specific strategic planning in relation to these costs, since they are not provided in the annual budget due to the unpredictability of annual requests and also with the type of condition for which the product will be supplied, not being made available in the cast and creating doubt as to which agency shall assume responsibility in providing you, featuring lawsuits.

Key words: Pharmaceutical Care, Health, Medicines.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.....	51
GRÁFICO 2.....	52
GRAFICO 3.....	52
GRAFICO 4.....	53
GRAFICO 5.....	54
GRAFICO 6.....	54
GRAFICO 7.....	60

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 CONTEXTO E COLOCAÇÃO DO PROBLEMA	13
1.2 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO	13
1.3 OBJETIVOS.....	16
1.3.1 Geral	16
1.3.2 Específicos.....	16
1.4 JUSTIFICATIVA.....	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 ORGANIZAÇÃO: CONCEITOS E TIPOS.....	18
2.1.1 A Organização Formal	18
2.1.2 A Organização Informal.....	19
2.2 TIPOS DE ORGANIZAÇÃO	20
2.2.1 Organização Pública	20
2.2.2 Organização Privada.....	21
2.2.3 Organização do Terceiro Setor	22
2.4 MODELOS DE GESTÃO	24
2.4.1 Gestão por Competência.....	24
2.4.2 Gestão por Desempenho	25
2.5 GESTÃO PÚBLICA: CONCEITO E MODELOS	27
2.5.1 Modelo Burocrático	29
2.5.2 Modelo Gerencial	32
2.6 POLÍTICA PÚBLICA: CONCEITOS E ETAPAS	33
2.6.1 Construção da Agenda.....	34
2.6.2 Formulação de Políticas.....	35
2.6.3 Implementação de Políticas	36
2.6.4 Avaliação de Políticas	37
2.7 POLÍTICA SOCIAL: CONCEITO	38
2.8 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS	39
2.8.1 A Saúde como Direito	40
2.8.2 A Unicidade do Sistema de Saúde	40
2.8.3 A Universalidade	41
2.8.4 A Integralidade de Assistência	42
2.8.5 A Igualdade	43
2.8.6 A Preservação da Autonomia.....	44
2.8.7 O Direito à Informação	44
2.8.8 A Descentralização	45
2.8.9 A Resolubilidade	46
2.8.10 A Humanização do Atendimento	46
2.8.11 A Intersetorialidade	47
2.8.12 A Regionalização	48
2.8.13 A Conferência de Saúde	49
2.8.14 O Conselho de Saúde	49
2.9 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: CONCEITO	50
3 METODOLOGIA.....	52
3.1 Delineamento da Pesquisa	52
3.2 Definição da Área ou População-Alvo do Estudo	53

3.3 Plano de Amostragem.....	54
3.4 Plano de Coleta de Dados	55
3.5 Instrumento de Coleta de Dados	55
3.6 Tratamento para Análise dos Dados	56
3.7 Cronograma Desenvolvido e Comentários sobre o Processo de Coleta de Dados	57
4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	58
4.1 DADOS INFORMATIVOS SOBRE O PERFIL DOS USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS ATRAVÉS DE AÇÃO JUDICIAL.....	58
4.1.1 Sexo.....	58
4.1.2 Faixa Etária.....	59
4.1.3 Grau de Escolaridade.....	59
4.1.4 Região de Residência	60
4.1.5 Tipo de Moradia	61
4.1.6 Renda Familiar.....	61
4.2 DADOS AVALIATIVOS DOS VALORES FINANCEIROS INVESTIDOS NA COMPRA DE MEDICAMENTOS	63
4.3 NÚMERO DE USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS VIA AÇÃO JUDICIAL. NATAL/RN - 2004/2008	66
4.4 DADOS INFORMATIVOS: PERFIL DOS GESTORES-FARMACEUTICOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	68
4.4.1 Definição de Cargo, Função, e Formação Acadêmica.....	68
4.4.2 Definição de tempo de atuação na Gestão Pública e no Setor da Assistência Farmacêutica	68
4.4.3 Participação na tomada de decisão para com usuários de medicamentos solicitados através de liminares judiciais	68
4.4.4 Motivos pelos quais pacientes com patologia crônica, não são incluídos no planejamento do orçamento anual	69
4.4.5 Comissão de avaliação para com os protocolos clínicos de controle com relação ao uso indiscriminado de medicamentos	70
4.4.6 Abastecimento da Rede Básica, conforme demanda programada ou aleatória	71
4.4.7 Relação da Assistência Farmacêutica Municipal, e outros órgãos públicos responsáveis pela saúde no Estado, tendo em vista, medicamentos excepcionais e estratégicos.....	72
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	74
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE	83
ANEXO	85

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 trouxe profundas mudanças na área da Saúde no Brasil, estabelecendo como princípios básicos a universalidade, a equidade, e integralidade tendo enquanto amparo normativo o seu Artigo: 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças, de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (Brasil, 1988, p. 154).

O cidadão consciente dos serviços garantidos constitucionalmente a serem prestados pelo SUS, em especial pela Assistência Farmacêutica passou a cobrar com maior rigor a disponibilização de medicamentos que necessita para prevenir, tratar e curar suas enfermidades, a serem disponibilizados pelas esferas de governo, seja de competência Municipal, Estadual ou Federal, baseado em três categorias (básico, excepcional e estratégico) fornecidas pelo elenco da Assistência Farmacêutica, a elaboração do elenco desses medicamentos já passou por várias mudanças visualizadas através da Lei orgânica 8080/90, em seu artigo 6º define como campo de ação do SUS, a “formulação da política de medicamentos (...)”, e atribui ao setor saúde a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.” (Brasil, 1990).

No setor público a assistência farmacêutica foi implantada de forma centralizada a partir de 1971, com a criação da Central de Medicamentos (CEME), esta centralização de atividades acarretou inúmeros problemas, destacando-se a aquisição desses insumos em desacordo com as reais necessidades, resultando na oferta excessiva de alguns medicamentos e escassez de outros, acarretando desperdício de recursos financeiros e insumos.

Estes fatos contribuíram para a formulação de novas diretrizes para a área de medicamentos, explicitados na Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicado em outubro de 1998, editado através da Portaria GM/MS nº 3.916 de 30 de outubro de 1998.

A primeira lista que fez alguma seleção de medicamentos prioritários data de 1964, bem antes da recomendação da OMS, que é de 1977. Desde então, ela foi atualizada algumas vezes (1972, 1975, 1989 e 1993). Em 2000, o Ministério da

Saúde, após o movimento que deu origem à Política Nacional de Medicamentos, retomou o processo de revisão da Rename.

A partir de 2000, o MS (Ministério da Saúde) tem conseguido manter a lista relativamente atualizada, como preconiza da OMS. Ocorreu uma atualização em 2002 e agora essa que teve início em 2005.

Nessa perspectiva a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME foi atualizada entre novembro de 2005 e outubro de 2006, a qual definiu um elenco de 335 medicamentos a serem disponibilizados no âmbito do SUS.

Esse rol tem como objetivo orientar as secretarias estaduais e municipais de saúde no tocante a prescrição, dispensação e distribuição desses insumos, bem como fornecer subsídios para que essas instâncias definam e organizem suas listas próprias de acordo com as características epidemiológicas de cada região, possibilitando ainda atualizações freqüentes sob a égide da evolução do conhecimento científico, de forma a considerar o crescimento populacional o surgimento de novos medicamentos com inovações terapêuticas, novas doenças, e das mudanças do perfil de morbi-mortalidade do país.

Essas modificações no elenco dos medicamentos fornecidos ocorrem com um espaço de tempo muito grande, não acompanhado o crescimento da população, o surgimento de novos medicamentos com inovações terapêuticas e novas doenças.

Esse projeto acadêmico visa identificar a deficiência gerada com a ausência de alguns medicamentos, caracterizados por ser de alto custo e outros que por falta de planejamento estão no elenco, mas em quantidade insuficiente para atender a demanda da população usuária do SUS.

- Disponibilização do elenco para o cidadão através da RENAME
- Disponibilização de medicamentos em falta ou que não fazem parte do elenco estabelecido – Ações Judiciais

A estratégia de captação de dados será através de um levantamento junto às estatísticas da SMS – Natal, ano referência 2008, identificando quais são as demandas judiciais mais frequentes para a aquisição de medicamentos, conhecendo o fluxo processual mantido pelo órgão. Contemplando ainda o impacto orçamentário e financeiro causado e esperado por essa demanda contingencial, levando-se em consideração que os recursos públicos são limitados e os usuários com base no

direito constitucional, reivindica seu direito junto ao gestor público em ofertar meios que possibilitem acessos aos serviços e produtos vinculados ao SUS.

1.1.CONTEXTO E COLOCAÇÃO DO PROBLEMA

Diante da situação percebe-se que vários fatores causam a procura pelos mandados judiciais como má distribuição dos medicamentos nos postos de saúde, condições inadequadas de armazenamento com conseqüentes perdas de medicamentos, falta desses insumos, problemas burocráticos como recusa por parte dos gestores responsáveis pelo fornecimento de medicamentos em desacordo com a consonância dos protocolos vigentes do Ministério da Saúde, medicamento não padronizado e medicamentos não disponíveis no mercado nacional, normalmente com elevado custo de tratamento.

Essa realidade ocasionada por falhas nos processos logísticos e gerenciais torna-se um dos fatores que aumentam a procura por processos judiciais, gerando grande impacto financeiro e orçamentário.

Por parte dos gestores municipais especificamente do DMP (Departamento de Material e Patrimônio) do DAB (Departamento de Atenção Básica), do DGSP (Departamento de Gestão dos Serviços Públicos Municipais de Saúde) percebe-se um grande congestionamento nos pedidos por ser de extrema facilidade um cidadão conseguir dá inicio a um processo judicial para aquisição desses medicamentos sem uma investigação prévia da real necessidade em adquiri-los e acompanhamento desde a solicitação até a entrega em mãos desse medicamento ao paciente.

Diante desse contexto, surge o seguinte problema:

Quais os motivos pelo qual se requisita medicamentos através de mandados judiciais, e quais possíveis falhas no processo de programação, gerenciamento e dispensação geram falta desses insumos?

1.2. CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal foi criada pela Lei nº 3394, de 21 de janeiro de 1986, é órgão de atividade-fim, integrante da Administração Pública Municipal Direta, nos termos da Lei Complementar nº 020, de

02 de março de 1999, Lei Complementar nº 061, de 02 de junho de 2005 e Decreto nº 7.642, de 10 de junho de 2005. Atualmente está localizada na Rua João Pessoa, 634, Edifício Ducal Center Palace, bairro Cidade Alta, em Natal/RN.

Dentre algumas de suas competências estão às relacionadas com a promoção de medidas de prevenção e proteção à saúde da população do Município do Natal, mediante o controle e o combate de morbididades físicas, infecto-contagiosas, nutricionais e mentais; realização de pesquisas, estudos e avaliação da demanda de atendimento médico; implementação de programas estratégicos em saúde pública; principalmente aquelas relacionadas à atenção básica, capacitação de recursos humanos para a saúde pública e afins.

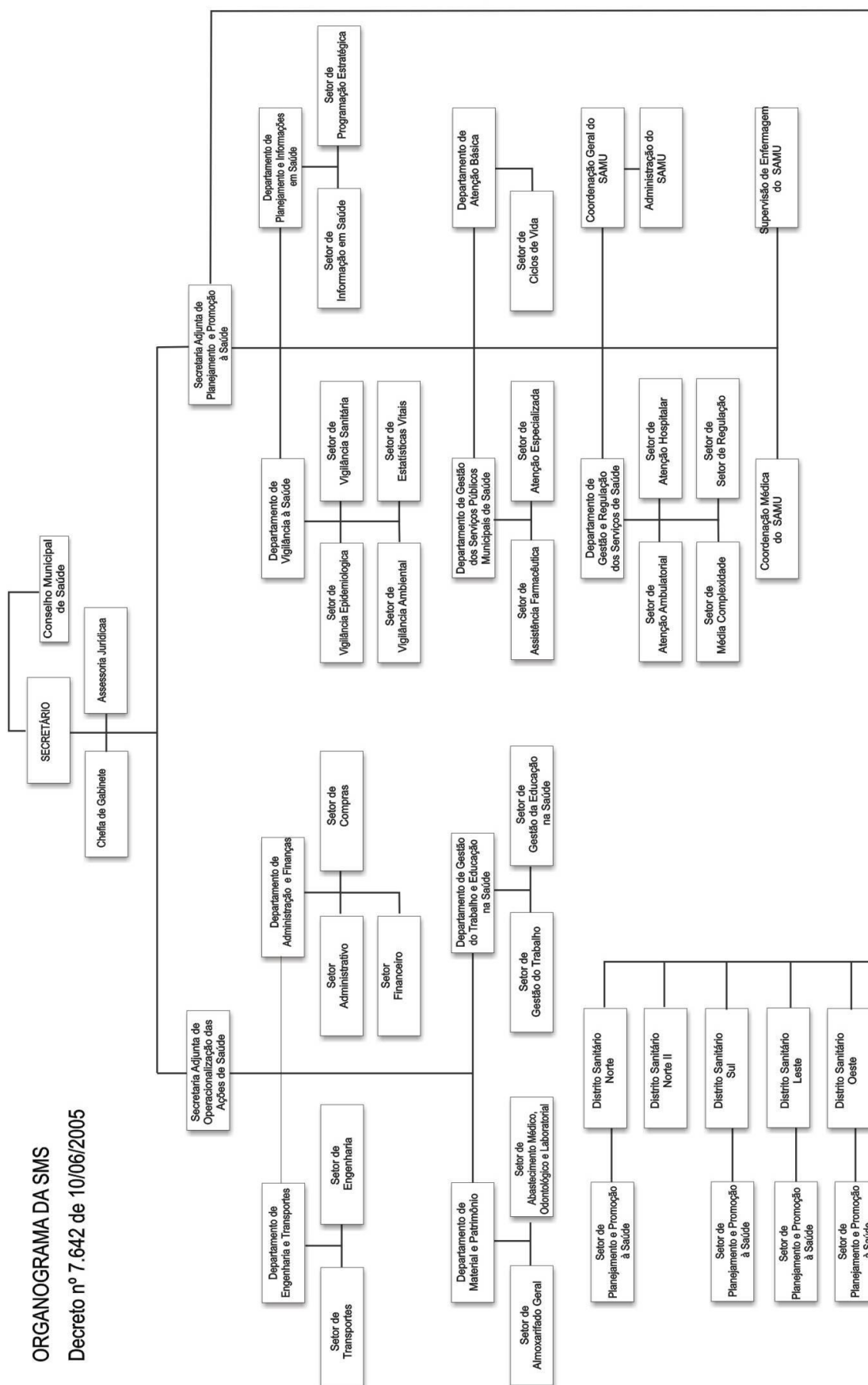
Em relação à estrutura organizacional a Secretaria Municipal de Saúde compõe-se de: Órgão de direção superior; órgãos de assessoramento direto ao Secretário Municipal; órgão colegiado; órgãos de execução programática que se dividem em vários departamentos como: Departamento de Administração e Finanças; Departamento de Material e Patrimônio; Departamento de Vigilância à Saúde; Departamento de Planejamento e Informação em Saúde, a Coordenação do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), e os cinco Distritos Sanitários (Norte I, Norte II, Sul, Leste e Oeste).

Dentre os mais elevados cargos hierárquicos da secretaria estão o nível de Direção Geral Superior da Secretaria Municipal de Saúde é representado pelo cargo de Secretário Municipal de Saúde de provimento em comissão.

O nível Substituto e Auxiliar Direto de Direção Geral Superior da Secretaria Municipal de Saúde é representado pelo cargo de Secretário Adjunto de Planejamento e Promoção à Saúde, de provimento em comissão.

A atual gestão possui a seguinte missão: “Servir com excelência, ética e eficiência, contando com servidores competentes e valorizados, primando todos pelo respeito ao cidadão e ao meio ambiente, contribuindo para fazer de Natal uma cidade cada vez mais humana, socialmente mais justa, solidária e sustentável, com a melhor qualidade de vida para toda a população”.

Segue abaixo o organograma da Secretária Municipal de Saúde de Natal:



1.3. OBJETIVOS

1.3.1 Geral

Identificar e analisar os motivos pelo qual se requisita medicamentos através de mandados judiciais, caracterizando o usuário solicitante, analisando valores financeiros aplicados no investimento da compra desses medicamentos, bem como avaliando as possíveis falhas no processo de programação, gerenciamento e dispensação desses insumos.

1.3.2 Específicos

- Investigar o perfil do usuário do SUS que utiliza a aquisição de medicamentos via demanda judicial;
- Verificar o investimento financeiro realizado para atender as liminares judiciais;
- Caracterizar o perfil dos gestores que lidam com o processo de gerenciamento de medicamentos;
- Identificar falhas em ferramentas e processos de gerenciamento do elenco de medicamentos via demanda judicial;
- Analisar a evolução de solicitações de medicamentos de 2004 a 2008;
- Avaliar as etapas de protocolos clínicos e administrativos no processo de aquisição dos medicamentos para os usuários;

1.4 JUSTIFICATIVA

O estudo em questão propõe, a partir dos dados coletados, identificar os problemas relacionados à programação, distribuição e dispensação de medicamentos, apresentando sugestões que venham a contribuir para a organização do sistema local da Assistência Farmacêutica, explicitando os transtornos gerados aos usuários do SUS, bem como, enfocar o investimento necessário para atender as demandas judiciais e seu impacto para os cofres públicos.

Esse trabalho visa também socializar informações referente ao elenco de medicamentos disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde, evidenciando todas as etapas do processo de funcionamento do sistema, buscando alternativas para facilitar o acesso do usuário a esse serviço.

Para a academia, esse trabalho servirá como fonte de informação atualizada, abrindo a possibilidade para novas pesquisas ou ainda aprofundamento desse relato, de forma a contribuir para o melhoramento do Sistema Municipal de Assistência Farmacêutica, garantindo aos cidadãos um serviço mais ágil, eficiente e inclusivo, como preceitua as diretrizes estabelecida para o SUS, bem como, os ditames da Carta Magna Brasileira.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1. ORGANIZAÇÃO: CONCEITOS E TIPOS

Pode-se dizer que a sociedade atual é eminentemente organizacional. O homem em todas as etapas de sua vida, desde o nascimento até a morte, depende das organizações, e é controlado por organizações e nelas passa a maior parte do seu tempo.

De acordo com Nunes (2005, p.[1])

Organização é um conjunto de duas ou mais pessoas que realizam tarefas, seja em grupo, seja individualmente mas de forma coordenada e controlada, atuando num determinado contexto ou ambiente, com vista a atingir um objetivo pré-determinado através da afetação eficaz de diversos meios e recursos disponíveis, liderados ou não por alguém com as funções de planejar, organizar, liderar e controlar.

Posteriormente os autores Peci; Sobral (2008, p. 4-5):

As organizações são grupos estruturados de pessoas que se juntam para alcançar objetivos comuns. Surgem como resposta à necessidade dos indivíduos de alcançar metas que, isoladamente, não conseguiriam atingir em virtude da complexidade e da variedade das tarefas inerentes ao trabalho a se efetuar.

Maximiano (2004) “Considera uma organização como um conjunto de recursos (humanos, financeiros e materiais), atuando de forma unificada, buscando realizar um objetivo em comum.”

Pode-se dizer que uma organização é um empreendimento e a reunião de atividades necessárias para alcançar objetivos, tendo a finalidade de estruturar os recursos utilizados principalmente o humano. Unindo indivíduos com características diferentes que juntos agregam valores suficientes para execução de uma tarefa.

2.1.1 A Organização Formal

Organização é como uma unidade ou entidade social, ambiente onde as pessoas interagem direcionadas para alcançar objetivos específicos. Fica evidente que o termo organização significa qualquer empreendimento focado no envolvimento de pessoas em um processo moldado planejadamente com o intuito de atingir determinados objetivos.

Segundo Chiavenato (2002, p. 329):

É a organização baseada em uma divisão do trabalho racional, na diferenciação dos participantes de acordo com algum critério estabelecido por aqueles que detêm o processo decisório. É a organização planejada: a que está no papel. É geralmente aprovada pela Direção e comunicada a todos através de manuais de organização, de descrições de cargos, de organogramas, de regras e regulamentos etc.

De acordo com Maximiano (1995, p. 25), o conceito de organização formal pode ser visto como:

Uma organização é uma integração de esforços individuais que tem como propósito realizar atividades coletivas. Além de pessoas, as organizações utilizam outros recursos, como máquinas e equipamentos, dinheiro tempo, espaço e conhecimentos.

É a forma que se estabelece para a execução de objetivos pré-determinados através da coordenação e controle das ações de todos os seus membros, nomeadamente através da criação de estruturas organizacionais e da definição de regras, políticas e procedimentos, que se dá a designação de organização formal, conforme afirma Pérez, (1996 apud NUNES, 2008).

Verifica-se que a estrutura da organização formal é aquela planejada e formalmente representada pelo organograma. Deve ser montada ou reestruturada considerando as necessidades da empresa e as características do ambiente onde atua.

2.1.2 A Organização Informal

A organização informal surgiu baseada no conjunto de usos, costumes, tradições, ideais, normas sociais que não se tratam de forma alguma de disposições de uma política previamente traçada pela empresa.

Organização informal é aquela que emerge espontânea e naturalmente entre as pessoas que ocupam posições na organização formal e a partir dos relacionamentos humanos como ocupantes dos cargos, forma-se a partir das relações de amizade e do surgimento de grupos informais que não aparecem no organograma ou em qualquer outro documento formal (Chiavenato, 1997).

De acordo com Raskin (2002, p. [1])

Organização informal é como se dá, ao longo do tempo, o desenvolvimento da rede de relacionamentos pessoais. Em todos os níveis de uma organização, a coordenação e as decisões freqüentemente acontecem fora dos canais formais, pois as pessoas interagem informalmente, criando inclusive regras e normas.

Observa-se que uma organização informal é desenvolvida através de relacionamentos durante sua respectiva convivência no dia-a-dia, que a partir da ocorrência da necessidade de elaboração de um grupo de pessoas para desenvolver tarefas pertinentes ao trabalho fora de estabelecimento, em ambiente externo, eles se formam, e também para desenvolver atividades relacionadas ao lazer.

Há distintos tipos de organizações, como as educacionais, industriais, comerciais, militares e religiosas, por exemplo. Elas podem estar voltadas para a oferta de bens ou para a prestação de serviços, podendo ser de ordem privada, governamental, mista ou não-lucrativa (como as organizações não-governamentais). No entanto, apesar da divergência de sua natureza, todas são voltadas para a satisfação de necessidades específicas da sociedade.

2.2 TIPOS DE ORGANIZAÇÃO

2.2.1 Organização Pública

As organizações públicas surgiram através da união de vários fatores orientados para atender as necessidades da sociedade. Foram estabelecidas várias normas e diretrizes para vincular os processos decisórios a serem tomados durante a gestão administrativa, influenciadas pelo poder político que rege essas organizações e também através do poder vinculado a população.

De acordo com SEPLAN (2004, p.4)

É o conjunto de atores, normas, órgãos e acumulações de que dispõe uma sociedade para: se organizar e lograr os serviços e bens públicos de que necessita, e o setor privado não supre para resolver seus problemas, afastar as ameaças, aproveitar as oportunidades e garantir seu desenvolvimento e coesão.

Conforme afirma Sá (2005, p. 22-23):

Atendem as demandas políticas e sociais das comunidades de sua área de atuação formadas por entes públicos (estados, municípios, etc), (...) embora sejam afetadas pelas tendências ambientais, dependem muito mais de concepções políticas e ideológicas ligadas, dentre outros aspectos, ao papel do Estado, e crucialmente das pressões dos grupos sociais de interesse e dos cidadãos.

De acordo com Brasil (2008, p. [2]) “Empresa criada pelo Estado com capitais próprios ou fornecidos por outras empresas públicas para a exploração de atividades de natureza econômica ou social.”

Vale salientar que as organizações públicas devem proceder com relação ao processo de compra de materiais e alocação de prestação de serviços através de processo licitatório e contrato administrativo estabelecido com base nas diretrizes da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, ocasionando em alguns casos lentidão e o conseqüente desperdício por causa dos entraves gerados pela burocracia inserida nesses processos.

Verifica-se que as organizações públicas são influenciadas diretamente por concepções políticas e ideológicas ligadas ao dever de suprir as necessidades que surgem por parte da política e sociedade e a conseqüente demanda como um todo, onde existe uma desproporcionalidade em relação à quantidade de situações atendidas e solucionadas pela organização devido ao excesso de burocracia para liberação de verbas e à má distribuição desses recursos financeiros e seu investimento em programas sociais que auxiliem em sanar esses problemas, que são constantemente cobrados pela população.

2.2.2 Organização Privada

As organizações privadas surgiram por iniciativa de empresários, de alto poder aquisitivo, com o objetivo de formalizar seu próprio negócio, visando definir a área de atuação e detalhar qual segmento atua de maneira formal, caracterizando a utilização de capital próprio, objetivando a geração de lucro, que garante a sobrevivência de sua empresa.

De acordo com BRASIL (2008, p. [2]), “São empresas cujo capital é detido na sua maioria pelos agentes econômicos privados, e cujo objetivo final é o lucro.”

Segundo Sá (2005, p. 22-23):

Buscam a conquista de mercados e o lucro crescente para os seus proprietários, caracterizando a atividade mercantil, (...) por sua percepção do mercado e das tendências de seu ambiente operacional.

Considerando as organizações públicas, as quais sofrem influência direta de interesses políticos, o que nas organizações privadas não é comum acontecer, surge à necessidade de desenvolver um tipo de administração que parta não apenas da clara distinção entre o público e o privado, mas também da separação entre o político e o administrador público, segundo Pereira (1998).

Analisa-se que as organizações privadas caracterizam-se pela independência em relação a qualquer possível vínculo financeiro com o setor público, visam à obtenção de lucro e o conseqüente crescimento da empresa, seguindo sempre a tendência do mercado já que as organizações privadas enfrentam a concorrência acirrada de empresas do mesmo ramo, podendo acarretar perda de mercado e uma possível falência.

2.2.3 Organização do Terceiro Setor

A filosofia que permeia quase todos os aspectos do terceiro setor é o desejo humano de ajudar outras pessoas sem a exigência de benefícios pessoais. Surgiu na antiguidade através inicialmente do crescimento das vilas e cidades e a migração de pessoas para longe de suas famílias, ocasionando durante esse processo de migração, um auxílio social.

A expressão “terceiro setor” é uma tradução do termo inglês *third sector*, que, nos Estados Unidos, é usado junto com outras expressões, como organizações sem fins lucrativos ou setor voluntário. Possui a finalidade de auxiliar anseios sociais não atendidos pelo Estado.

As organizações sociais definem-se como instituições do terceiro setor (pessoas privadas de fins públicos, sem fins lucrativos, constituídas voluntariamente por particulares, auxiliares do Estado com o objetivo de suprir carências sociais através de atividades de importância do interesse coletivo), possuem adesão voluntária por parte das entidades privadas e estão dirigidos a manter uma relação de confiança e parceria entre o ente privado e o Poder Público. (Modesto, 1997).

De acordo com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – (BNDES, 2001, p. 4):

O terceiro setor constitui-se na esfera de atuação pública não-estatal, formado a partir de iniciativas privadas, voluntárias, sem fins lucrativos, no sentido do bem comum. Nesta definição, agregam-se, estatística e conceitualmente, um conjunto altamente diversificado de instituições, no qual incluem-se organizações não governamentais, fundações e institutos empresariais, associações comunitárias, entidades assistenciais e filantrópicas, assim como várias outras instituições sem fins lucrativos.

A função do Estado, mostrando-se incapaz de solucionar através da elaboração de ações o combate aos problemas sociais e a incapacidade do mercado de atender todas as demandas da sociedade fez diante da situação surgir uma iniciativa da própria sociedade que, posicionando-se diante dessa realidade, mobilizou-se para propiciar melhores condições de vida às comunidades em que vivem, com o objetivo de reduzir as diferenças sociais. Após esses primeiros movimentos, surgiram entidades sem fins lucrativos na área não-governamental, criadas e sustentadas, principalmente, por trabalho voluntário, não apenas à caridade, à filantropia ou ao mecenato, mas direcionadas para a cidadania e representação social (FERNANDES, 2000).

Observa-se que o terceiro setor surgiu desde a antiguidade com a necessidade de ajudar os menos desprovidos de recursos de subsistência, e foi se reformulando com o passar do tempo, buscando atender as necessidades da população com a criação de organizações privadas de fins públicos, sem fins lucrativos, constituídas e mantidas pela participação voluntária que visa captar recursos financeiros e direcioná-los aos projetos criados em prol da necessidade coletiva, dando continuidade às práticas tradicionais da caridade, da filantropia e do mecenato firmando parcerias com o 1º e 2º setores, representadas respectivamente pelo poder público e privado.

2.4 MODELOS DE GESTÃO

2.4.1 Gestão por Competência

A Gestão por Competência surgiu para sanar a questões particulares do contexto empresarial. O modelo pressupõe que a posse de recursos raros, valiosos e de difícil imitação torna a organização com vantagem competitiva. Esses recursos estão inseridos através do conhecimento e das competências das pessoas que trabalham na organização.

Caracterizando-se por ser um modelo de gestão composto pelo fator humano que vem sendo desenvolvido teoricamente, mas ainda pouco disseminado nas organizações brasileiras como ferramenta integrada à estratégia organizacional e à gestão do conhecimento.

A gestão por competências pode ser definida como uma metodologia de orientação empresarial para o mercado e para o cliente, voltada para o aperfeiçoamento integralizado das competências tanto profissional como em relação aos funcionários e equipes. (CARBONE et al. 2006).

De acordo com Brandão; Guimarães (2001 apud BRANDÃO; BAHRY, 2005, p. 180):

A gestão por competências propõe se a orientar esforços para planejar, captar, desenvolver e avaliar, nos diferentes níveis da organização – individual, grupal e organizacional –, as competências necessárias à consecução de seus objetivos.

Deves-se adicionar ao conceito a idéia de que deve haver uma noção de entrega; quer dizer que a competência está interligada à capacidade e disponibilidade de entrega do indivíduo, efetivada a partir da aplicação do estoque de habilidades individuais e organizacionais. No modelo de gestão por competências, é importante frisar o desenvolvimento de competências para o progresso da carreira e para alcançar os objetivos organizacionais. (DUTRA 2001).

Conforme Boterf (1997, p. 22):

O que de fato irá diferenciar a competência de uma empresa ou de uma unidade (divisão, departamento, serviço) não é a competência de seus membros. O diferencial não depende tanto de seus elementos mas da qualidade da combinação ou articulação entre seus elementos.

Fica constatado de acordo com Boterf que o diferencial de uma empresa não é apenas verificado com base na competência individual dos funcionários e sim através do nível percebido na interação e sistemática entre os funcionários que o compõem gerando um acúmulo de competências unidas para almejar um objetivo.

De acordo com Leme (2005, p. 10) “Gestão por Competências é uma ferramenta que veio para auxiliar as empresas a enxergarem o que ela precisa buscar e treinar em seus colaboradores”.

Verifica-se que a Gestão por Competência tem o objetivo de identificar e desenvolver uma equipe de trabalho, entendendo ser este seu maior recurso e principal diferencial de posicionamento no mercado. Através de treinamentos, capacitando e identificando o grau de competência dos funcionários colocando-os para agir tanto individualmente, quanto em grupos para atingir o resultado esperado pela empresa.

2.4.2 Gestão por Desempenho

Durante as últimas décadas, o Estado tem passado a desempenhar um papel chave como produtor de valor público, e tem priorizado a criação de condições para o desenvolvimento e o bem-estar social, além da produção de serviços e da oferta de infra-estrutura. O grau de exigência tem sido cada vez mais contundente pelos cidadãos que exercem o papel de usuários dos serviços, a Gestão Pública tem abordado estes novos desafios com o auxílio da lógica gerencial, isto é, pela racionalidade econômica que procura conseguir eficácia e eficiência através da utilização da ferramenta de gestão por desempenho.

De acordo com (Secretaria de Estado da Administração e dos Recursos Humanos – RN), SEARH, 2008.

É responsável por integrar os diversos componentes do processo de gestão, pois se propõe a interconectá-los para otimizar o seu funcionamento. Se apresenta como uma proposta de cultura organizadora, diretora de gestão, mediante a qual se põe ênfase nos resultados e não nos processos e procedimentos.

Graef (2008, p.14) afirma que Gestão por Resultados:

É a materialização (ou concretização) dos objetivos (qualidade e quantidade). Utilizado como instrumento de medição do alcance das metas. Mede o grau de efetividade no alcance de resultados. Forma de pactuação dos objetivos e metas a serem alcançados, alinhados com os objetivos estratégicos, e responsabilização de dirigentes e servidores pelo seu alcance.

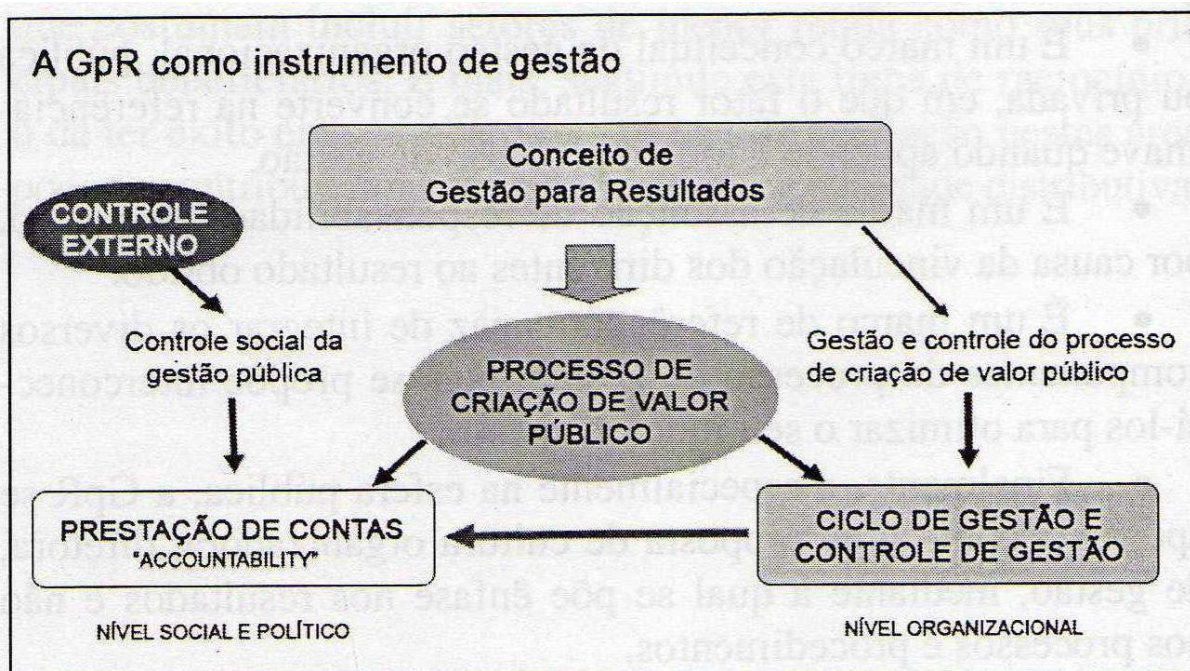


Figura 1: A Gestão para Resultados no Setor Público
 Fonte: SEARH (2008, p. 28)

A gestão pública por resultados foi aperfeiçoada como uma estratégia que começa a partir do planejamento estratégico e vai até o processo de feedback das políticas públicas, podendo ser considerada uma prática de boa governança e desenvolvimento institucional, honrando princípios da distribuição eficiente de recursos públicos e (accountability) que é a responsabilidade com a prestação de contas a instâncias controladoras, conforme afirma (CORRÊA, 2007).

Ficou evidenciado que a gestão por resultados é responsável por aperfeiçoar o desempenho organizacional, o fator resultado é aplicado a todo processo de gestão, permitindo melhor conhecimento, maior capacidade de análise e tomada de decisão aos gestores para se atingir objetivos.

Neste contexto, é possível visualizar a gestão de competências e a gestão de desempenho como novos instrumentos que fazem parte de um mesmo movimento, voltado para oferecer alternativas eficientes de gestão às organizações.

2.5 GESTÃO PÚBLICA: CONCEITO E MODELOS

A Gestão Pública, também é chamada no Brasil de administração pública e através da Reforma do Aparelho do Estado foi concebida com base na perspectiva

de redefinição do papel do Estado e, portanto, pressupõe o reconhecimento prévio das modificações verificadas em suas atribuições ao longo do tempo.

Desse modo, partindo-se de uma perspectiva histórica, verificamos que a administração pública - cujos princípios e características não devem ser confundidos com os da administração das empresas privadas - progrediu através de três modelos básicos: a administração pública patrimonialista, a burocrática e a gerencial.

De acordo com a Presidência da República (1995, p. 3), os modelos de Administração se dividem em:

Administração Pública Patrimonialista – No patrimonialismo, o aparelho do Estado funciona como uma extensão do poder do soberano, e os seus auxiliares, servidores, possuem status de nobreza real. Os cargos são considerados prebendas. A res pública não é diferenciada da res principis. Em consequência, a corrupção e o nepotismo são inerentes a esse tipo de administração. No momento em que o capitalismo e a democracia se tornam dominantes, o mercado e a sociedade civil passam a se distinguir do Estado. Neste novo momento, a administração patrimonialista torna-se uma excrescência inaceitável.

Administração Pública Burocrática – Surge na segunda metade do século XIX, na época do estado liberal, como forma de combater a corrupção e o nepotismo patrimonialista. Constituem princípios orientadores do seu desenvolvimento a profissionalização, a idéia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade, o formalismo, em síntese, o poder racional legal. Os controles administrativos visando evitar a corrupção e o nepotismo são sempre a priori. Parte-se de uma desconfiança prévia nos administradores públicos e nos cidadãos que a eles dirigem demandas. Por isso, são sempre necessários controles rígidos dos processos, como por exemplo na admissão de pessoal, nas compras e no atendimento a demandas.

Administração Pública Gerencial – Emerge na segunda metade do século XX, como resposta, de um lado, á expansão das funções econômicas e sociais do Estado e, de outro, ao desenvolvimento tecnológico e á globalização da economia mundial, uma vez que ambos deixaram á mostra os problemas associados á adoção do modelo anterior. A eficiência da administração pública – a necessidade de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços, tendo o cidadão como beneficiário – torna-se então essencial. A reforma do aparelho do Estado passa a ser orientada predominantemente pelos valores da eficiência e qualidade na prestação de serviços públicos e pelo desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações.

De acordo com Bobbio, (1987 apud MARTINS; PIERANTI, 2006, p. 110):

A expressão administração pública designa o conjunto das atividades diretamente destinadas á execução das tarefas ou incumbências consideradas de interesse público ou comum, numa coletividade ou numa organização estatal.

Para Granjeiro (2003), a definição da administração pública como arte ou como ciência depende dos parâmetros em que é avaliada podendo citar o significado e a ênfase que é atribuída a esses termos, enfatizando sua idéia principal, a ação racional corretamente avaliada para executar determinados objetivos almejados. É projetar para modernizar a realização destes objetivos.

Segundo Meirelles (2003, p. 2):

A administração pública, em sentido formal, é o conjunto de órgãos instituídos para consecução dos objetivos do Governo; em sentido material, é o conjunto das funções necessárias aos serviços públicos em geral; em acepção operacional, é o desempenho perene e sistemático, legal e técnico, dos serviços próprios do Estado ou por ele assumidos em benefício da coletividade.

A administração pública direta é realizada pelos órgãos e entidades da administração pelos próprios meios, compreende: a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

A administração pública indireta é aquela em que o Estado (União, Estados, DF e Municípios) outorga a terceiros (entidades autárquicas, fundacionais, empresas governamentais e entidades paraestatais [sociedades de economia mista, empresas pública]) a realização de serviço público, observadas as normas regulamentares.

Do ponto de vista da Constituição Federal de 1988, abrange: Autarquias, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista, Fundações Públicas.

O projeto da administração indireta surgiu invariavelmente supervalorizada, designada de modo heterodoxo, composta de grande elasticidade e capacidade expansiva, posteriormente alavancou alimentada por fortes estímulos governamentais, com a expectativa de compensar os pontos fracos e distorções da estrutura formal direta e de auxiliar a adequar o Estado às exigências do desenvolvimento. (MARCELINO, 1987 apud NOGUEIRA, 1997).

Conforme abordado acima, percebemos que a gestão pública foi reformulada ao longo do tempo e foi dividido em três modelos, nos quais o capitalismo e a democracia tiveram grande poder de influência, o modelo de gestão patrimonialista foi marcado pela corrupção e nepotismo, já o modelo burocrático que surgiu posteriormente tinha como função pleitear a corrupção e o nepotismo gerado pelo modelo patrimonialista, e através de controles rígidos nos processos

administrativos tinha o objetivo de evitar o surgimento de novos casos de corrupção e nepotismo, já a administração gerencial veio para atender as necessidades do mundo globalizado, atualizando-se ao ritmo do desenvolvimento tecnológico, já que o modelo anterior estava obsoleto, tendo em vista aumentar a eficiência transparecida na qualidade dos serviços oferecidos.

Os três modelos surgiram para um sobrepor às falhas geradas pelo modelo anterior e com novos objetivos para serem alcançados através do desenvolvimento do nível de serviços prestados.

A administração pública ficou definida como um grupo de órgãos ou atividades relacionadas a prestar serviços ao governo direcionados a atender a necessidade do coletivo, seja através da administração direta com serviços prestados por meio de sistemas integrados na estrutura administrativa e também com órgãos descentralizados como no caso da administração indireta que não possui instrumentos claros de alinhamento às políticas de governo, mas surgiram como solução as falhas ocasionadas pelas entidades da administração direta.

2.5.1 Modelo Burocrático

As origens da burocracia, como forma de organização, remontam à Antigüidade. Já existiam estruturas burocráticas no antigo Egito, na China e no Império Romano. Contudo, a burocracia, tal como a conhecemos atualmente, se aperfeiçoou a partir de vários fatores como a fragilidade e parcialidade da Teoria Clássica e da teoria das Relações Humanas que despertaram a necessidade de criar um modelo de organização que contemplasse os comportamentos dos participantes e que fosse aplicável a todo tipo de organização da racionalização do direito, da centralização do poder estatal, da industrialização, racionalidade técnica e da consolidação da sociedade de massas.

Dessa maneira Weber (1964 apud FERREIRA et. al, 1998, p.34), "A teoria burocrática surgiu como um paradigma de gestão, regulada pelas normas e inflexibilidade hierárquica."

A burocracia é uma forma de organização humana que se baseia na racionalidade, isto é, na adequação dos meios aos objetivos almejados, com o propósito de assegurar total eficiência possível no alcance desses objetivos, para Chiavenato (2000).

Para Motta; Pereira (1991, p.23) a Burocracia é definida como:

É o sistema social em que a divisão do trabalho é sistemática e coerentemente realizada, tendo em vista os fins visados, é o sistema social em que há procura deliberada de economizar os meios para se atingir os objetivos.

De acordo com (Ministério da Administração e Reforma do Estado - Mare, (1995 apud COSTA, 2008, p. 865-866):

A administração pública burocrática se caracteriza pela profissionalização, a idéia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade, o formalismo, em síntese, o poder racional legal. Os controles administrativos, visando evitar a corrupção e o nepotismo, são sempre a priori. Parte-se de uma desconfiança prévia nos administradores públicos e nos cidadãos que a eles dirigem demandas.

O modelo burocrático segue preceitos rígidos e disciplinadores para o desempenho eficaz do individuo e da organização. A instabilidade das emoções e os comportamentos aleatórios eram vistos como perniciosos ao bom desempenho empresarial. Foram estabelecidos critérios em diversas etapas ao longo de um processo administrativo, evitando interferência aleatória que causasse falhas, assegurando a integridade e segurança dos procedimentos.

Segundo Weber (1981 apud MAXIMIANO, 2000, p. 62-63), "Organizações burocráticas são como máquinas totalmente impessoais, que funcionam de acordo com regras racionais – regras que dependem de lógica e não de interesses pessoais."

De acordo com a crítica em relação aos modelos burocráticos de gestão. Kanter (1997, p. 63-64), contrapôs à burocracia uma visão prospectiva de ideal organizacional:

A burocracia tende a centralizar-se em cargos, uma vez que a autoridade emana do cargo, e o status ou nível hierárquico é fundamental. A gestão burocrática é orientada para a repetição, buscando a eficiência ao fazer a mesma coisa repetidas vezes.

Apesar de toda imagem negativa perante o modelo burocrático, Max Weber possui uma visão diferente citando a burocracia como uma organização eficiente por excelência de acordo com as características abaixo:

Formalidade	As burocracias são essencialmente sistemas de normas. A figura da autoridade é definida pela lei, que tem como objetivo a racionalidade da coerência entre meios e fins.
Impessoalidade	Nas burocracias, os seguidores obedecem à lei. As figuras da autoridade são obedecidas porque representam a lei.
Profissionalismo	As burocracias são formadas por funcionários. Como fruto de sua participação, os funcionários obtêm os meios para sua subsistência. As burocracias operam como sistemas de subsistência para os funcionários.

Quadro 1: Principais Características das Organizações Burocráticas

Fonte: Maximiano (1995, p 30)

Segundo Maximiano (1995, p.30):

Numa burocracia, a formalidade é um comportamento esperado de cada indivíduo que está subordinado à normas racionais que definem as sanções negativas e positivas associadas à observância ou não desse mesmo comportamento: autoridade, na burocracia, é sinônimo de lei e não de vontade pessoal. A ligação entre o indivíduo e a burocracia é oficial e está registrada em documentos, como um contrato de trabalho ou ficha de matrícula.

Na burocracia a característica da formalidade determina que a autoridade não é uma escolha, e sim uma regra a se seguir para estar de acordo com os parâmetros exigido, o indivíduo sempre estará submetido a um sistemas de normas.

De acordo com Faria (2002, p. 99), “A impessoalidade nas relações é feita em termos de cargos e funções; o poder é impessoal e deriva do cargo.”

Observa-se que o indivíduo empossado em determinado cargo gerencial é um superior perante a lei, definindo a impessoalidade nas relações e o limite de seus poderes dentro dos quais as ordens podem ser dadas e devem ser obedecidas.

Profissionalismo define que uma burocracia oferta a seus ocupantes uma carreira profissional e meios de vida que conseqüentemente tornam-se os meios de subsistência, através de um salário regular em troca da prestação de seus serviços.

A organização escolhe através de qualificações os seus funcionários, que também são aprimoradas por meio de um treinamento especializado. A participação nas burocracias, em geral, tem um caráter ocupacional (MAXIMIANO, 2000).

Embora a expressão organização burocrática seja utilizada de modo depreciativo, para denotar empresas complicadas no seu processo de trabalho e lentas no processo de decisão, através de muito papelório, a burocracia de acordo com os princípios apresentados, apresentou-se adequada e muito adaptada a todos os tipos de organizações.

Pode-se verificar que a gestão burocrática é definida como um conjunto de normas e padrões seguidos numa empresa, se por um lado organiza a empresa, dividindo funções e estabelecendo hierarquias, por outro formaliza em excesso todo o processo, impedindo a inovação e criatividade por estar atrelada totalmente a padrões pré-fixados.

2.5.2 Modelo Gerencial

Diante da crise econômica ocorrida a partir da década de 70, a obsolescência do modelo burocrático, tornando o governo inapto para resolver problemas, a escassez de recursos públicos e o aumento do poder das empresas multinacionais, surgiu o modelo gerencial.

Conforme afirma Souza (2008, p. 3):

O modelo gerencial tem como características: a redução do formalismo, dando uma liberdade maior ao gestor público para este expressar a sua criatividade; a descentralização, buscando o controle de resultados e a horizontalização das estruturas.

O modelo gerencial diminui o excesso de burocracia na execução dos processos, agregando maior autonomia na tomada de decisão por parte dos gestores, utilizando suas próprias ferramentas na busca de um melhor resultado.

Conforme afirma o Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento – (CLAD, 1998, p. 29):

O modelo gerencial tem como inspiração as transformações organizacionais ocorridas no setor privado, as quais têm alterado a forma burocrática-piramidal de administração, flexibilizando a gestão, diminuindo os níveis hierárquicos e, por conseguinte, aumentando a autonomia de decisão dos gerentes – daí o nome gerencial.

Observa-se que o modelo gerencial surgiu após a comprovação da ineficiência e a carga excessiva de burocracia e hierarquia, passando a medir os níveis de desempenho com base no aumento da responsabilização vinculada aos administradores, avaliados pelos resultados efetivamente produzidos.

2.6 POLITICA PÚBLICA: CONCEITOS E ETAPAS

A política pública no Brasil é evidenciada por ainda não conseguir administrar bem os seus recursos públicos e direcionar os bens em benefício de sua população, de maneira a integrar na sociedade os menos favorecidos e desprovidos. O modo como o dinheiro sob forma de impostos deve ser acumulado e de como este deve ser investido, e por fim fazer prestação de conta pública do dinheiro investido em favor da sociedade, entendendo-as enquanto ações públicas que tenta regular e apaziguar problemas públicos e sociais, quer dizer, problemas que surgem no contexto de uma sociedade e que têm impacto social perante toda a população através de suas conseqüências.

A política pública caracteriza-se por ser um aglomerado (cluster) de personagens, instituições, processos de tomada de decisão e resultados, existindo relações diretas com quatro ferramentas de auxílio no processo de elaboração. A gestão precisa dessas relações pode ser contingente devido a constrangimentos ou induções maiores à formação da política. Concluindo que, os personagens políticos e as arenas de política podem não se correlacionar diretamente com os processos decisórios e com os resultados das políticas ao longo do tempo, afirma Labra (1999 apud SILVA, 2000, p. 215).

O estudo das políticas públicas como fins é o estudo das relações de poder, como também de estrutura da vida social, dos padrões relativos à sociedade e da dinâmica da cultura (MEKSENAS, 2002).

Compreendemos as políticas públicas como sendo o conjunto de diretrizes e referências ético-legais adotados pelo Estado para combater um problema pelo qual a sociedade demonstra estar sendo afetada. [...] é a resposta que o Estado oferece diante de um obstáculo vivido ou manifestado pela sociedade (TEIXEIRA, 1997).

Observa-se que políticas públicas são um conjunto de instituições e processos influenciados em suas formulações pela criação de subsídios

direcionados para auxiliar na recuperação de deficiências encontradas no cenário de uma sociedade que necessita de apoio através de programas, projetos ou ações públicas e fazer valer o investimento através do pagamento de impostos. Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações.

As quatro fases ou etapas da política pública são: Construção da agenda; formulação de políticas; implementação de políticas; e avaliação de políticas.

2.6.1 Construção da Agenda

A construção da agenda foi definida como a primeira ferramenta na seqüência das etapas que auxiliam a política pública, com dinâmica na construção de uma agenda, há três pontos importantes a salientar: o primeiro é a disputa decisória, onde fatores com graus variáveis de relevância ganham força de acordo com o interesse dos fazedores da política. A segunda questão diz respeito ao espaço político e temporal de uma gestão e a terceira, à participação social e à democracia.

Desse modo Sampaio; Araújo Júnior (2006, p. 5-6):

Na construção da agenda são estabelecidas as prioridades, definindo-se as ações de rotina e as estratégicas. Nessa definição entram em jogo diversos elementos, desde recursos até pressões sociais. (...) uma vez tendo sido elencados os fatores que permeiam a construção de uma agenda política, é possível centrar a discussão na etapa de formulação, focando os diversos elementos que interferem no mesmo, compreendendo que, na prática, esse ocorre não apenas articulado com a construção da agenda, mas em paralelo à mesma, muitas vezes reformulando-a.

Como foi abordada acima a pressão social é um forte elemento na definição da agenda política, que vai paralelamente estar relacionada com a variação do caráter democrático da gestão pública e com a capacidade de organização popular. Vale frisar que grupos muitas vezes se entrelaçam, como por exemplo, grupos de consultores, pesquisadores e acadêmicos dentro dos partidos políticos, nos movimentos sociais e com acesso à mídia, sendo importantes formuladores de opinião pública.

Conforme afirma Silva (2000, p. 215), “Construção da agenda, é definida como o espaço de constituição da lista de problemas que chamam a atenção do governo e dos cidadãos.”

Fica constatado que a construção da agenda abrange algumas variáveis determinantes no seu processo de elaboração como a pressão social, disputa decisória, o espaço político e temporal de uma gestão que define suas prioridades durante a permanência no poder e altera-se com a troca natural após o período pré-estabelecido, a agenda tem a responsabilidade de priorizar através desses fatores quais possuem maior urgência em busca de uma solução.

2.6.2 Formulação de Políticas

A política caracteriza-se como a comunicação entre sua formulação e sua implementação, ou seja, a interação entre o que se propõe executar e o que se realmente executa. Entre essa comunicação deve surgir a constante avaliação e monitoramento das ações e formulações e reformulações constantes da política. É esse movimento que caracteriza a dinamicidade do processo de construção das políticas públicas e que se amplia a própria concepção de formulação.

Sampaio; Araújo (2006, p. 7), afirmam que:

Pode-se considerar que a formulação da política é aquele momento em que se pensa e define o que será realizado. É um processo teórico, no qual não deixam de estar atrelados interesses políticos, pressão de grupos sociais, disponibilidade de recursos e a própria experiência dos gestores.

De acordo com Silva (2000, p. 215), “Formulação de políticas é a fase de elaboração de alternativas e escolha de uma delas.”

A formulação de políticas públicas constitui-se na fase em que os governos democráticos transparecem seus propósitos eleitorais através de programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no cenário social real.

2.6.3 Implementação de Políticas

Essa ferramenta de auxílio as políticas públicas deve partir do princípio de responsabilidade dos gestores responsáveis pelo cumprimento das metas e objetivos, que tenha uma postura crítica frente ao problema em questão e que compreendam e acreditem na importância de suas ações para o alcance do

resultado esperado. Significa dizer que é importante que o implementador seja sujeito ativo no processo, consciente de suas ações.

Nesse caso Silva (2000, p. 215), “Implementação de políticas, é definida como a fase em que se implantam intenções para obter impactos e conseqüências.”

Sampaio; Araújo (2006, p. 8), definem que:

No processo de implementação também ocorrem disputas, pressão social, interesses individuais dos atores envolvidos, interferências por falta de recursos, entre outros, a partir dos quais são redefinidas prioridades, metas e ações. Para a implementação de uma política é necessário que haja um bom planejamento, com metas e ações bem delimitadas e com definição de prazos, atores responsáveis e recursos necessários.

Vale salientar que é preciso também adequação das ações às conjunturas sócio-políticas e econômicas, e a permanente negociação com a população a qual a é destinada a ação, onde podem ocorrer desacordos e opiniões controversas, visto que, a população possui sua própria linha de raciocínio com bases ideológicas e políticas influenciadas pelos seus interesses particulares.

Fica assim esclarecido que a implementação de políticas é a etapa de pôr em prática, após a formulação, ela deixa de ser teórica para ser vinculada a realização e avaliar seus impactos e conseqüências. Durante o processo como na etapa anterior também ocorre dificuldades como a influência social, e surge um novo problema caracterizado pelo contexto inserido, é a falta de recursos suficientes para a implementação, onde ocorre a redefinição de metas e das ações.

2.6.4 Avaliação de Políticas

Com a necessidade de organizar e definir políticas públicas surgiu à criação de várias etapas que contemplam ferramentas das quais está evidenciada uma que é responsável pela elaboração de projetos e a transformação em programas, avaliando quais metas estão sendo alcançadas, a que custo, quais os processos estão sendo ativados ou não, indicando novos cursos de ação mais eficazes, com uma análise crítica que gera o aperfeiçoamento da política pública.

Tem o objetivo de servir de base para a reformulação e o aperfeiçoamento da política e evitar o risco de transformarem-se em um fim em si mesmo ou em uma forma de legitimar os objetos da avaliação, (...) tornar a avaliação uma atividade sistemática, cujos resultados sejam agregados ao processo

de formulação e implementação de políticas, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos – (CGEE, 2008).

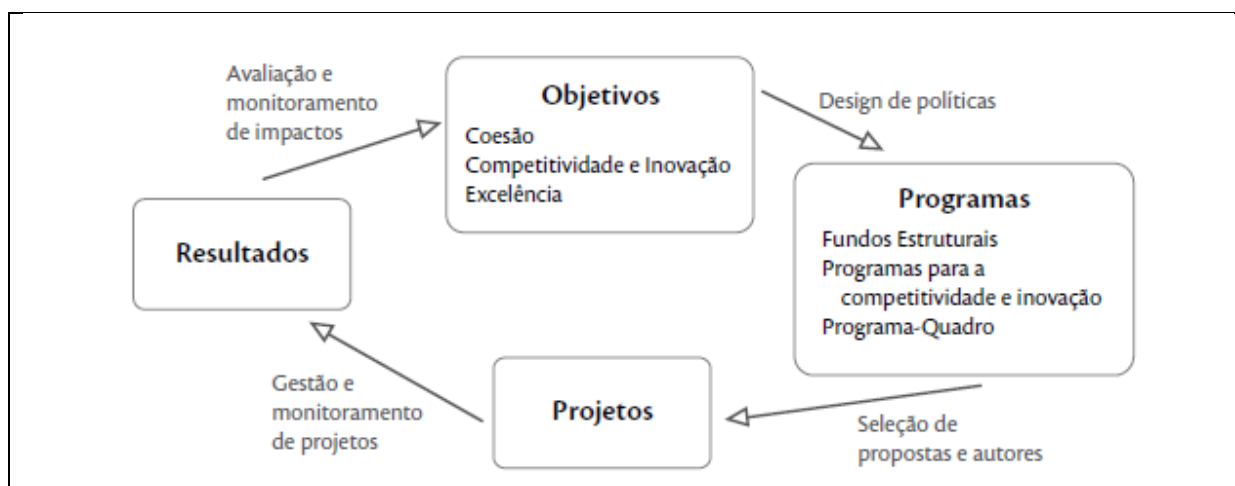


Figura 2: Ciclo de Avaliação de Políticas
Fonte: Brasil (2008, p.188)

“Podemos medir impactos econômicos e sociais apenas se soubermos o que estamos buscando, e isso depende de como definimos esses impactos” (AIRAGHI et al., 1999, p. 10).

Conforme gráfico acima, percebe-se que a medição desses impactos ocorre através de uma avaliação e monitoramento baseado em um objetivo estruturado para criar programas elaborados para gerar projetos. Então a definição desses impactos é gerada através dessas etapas especificamente da definição do projeto.

De acordo com Figueiredo; Figueiredo (1986, p. 110), “Do lado das razões ou motivos que promovem a avaliação de políticas podemos identificar razões morais e razões instrumentais”.

Através da etapa de seleção das propostas para os programas, através dos autores fica evidenciada a implícita influência de razões morais e instrumentais.

Com base em Figueiredo; Figueiredo (1986, p. 108), “Dessa forma, por avaliação política entendemos a análise e elucidação do critério ou critérios que fundamentam determinada política: as razões que a tomam preferível a qualquer outra.”

Vale ressaltar que estas razões têm que ser destacadas, ou seja, devem estar referidas a princípios cuja realização irá, supostamente, auxiliar para uma desejável quantidade e distribuição de bem-estar, (BARRY, 1975).

Verifica-se que a avaliação de políticas analisa e promove uma nova reformulação de políticas públicas, através de uma análise da gestão que envolve a formulação da política definindo novos objetivos baseado em impactos sociais e econômicos e a criação de novos projetos que atendam a esses anseios encontrados no contexto social.

2.7 POLÍTICA SOCIAL: CONCEITO

A expressão “política social” corresponde á expressão “questão social”. Esta significa no século XIX, o conjunto dos problemas vivenciados á consciência da época pela situação do proletariado nas novas estruturas criadas pelo capitalismo industrial. Porém, á medida que a solidariedade operária se organiza e a qualidade de vida do operário melhora, essa antiga definição modifica-se para diversos países, ela abrange um conjunto de problemas observados pela situação do salariado inserido no mundo capitalista com suas intensas disputas.

Conforme afirma Beltrão (1962, p. 153):

Mesmo tomada em sentido restrito a uma classe social, a expressão “política social” pode, portanto, ser concebida de dois modos ou em dois planos diferentes. Podemos entendê-la em curto prazo, isto é, supondo inalterado o quadro capitalista enquanto tal, como um esforço de progressiva melhora da condição operária; ou então, a longo prazo, como ação tendente a substituir o sistema capitalista por outras estruturas econômicas e sociais julgadas mais aptas á promoção do bem-estar geral.

Segundo Teixeira (1985, p. 400):

As políticas sociais tratariam dos planos, programas e medidas necessários ao reconhecimento, implementação, exercício e gozo dos direitos sociais reconhecidos em uma dada sociedade como incluídos na condição de cidadania, gerando uma pauta de direitos e deveres entre aqueles aos quais se atribui a condição de cidadãos e seu Estado.

De acordo com Beltrão (1962, p. 183):

A política social foi definida com um esforço tendente a, em curto prazo, cobrir todas as “necessidades sociais” e, a mais longo alcance, transformar as estruturas econômicas e sociais com o fito de adaptá-las ao bem estar humano.

Constata-se que a política social abrange vários aspectos sociais: com o objetivo de garantir aos cidadãos a implantação e desenvolvimento de políticas que atendam deficiências identificadas pelos cidadãos no contexto social vivenciado, proporcionando o bem estar da sociedade. Percebe-se que ocorre uma crítica em relação ao sistema capitalista que promove desigualdades sociais, e causa maiores dificuldades em objetivar soluções aos problemas sociais.

2.8 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

A importância dos princípios que fundamentaram a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil e a sua relação com a prática das ações governamentais no setor saúde e nas outras políticas públicas que promovem a boa qualidade de vida, consideradas como alternativa responsável pela redução de riscos e agravos para a saúde, possibilitando operar com um bom acompanhamento do Sistema Nacional de Saúde e de seus sub-sistemas Estaduais e Municipais, a partir da verificação do respeito, pelos governantes, dos princípios e diretrizes do SUS, estabelecidos na Constituição Brasileira e na Lei Orgânica da Saúde. Os princípios são um conjunto de proposições que alicerçam ou embasam um sistema e lhe confere legitimidade. Geram uma concepção, direcionando para a efetuação da prática, do objetivo, norteiam a operacionalização e a implementação de ações no serviço público e nos serviços privados de relevância pública.

2.8.1 A Saúde como Direito

O Direito à saúde integra um conjunto de direitos estabelecidos como direitos sociais, que têm como fonte de inspiração o valor da igualdade entre as pessoas. Este direito apenas foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, anteriormente o Estado apenas oferecia atendimento à saúde para trabalhadores com carteira assinada e suas famílias, o restante da população tinha acesso a estes serviços como um favor e não como um direito. Durante a Constituinte de 1988 as responsabilidades do Estado foram reformuladas e acrescentou-se que o Estado possuía o dever de promover a saúde de todos.

Conforme afirma Brasil (2003, p. 61), a saúde como direito:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.

Compreende-se que dos serviços prestados de responsabilidade pública no Brasil, a saúde é considerada essencial para a sobrevivência do ser humano, e deve-se abranger e alcançar toda população sem distinções. Tem que ser tratado como prioridade, pois suas conseqüências são de grande impacto, algumas irreversíveis, para isso através da elaboração de políticas sociais e econômicas ocorrem o planejamento e direcionamento de recursos para reduzir os índices de doenças, pactuando a cada ano níveis ideais para essa redução e promovendo as condições ideais para execução das ações e serviços de saúde.

2.8.2 A Unicidade do Sistema de Saúde

A unicidade surgiu com o objetivo de direcionar as competências e responsabilidades, repartindo-as para vários órgãos, regionalizando e vinculando as três esferas do governo, obtendo maior controle sobre as atividades exercidas por cada órgão, através de registros para que não ocorra o cumprimento de determinada função por mais de uma gestão.

De acordo com Brasil (2003, p. 62), a unicidade do Sistema de Saúde: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada”, com “organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos”.

Pelo princípio da unicidade do sistema, é observado que as ações e serviços de saúde operacionalizados por vários ministérios, institutos, fundações, autarquias e agências, sejam vinculados à administração direta de todas as três esferas de governo, registradas, com as competências dos cargos da gestão direcionando as responsabilidades.

2.8.3 A Universalidade

A universalidade surgiu para garantir o acesso ao atendimento a qualquer cidadão, independente da nacionalidade, condição social e raça, como índios, pessoas carentes e estrangeiros, eles devem ter o direito do atendimento garantido conforme a lei, evitando irregularidades no processo de atendimento nas unidades de saúde que sofrem influência com relação a critérios, como prioridades baseadas em condição social e etnia.

Segundo Brasil (2005, p. 246):

É um dos princípios que orienta o SUS, previsto na Constituição Federal de 1988. Significa que o sistema de Saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo.

Fica patente conforme Brasil (2003, p. 63), a universalidade compõe que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado.”

Trata-se da possibilidade de atenção a saúde para todos os brasileiros, de acordo com a necessidade. Salientando que todas as pessoas, de uma vez só, não utilizam todas as ações e serviços de saúde de um determinado sistema. O que se estabelece é que a administração pública adote instrumentos técnicos de planejamento para que sejam realizados estudos epidemiológicos situacionais e após isso sejam apresentadas propostas definitivas para resolver os problemas existentes que afligem cada comunidade, focando justamente no que necessita, evitando o desperdício de verba e tempo, (BRASIL, 2003).

Verifica-se que o Estado deve atender a todos os usuários, sem distinções ou restrições, com relação à nacionalidade de origem ou raça, garantindo a qualidade no atendimento, sem influências externas que causem distorções no processo ético do atendimento, prejudicando a prestação do serviço a esses usuários. Também fica evidenciado que se deve ser feito estudos epidemiológicos para traçar o perfil de cada região, e focar quais as enfermidades devem ser atendidas e solucionadas com maior urgência, direcionando os investimentos em ações específicas de saúde.

2.8.4 A Integralidade de Assistência

A integralidade da assistência surgiu com o objetivo de promover ações curativas e individualizadas, garantindo ao usuário o acesso a tratamentos de qualquer de complexidade, desde os mais simples de baixa complexidade e de fácil acesso como os com elevados custos caracterizando as de alta complexidade, assim o usuário terá garantia de tratamento para qualquer tipo de enfermidade, desde a que demanda maior tempo e dinheiro até a mais simples de acordo com a necessidade.

Conforme Brasil (2005, p. 129):

É um princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades.

Nesse contexto Brasil (2003, p. 64), a integralidade de assistência é:

Entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. O SUS deve garantir ao cidadão o direito de atenção à sua saúde, desde as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças até os tratamentos especializados e de recuperação, quando exposto a qualquer tipo de doença ou agravo.

Observa-se que a integralidade deve atender o usuário na atenção primária (promoção), secundária (proteção) e terciária (recuperação) à saúde. Onde identificamos a atenção primária como responsável por eliminar ou controlar as causas das doenças ou agravos e fornecer informações, orientações e educação para a população já a secundária é responsável por prevenir riscos e exposições a doenças e a terciária responsável por ações que evitem a morte da pessoa e complicações da doença e reparo de toda a seqüela (dano) deixada por uma doença

Verifica-se que através da integralidade da assistência fica estabelecida a atuação da organização num contínuo processo de atendimento nos níveis de complexidade da atenção. Compreende-se assim, que a integralidade possui uma dimensão que extrapola apenas a ausência de doença ou a existência da organização dos serviços para o atendimento. As necessidades de saúde são

permanentes, pois, estão relacionadas à multifatorialidades e das constantes variações das condições objetivas de vida da população. Tendo assim o Estado através dos serviços prestados se adequarem a essas multifatorialidades.

2.8.5 A Igualdade

A igualdade surgiu para sanar as dificuldades e irregularidades enfrentadas no processo de atendimento nas unidades de saúde que sofriam influência com relação aos critérios, com prioridades e privilégios baseados em diferenciação para com os níveis de desigualdades dos contextos sociais. A lógica deste sistema vale para todos, na medida em que define responsabilidades e competências, que independem das particularidades dos contextos sociais.

Pode-se concluir que Brasil (2003, p. 64), a igualdade compõe: “da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.”

O poder público deve oferecer as mesmas condições de atendimento para todos. O critério determinante para o atendimento é a necessidade dos usuários, por demanda própria ou identificada pelo sistema de saúde e o grau de complexidade da doença ou agravo, abolindo qualquer condição sócio-econômica dos usuários, ou outros critérios particulares para burlar essas condições estabelecidas, (BRASIL, 2003).

Verifica-se que a igualdade é responsável pela eliminação das diferenciações ocorridas no processo de atendimento nas unidades de saúde, evitando constrangimento e prejuízos para os usuários, pela utilização de critérios injustos no processo do atendimento.

2.8.6 A Preservação da Autonomia

A preservação da autonomia é focada na responsabilidade do Estado perante seus usuários quando os mesmos estão utilizando os serviços de saúde, essa responsabilidade abrange a proteção contra qualquer hostilidade que venha a atingir fisicamente e moralmente o usuário.

Com base na proteção e cuidado dos usuários do SUS contra qualquer adversidade, Brasil (2003, p. 66), conclui-se, “A preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”.

Observa-se que a ética dos serviços de saúde deve ser a de proteger e cuidar de seus usuários contra qualquer adversidade, enquanto estiverem em ambiente de competência dos serviços de saúde. Enquanto o usuário estiver sob os cuidados de um estabelecimento de saúde, é de total responsabilidade do Estado preservar sua integridade física e moral.

2.8.7 O Direito à Informação

O direito à informação por parte do Estado é responsável por usar os meios de comunicação de massa para informar a população. Mas normalmente as informações divulgadas são, em geral, parciais, incompletas e limitadas. Com relação a tratamentos e diagnósticos de enfermidades o direito a informação garante o repasse desses dados aos usuários.

Com referência a Brasil (2003, p. 66), pode-se ressaltar, “O direito à informação às pessoas assistidas sobre sua saúde”.

Os usuários do sistema de saúde têm o direito de se informarem sobre tudo o que está ocorrendo com sua saúde, quando estiverem em situação de atendimento ou tratamento. Têm, portanto, o direito de acesso as hipóteses diagnósticas de suas enfermidades, de informação sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico. Possuem também direito de serem orientados da melhor forma e esclarecidos sobre os benefícios a que estão podem recorrer e advertências á respeito dos riscos de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos possíveis de serem adotados em diferentes situações, (BRASIL, 2003).

Verifica-se que o direito a informação garante ao usuário o repasse de dados á respeito de sua saúde solicitada ao médico, sem omissão de nenhum já que o paciente tem o direito de saber tudo a respeito de si, ter consciência do estado de sua saúde, e informa-se a respeito do grau de risco antes de qualquer procedimento, para tomar suas decisões.

2.8.8 A Descentralização

A redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo como o federal, estadual e municipal, surgiu com o objetivo de criar uma maior especialização na definição dos projetos para cada

região atendendo diretamente as necessidades dos usuários através desse repasse para o poder municipal, tornando-os responsáveis pela implementação de ações.

De acordo com Brasil (2005, p. 76):

É o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, estados, Distrito Federal e municípios.

Conforme afirma Brasil (2003, p. 66), a respeito da descentralização dos serviços para os municípios:

Compete aos municípios: (...) organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial; (...) prestar com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

Observa-se que a descentralização da atenção à saúde significa a possibilidade de se elaborarem projetos mais reais e compatíveis com cada realidade, é a probabilidade efetiva da comunidade interferir na concepção do sistema, na sua implementação, em seu funcionamento, na aplicação dos recursos, na avaliação de seus resultados e nos destinos da administração pública.

2.8.9 A Resolubilidade

A resolubilidade surgiu com o objetivo de integrar a rede de assistência composta pelas unidades de saúde e aumentar os níveis de satisfação através da prestação dos serviços com eficiência e maior obtenção de resultados.

Com base em Brasil (2003, p. 67), fica constatada a resolubilidade como: “capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência”.

Este princípio aponta para que o sistema de saúde, que deve ser composto por uma rede de ações e serviços organizados de forma hierarquizada, seja resolutivo. Que seja objetivo para que as suas equipes de trabalho, bem assim

os seus usuários, sejam capazes de identificar a sua utilidade prática e a sua missão institucional no sistema, (BRASIL, 2003).

Verifica-se que a resolubilidade objetiva a organização da rede de saúde responsável pelas ações, com a busca de maiores resultados obtida em todos os níveis de atenção de forma hierarquizada, resolvendo os problemas enfrentados pelos usuários garantindo a qualidade na prestação do serviço.

2.8.10 A Humanização do Atendimento

A humanização do atendimento surgiu diante da necessidade oferecer um tratamento diferenciado aos usuários do SUS, procurando conhecer melhor as necessidades do usuário através do dialogo, identificando com maior precisão as dificuldades enfrentadas pelo usuário durante o processo da prestação do serviço, e fazendo com que ele se sinta num ambiente confortável e receptivo.

Conforme evidenciado em Brasil (2003, p. 68), a humanização do atendimento:

Consiste no atendimento das pessoas que buscam um determinado serviço de saúde, com a decisão de acolher, escutar e dar resposta positiva na solução dos seus problemas de saúde. Implica o compromisso de todos os atores envolvidos no sistema: gestores, trabalhadores, prestadores de serviço e dos próprios usuários. Essencialmente, a humanização do atendimento expressa-se por relações estabelecidas sob parâmetros humanitários, de solidariedade e responsabilidade, que terminam por produzir satisfação pela qualidade dos serviços realizados

Observa-se a responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade com o estabelecimento de vínculo entre as equipes de saúde e a população, a fim de proporcionar um atendimento de qualidade, através do envolvimento humano, compreendendo a necessidade do paciente dando lhe atenção e apoio permanente, valorizando o respeito afetivo ao outro e prestigiando a melhoria na vida de relação entre pessoas em geral.

2.8.11 A Intersetorialidade

A intersetorialidade é um principio responsável pela avaliação e articulação junto aos setores do governo responsáveis pela execução de programas

de alimentação, moradia, saneamento básico, renda, educação, condição de bem-estar físico, mental e social, para promover melhores condições de garantia da saúde da população.

Segundo Brasil (2005, p. 129):

A intersectorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida.

De acordo com Brasil (2003, p. 68), a intersectorialidade:

“INTEGRAÇÃO, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico, com organização dos serviços públicos de modo a EVITAR DUPLICIDADE de meios para fins idênticos”.

Verifica-se que o direito de todos à saúde deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos à saúde. A Lei Orgânica da Saúde define como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais e as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade as condições de bem estar físico, mental e social. Estas ações são planejadas e executadas pelo conjunto de órgãos do governo, com a colaboração do setor saúde, mas com recursos específicos e são consideradas “ações intersectoriais de saúde”.

2.8.12 A Regionalização

A regionalização surgiu com a finalidade de facilitar a gestão do sistema, com a divisão por regiões, favorecendo ações mais localizadas para minimizar os problemas da comunidade. Buscando resolver os problemas locais de cada comunidade.

Segundo Brasil (2005, p. 196-197):

Trata-se de uma forma de organização dos Sistemas de Saúde, com base territorial e populacional, adotada por muitos países na busca por uma distribuição de serviços que promova equidade de acesso, qualidade, otimização dos recursos e racionalidade de gastos.

Conforme afirma Brasil (2005, p. 3):

A Regionalização da Saúde é entendida enquanto um processo de organização das ações e serviços de saúde numa determinada região, visando a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade.

De acordo com Brasil (2003, p. 70), a regionalização é definida:

As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizadas de forma REGIONALIZADA e HIERARQUIZADA em níveis de complexidade crescente.

Observa-se que a regionalização seria uma aliança do setor público com o setor privado na garantia da promoção das ações e serviços de saúde em diversas localidades, garantindo o atendimento ao maior número de usuários, através do critério de atendimento partindo dos serviços básicos como prioritários até os de maior complexidade de acordo com as necessidades individuais dos pacientes, visando maior utilização dos recursos disponíveis e redução de gastos.

2.8.13 A Conferência de Saúde

A conferência de saúde surgiu diante da necessidade de promover eventos com representantes de diversas regiões para avaliar a situação vivenciada pelo sistema público de saúde, discutir dificuldades e propor novas soluções através de diretrizes para a formulação de políticas.

Conforme afirma Brasil (2005, p. 58-59):

São espaços institucionais destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde em níveis correspondentes. São vitais para o exercício do controle social, pois estabelecem diretrizes para a atuação dos conselhos de Saúde nas três esferas de governo. As decisões sobre as políticas públicas de saúde, elaboradas nos conselhos, são expostas durante as conferências, quando é criada uma agenda para sua efetivação.

Dessa forma Brasil (2003, p. 73):

Reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Verifica-se que as Conferências de Saúde devem ser o fórum máximo para o estabelecimento de diretrizes para as políticas de saúde a serem implementadas pela União, pelos Estados e pelos Municípios. A responsabilidade pela implementação do SUS é dos gestores, mas é papel da sociedade definir as diretrizes do Sistema nas Conferências de Saúde, assim como é responsabilidade dos Conselhos de Saúde zelar pelo seu cumprimento e deliberar sobre a implementação dessas políticas em seu nível de atuação.

2.8.14 O Conselho de Saúde

O conselho de saúde foi criado a partir da necessidade de estabelecer junto aos representantes do governo a formulação de novas estratégias e o controle da execução da política de saúde.

Conforme Brasil (2003, p. 73):

Em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Observa-se que a participação da população, por meio dos conselhos, permite sua intervenção na gestão da saúde: é o controle social. Desta forma, os próprios cidadãos podem discutir e direcionar os serviços públicos para atender os seus interesses.

2.9 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: CONCEITO

A assistência farmacêutica no Brasil, nas últimas décadas, se confundiu com a existência da Central de Medicamentos - CEME e as atividades por ela

desenvolvidas, num modelo centralizado de gestão, onde o nível central estabelecia as diretrizes e participava decididamente das suas execuções.

Os novos rumos propostos para o SUS, a trajetória e a situação dos investimentos e recursos destinados às políticas públicas de saúde, a extinção da CEME e o processo de municipalização, dentre outros fatores, apontaram para a necessidade da adoção e implementação de novas estratégias também no campo da assistência farmacêutica.

Segundo Brasil (2006, p.13)

Conjunto de ações voltadas á promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

De acordo com o Ministério da Saúde (2000 apud Scoabar; Gato, 2005, p.[1])

É o Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, envolvendo o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais da saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional dos medicamentos.

A Assistência Farmacêutica constitui um conjunto de ações voltadas para realizar á promoção á saúde, através das etapas de pesquisa, gerenciamento e fornecimento de medicamentos e toda a cadeia que engloba processos indiretos e diretos com o intuito de fornecer medicamentos que atendam as necessidades da população assegurando e garantindo o resultado de todas as fases do tratamento para pactuar a saúde dos usuários através desses serviços.

Assim, a Assistência Farmacêutica é parte fundamental dos serviços de atenção à saúde do cidadão e do direito constitucional à saúde assegurado à população brasileira e só se materializa em sua plenitude mediante acesso ao medicamento com garantia do uso racional e da atenção farmacêutica.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente trabalho se propõe a verificar e traçar o perfil dos usuários de medicamentos através de ação judicial e conseqüentemente os gastos ocasionados, caracterizando também o perfil dos gestores responsáveis pela tomada de decisão, identificando também os principais medicamentos solicitados, objetivando o conhecimento e compreensão do tema proposto, que busca avaliar a eficácia da Gestão Farmacêutica no que se diz respeito aos medicamentos adquiridos através de liminares judiciais.

Ficou constatado que a pesquisa classifica-se por ser descritiva, nesse tipo de pesquisa de acordo com Vergara (2004, p.47), se expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação. Já para Andrade (1998, p. 104) uma das características da pesquisa descritiva é a técnica padronizada da coleta de dados, realizada principalmente através de questionários e da observação sistemática, ainda de acordo com Andrade nesse tipo de pesquisa os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Isto significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador.

Ainda conforme afirma Lakatos; Marconi (1991, p.187), consistem em investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave.

Conforme observado, a pesquisa também se caracteriza por ser exploratória, com base no que afirma Vergara (2004, p. 47) a investigação exploratória é realizada em área na qual a pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Por sua natureza de sondagem, não comporta hipóteses que, todavia, poderão surgir durante ou final da pesquisa.

O caso estudado da Assistência Farmacêutica especificamente no setor de armazenamento dos medicamentos onde não existe um acompanhamento informatizado para controlar a movimentação dos medicamentos, a contagem e a

verificação dos prazos de validade são realizadas através de procedimento manual. Já na visão de Andrade (1998, p. 104), a pesquisa exploratória proporciona maiores informações sobre determinado assunto; facilitar a delimitação de um tema de trabalho; definir os objetivos ou formular as hipóteses de uma pesquisa. Portanto, a pesquisa exploratória, na maioria dos casos, constitui um trabalho preliminar ou preparatório para outro tipo de pesquisa.

O trabalho classifica-se em Estudo de caso, que tem a definição de Martins; Theóphilo (2007 p. 61) da seguinte forma: Trata-se de uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro de seu contexto real (pesquisa naturalística), onde o pesquisador não tem controle sobre eventos e variáveis, buscando apreender a totalidade de uma situação e, criativamente, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto. Mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado – problema de pesquisa -, o Estudo de Caso possibilita a penetração na realidade social, não conseguida plenamente pela avaliação quantitativa.

De acordo com Vergara (2004, p.49) estudo de caso é o circunscrito a uma ou poucas unidades, entendidas essas como pessoa, família, produto, empresa, órgão público, comunidade ou mesmo país. Tem caráter de profundidade e detalhamento. Pode ou não ser realizado no campo.

3.2 DEFINIÇÃO DA ÁREA OU POPULAÇÃO-ALVO DO ESTUDO

O presente estudo trabalhou o universo da pesquisa compreendido pela quantidade de usuários que adquirem mensalmente medicamentos via demanda judicial. Esse universo compreende o número de 98 usuários que iniciaram o processo de aquisição dos medicamentos a partir de 2004 limitando-se até 2008, o ano da análise do estudo.

Desse total, foram analisados para traçar o perfil do usuário, cerca de 30 usuários, representando uma amostra de 37,5%. Caracterizando-se de acordo com Vergara (2004, p.51) uma amostra não probabilística por acessibilidade, longe de qualquer procedimento estatístico, seleciona elementos pela facilidade de acesso a eles.

De acordo com Vergara (2004, p. 50), a população é um conjunto de elementos (empresas, produtos, pessoas, por exemplo) que possuem as

características que serão objeto de estudo. Já população amostral ou amostra é uma parte do universo (população) escolhida segundo algum critério de representatividade.

Para Barros; Lehfeld (1986, p. 105), cada unidade ou membro do universo, denomina-se elemento. Um conjunto de elementos representativos deste universo ou população compõe a amostra. Portanto, a amostra é um subconjunto representativo do conjunto da população.

Para a análise de informações financeiras foi utilizado valores de usuários que estavam com solicitações até o ano de 2008, já para a análise dos usuários, foi utilizado a evolução de requisições que se iniciaram a partir 2004 até 2008.

3.3 PLANO DE AMOSTRAGEM

Conforme a necessidade de obter mais informações com relação aos usuários, foi proposto um recadastramento, através da elaboração de uma nova ficha de cadastro que atenda as necessidades do Setor responsável, que pudesse determinar o perfil do usuário solicitante de medicamentos através de liminar judicial.

Com a elaboração dessa nova ficha e sua institucionalização, iniciou-se o recadastramento, com a presença mensal do usuário para retirada dos medicamentos, foi comunicado a necessidade do preenchimento das informações, deparando-se com dificuldades em relação a essas informações, visto que não somente o solicitante pode retirar o medicamento e sim também familiares com parentesco de 1º grau, que nem sempre estão munidos de todas as informações necessárias para o recadastramento. Assim até o presente momento obteve-se o recadastramento de cerca de 30 usuários aleatoriamente, conforme usuários que apresentaram a documentação necessária.

3.4 PLANO DE COLETA DE DADOS

Com a visita a Assistência Farmacêutica da SMS (Secretaria Municipal de Saúde) localizada no DMP (Departamento de Material e Patrimônio), verificou-se que alguns procedimentos com relação aos usuários, como o controle de recebimento de medicamentos é feito manualmente em fichas inadequadas, com campos a serem preenchidos para controle logístico, sendo utilizadas com desvio de

funcionalidade, com o preenchimento apenas de controle de recebimento mensal por parte dos usuários. Já com relação às informações de valores de medicamentos por usuário, após a determinação judicial, são repassados, para controle do farmacêutico responsável através do preenchimento em planilhas de Excel, obtendo custos com relação ao investimento feito em cada usuário.

Após o levantamento dos resultados serão feitas recomendações à Secretaria Municipal de Saúde através do diagnóstico do impacto financeiro ocasionado pelo excesso de liminares e a análise de falhas em procedimentos administrativos, com pontos a serem observados para a obtenção de maiores informações direcionadas para alterações na tomada de decisão de seus gestores competentes para obter propostas de soluções, pelo qual ocorre o aumento pela aquisição de medicamentos via demanda judicial, e que sirva como fonte de consulta para novas decisões.

3. 5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A entrevista é um procedimento no qual você faz as perguntas a alguém que oralmente, lhe responde. A presença física de ambos é necessária no momento da entrevista.

De acordo com Martins; Theóphilo (2007, p. 86), entrevista, trata-se de uma técnica de pesquisa para coleta de informações, dados e evidências cujo objetivo básico é entender e compreender o significado que entrevistados atribuem a questões e situações, em contextos que não foram estruturados anteriormente, com base nas suposições e conjecturas do pesquisador.

Conforme Roesch (1999, p.142), questionário, é o instrumento mais utilizado em pesquisa quantitativa, principalmente em pesquisa de grande escala, como as que se propõem levantar a opinião política da população ou a preferência do consumidor. O questionário não é apenas um formulário, ou um conjunto de questões listadas sem muita reflexão. O questionário é um instrumento de coleta de dados que busca mensurar alguma coisa.

Contudo, o presente trabalho fez uso da técnica de entrevista estruturada, sendo esta realizada e aplicada a dois gestores responsáveis pelo setor da Assistência Farmacêutica. Também, coletaram-se dados primários por meio da

obtenção de informações e registro em planilhas eletrônicas. Por meio, do cadastramento dos usuários foi utilizado o questionário.

3.6 TRATAMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para Vergara (2004, p.59), os dados podem ser tratados de forma quantitativa, isto é, utilizando-se procedimentos estatísticos. Já os dados de forma qualitativa podem ser codificados apresentando-os de forma mais estruturada e analisando-os.

3.7 CRONOGRAMA DESENVOLVIDO E COMENTÁRIOS SOBRE O PROCESSO DE COLETA DE DADOS

CRONOGRAMA DE COLETA DE DADOS				
ATIVIDADES	ANO 2009			
	MÊS			
	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Análise dos Percentuais da Amostra	x			
Elaboração do Projeto da Coleta de Dados		x		
Coleta de dados			x	
Digitação dos Dados Coletados				x
Descrição/ Tabulação				x
Análise dos resultados				x

De início percebeu-se que o setor não possuía nenhum controle de entrega de medicamentos através de um sistema informatizado, deparou-se com procedimentos manuais, onde dificultou a coleta de dados com a ausência de um suporte informatizado que se agiliza uma consulta ao histórico de um paciente em relação a custos e informações pessoais e jurídicas, ficando limitado a experiência e conhecimento do farmacêutico em relação aos usuários, já que alguns deles buscam medicamentos mensalmente há cerca de 4 ou 3 anos.

O prazo do cadastramento dos usuários foi limitado a cerca de 6 semanas, de acordo com o prazo de entrega do projeto, no início da fase de coleta, foi cogitado a possibilidade de obtenção de dados independente de uma ficha elaborada para ser institucionalizada, em acordo com o farmacêutico responsável foi elaborado uma ficha para suprir as necessidades do setor e substituir a antiga ficha.

Já os dados qualitativos, após o envio pelo farmacêutico responsável, foram feito uma triagem e formulação de dados estatísticos representativos com a realidade do investimento e evolução através dos anos em relação a usuários que aderem a esse tipo de procedimento para garantir mensalmente o recebimento de medicamentos.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados coletados através da pesquisa estão representados na pesquisa descritiva a seguir e foram distribuídos de acordo com os objetivos específicos da proposta de estudo e classificados em dados informativos sobre o perfil dos usuários, e também representados na pesquisa exploratória de dados avaliativos, através de entrevista, ocorrendo questionamentos a respeito da gestão, com a finalidade de conhecer melhor os gestores responsáveis e a tomada de decisão, no que abrange a Assistência Farmacêutica da Secretária Municipal de Saúde.

4.1 DADOS INFORMATIVOS SOBRE O PERFIL DOS USUARIOS DE MEDICAMENTOS ATRAVÉS DE AÇÃO JUDICIAL

4.1.1 Sexo

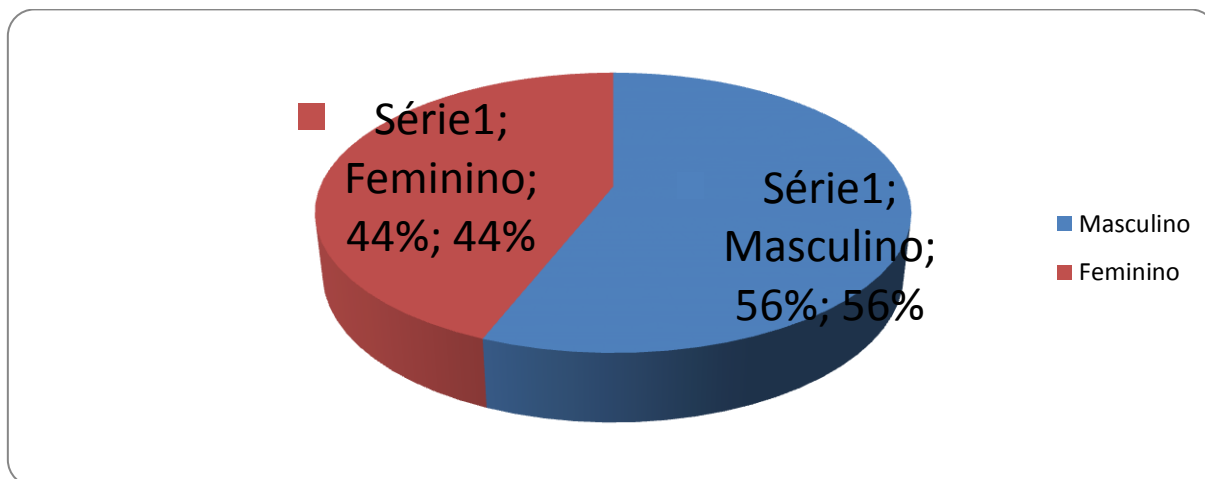


Gráfico 1: Percentual de usuários de medicamentos solicitados via ação judicial no ano de 2008, segundo sexo. Natal/RN
Fonte: Dados de pesquisa (2009)

O gráfico 1 representa que pouco mais da metade dos usuários solicitantes são do sexo masculino representando 56% da população, já o sexo feminino é constituído de 44%.

4.1.2 Faixa Etária

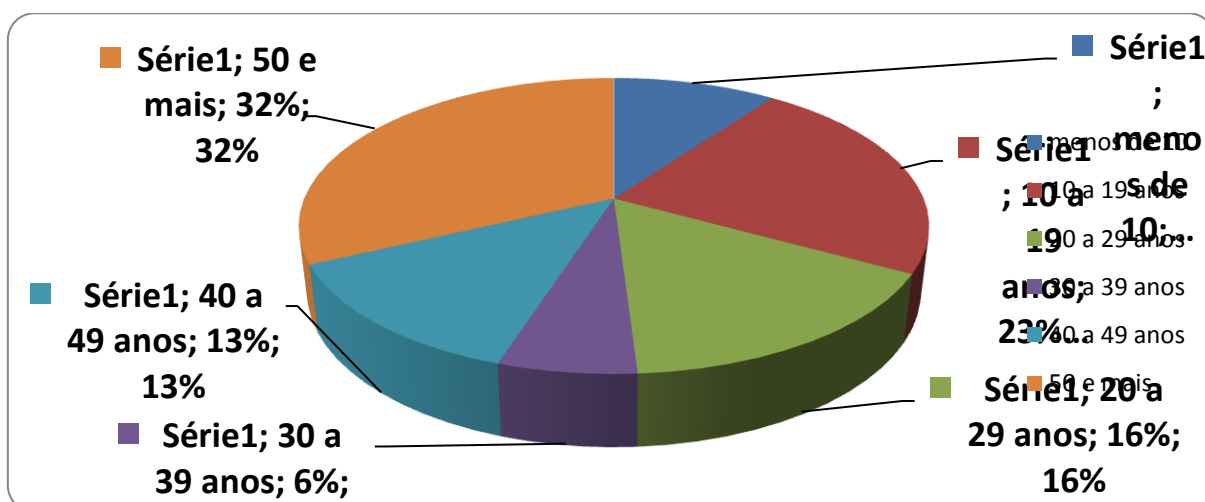


Gráfico 2: Percentual de usuários de medicamentos solicitados via ação judicial no ano de 2008, segundo faixa etária. Natal/RN.
Fonte: Dados de pesquisa (2009)

Analisando o gráfico 2, percebe-se que os usuários que buscam medicamentos via ação judicial possuem idade que varia de 7 anos até 75 anos, sendo os grupos formados por usuários entre 10 e 19 representados por 23% e usuários a partir de 50 anos representados por 32%, os que possuem maior frequência na retirada de medicamentos.

4.1.3 Grau de Escolaridade

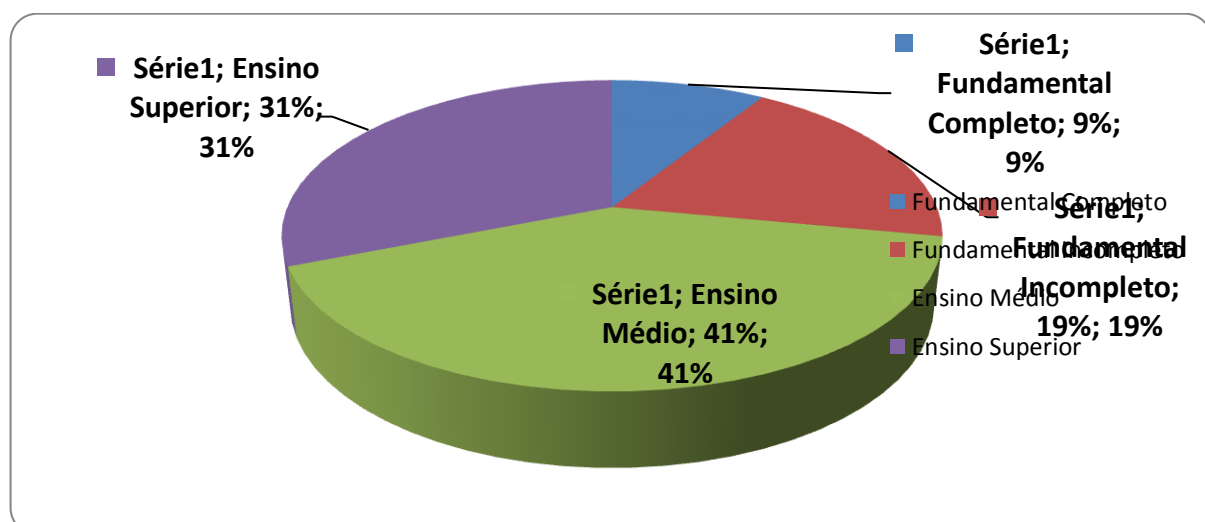


Gráfico 3: Percentual de usuários de medicamentos solicitados via ação judicial no ano de 2008, segundo escolaridade. Natal/RN.
Fonte: Dados de pesquisa (2009)

Através do gráfico 3, verifica-se que 41% dos usuários possuem o grau de escolaridade equivalente ao Ensino Médio, sendo bastante expressivo, com relação aos percentuais dos outros níveis de escolaridade, representados logo em seguida por 31% equivalentes ao Ensino Superior, já equivalente ao Ensino Fundamental Incompleto, ficou estabelecido o percentual de 19%, e apenas 9% dos usuários possuem o ensino Fundamental Completo.

4.1.4 Região de Residência

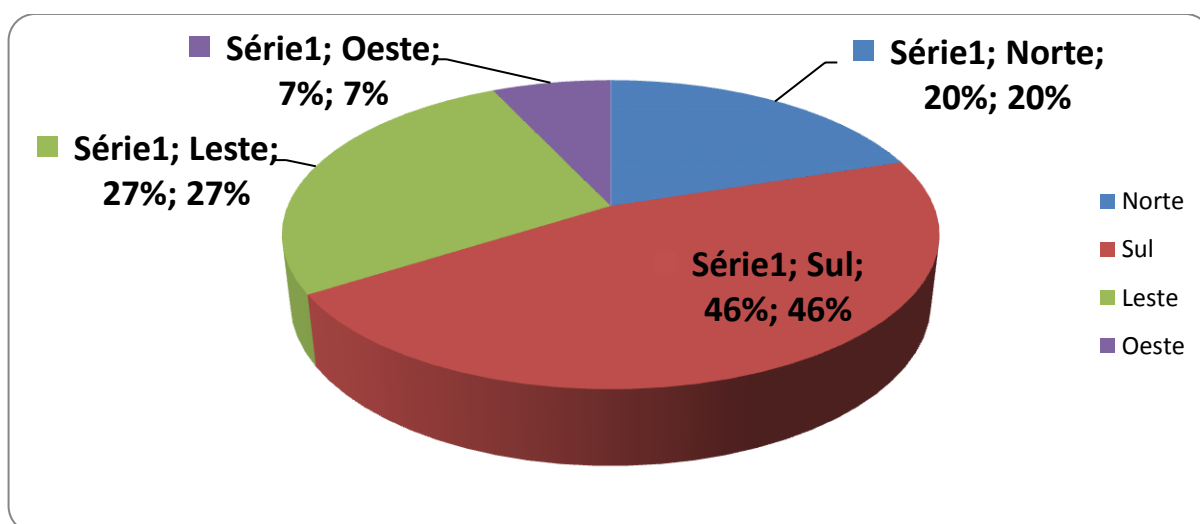


Gráfico 4: Percentual de usuários de medicamentos solicitados via ação judicial no ano de 2008, segundo região de residência. Natal/RN.
Fonte: Dados de pesquisa (2009)

Através do gráfico 4, diagnostica-se o valor equivalente a 46% dos usuários residentes na Região Sul, como a região com maior percentual de usuários residentes, em seguida a Região Leste é representada por 27% dos usuários residentes, já a Região Norte possui 20%, como região de residência dos usuários e apenas 7% dos usuários residem na Região Oeste.

4.1.5 Tipo de Moradia

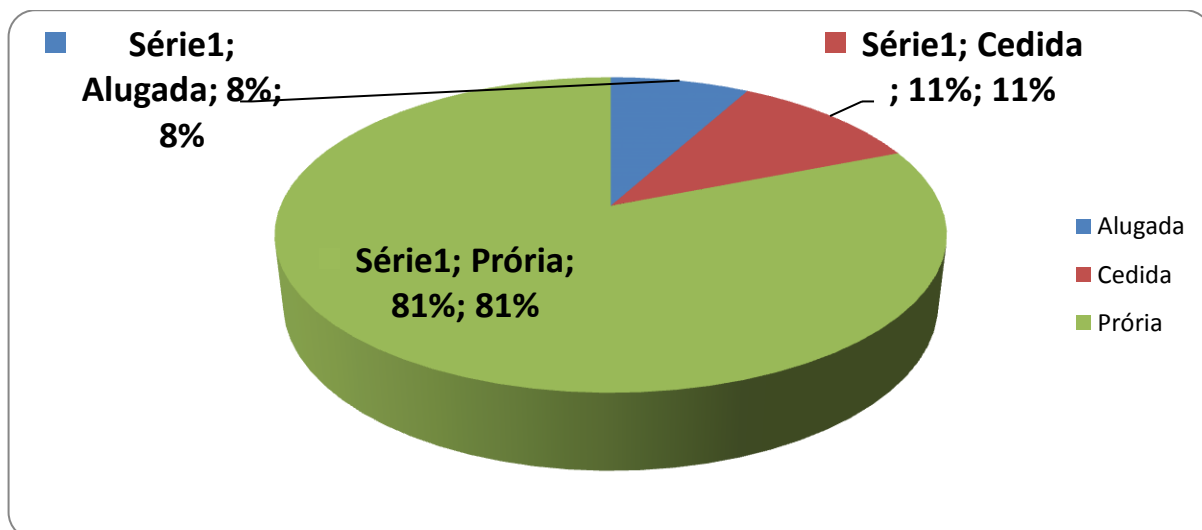


Gráfico 5: Percentual de usuários de medicamentos solicitados via ação judicial no ano de 2008, segundo moradia. Natal/RN.

Fonte: Dados de pesquisa (2009)

Baseado no gráfico 5, quase a totalidade dos usuários possuem residência própria, representados por 81% do tipo de moradia, já a representatividade de usuários com residência cedida ficou estabelecida em 11%, e apenas 8% informaram a opção de moradia alugada.

4.1.6 Renda Familiar

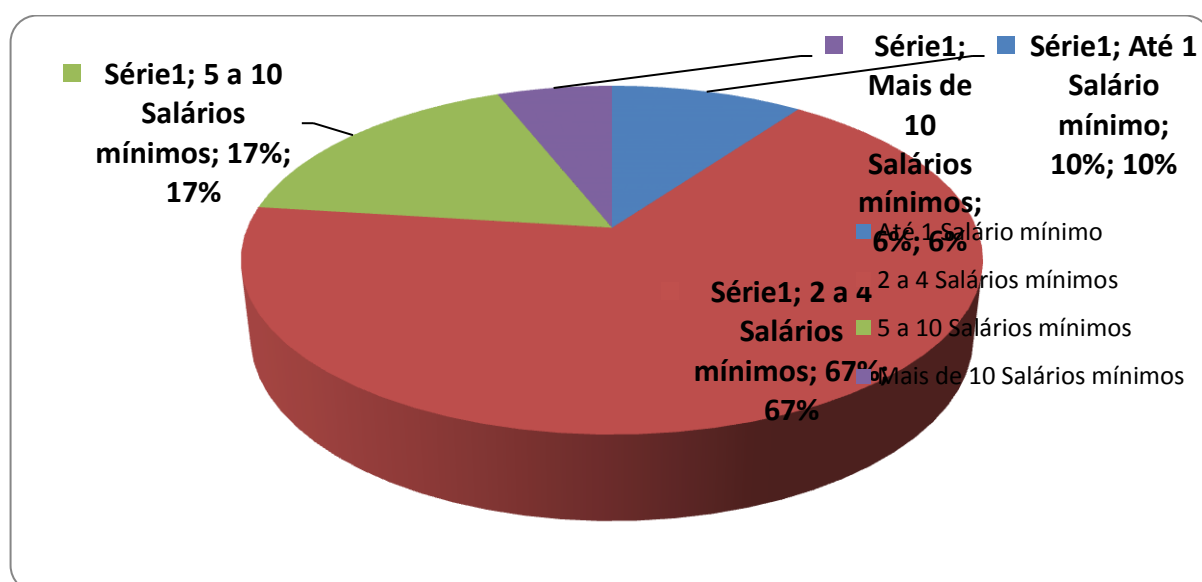


Gráfico 6: Percentual de usuários de medicamentos solicitados via ação judicial no ano de 2008, segundo renda familiar. Natal/RN.

Fonte: Dados de pesquisa (2009)

Conforme o gráfico 6 demonstra, existe uma grande parcela dos usuários com renda familiar entre 2 e 4 salários mínimos, evidenciados por 67%, já os usuários que possuem renda entre 5 e 10 salários mínimos são compostos por 17%, já os usuários que possuem uma renda superior a 10 salários mínimos foram identificados pelo percentual de 6%, e apenas 10% informaram uma renda de até 1 salário mínimo.

Com base nos dados informados e analisados para definir características dos usuários solicitantes de medicamentos através das liminares judiciais, ficou definido que o sexo masculino prevalece com um percentual pouco superior ao feminino, já a faixa etária definiu que o maior número de usuários está acima de 50 anos, mas vale ressaltar que a faixa etária composta por usuários entre 10 e 19 anos, caracteriza nesse quesito, também um percentual significativo de usuários, já a faixa etária que possui menos usuários solicitantes é a composta de 30 a 39 anos,

Com relação ao grau de escolaridade, foi constatado um grande percentual de usuários que possuem o Ensino Médio, tomando como base de avaliação às outras variáveis nesse quesito, também com um percentual elevado foi registrado usuários com o Ensino Superior.

Ficando evidente através dessa análise que um número considerável de usuários possui um grau de escolaridade condizente ao acesso a fontes de informações que proporcionam esclarecimento para com seus direitos perante o SUS, para como pleitear seu acesso aos medicamentos.

Através do diagnóstico proporcionado com as variáveis de região de residência, foi evidenciado que a localidade que possui maior número de usuários é a Região Sul, caracterizando uma região que possui bairros com população de maior poder aquisitivo e maior acesso a serviços públicos, como saneamento, transporte e saúde. Respectivamente a Região Norte é a segunda com mais usuários residentes, com um número considerado bem menos expressivo em relação à Região Sul, em seguida foi informado a Região Leste, e com menos usuários residentes foi constatado a Região Oeste.

Considerando o levantamento feito para definir o tipo de moradia, ficou constatado o percentual de 81%, referente a usuários que possuem residência própria, agregando esse valor a usuários que possuem estabilidade de recursos financeiros, já usuários que residem em moradias cedidas representam 11%, e apenas 8%, residem em moradias alugadas.

Para com a análise baseada na renda familiar, constatou-se que o número de usuários que possuem apenas renda equivalente até 1 salário mínimo é bastante irrisório, sendo constatado a renda que mais foi informada correspondente de 2 a 4 salários mínimos, e a que menos foi registrada representada pela renda de mais de 10 salários mínimos.

4.2 DADOS AVALIATIVOS DOS VALORES FINANCEIROS INVESTIDOS NA COMPRA DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS	RESULTADOS
Número de usuários em 2008	98 usuários
Quantidade de medicamentos diferentes solicitados - 2008	152 medicamentos
Medicamentos MAIS procurados - 2008	Insulina , principalmente a insulina Lantus. O medicamento foi solicitado por 53 pessoas que corresponde a 54,08%
Medicamentos mais CAROS em 2008	Dos medicamentos solicitados o Velcade 3,5 mg é o mais caro e custa R\$3.935,51. os medicamentos: Teriparatida R\$ 1.672,05 , Temodal 250 mg R\$ 1.392,64 e Zometa R\$ 1.389,98
Medicamentos mais BARATOS em 2008	Furosemida 40 mg , Digoxina 0,25 mg, Enalapril 10 mg, Glibenclamida 5 mg, Imipramina 25 mg, Metformina 500 mg e Prednisona 5 mg que custam de R\$0,02 a R\$0,03
Custo mensal com medicamentos (total) em 2008	71.848,09
Custo mensal máximo com medicamentos por pessoa em 2008	10.196,40
MATERIAL	
Materiais mais solicitados	Fitas para glicozímetro(7.020 unidades), lancetas(5.825 unidades), agulhas e seringas
Custo mensal máximo com medicamentos e materiais por pessoa - Máximo	10.196,40
Custo mensal máximo com materiais por pessoa	970,40
Custo mensal com materiais (total) em 2008	22.377,20
GERAL	
Custo mensal com medicamentos e materiais em 2008	94.225,29

Quadro 2: Valores utilizados na compra de medicamentos e quanto a frequência de utilização desses medicamentos.

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor (2009)

A tabela 1 representa informações acerca da análise financeira dos medicamentos e seus respectivos preços obtendo uma média total entre os usuários

solicitantes em 2008. Através do levantamento dos medicamentos investidos nos usuários, obteve-se, a totalidade de 98 usuários regulares.

Foi realizada uma análise detalhada, através de registros do setor em planilhas eletrônicas, para com valores quantitativos do elenco de medicamentos fornecidos através dessas liminares no ano de 2008, totalizando 152 tipos de medicamentos. Também foram analisados quais medicamentos possuem mais solicitações, sendo constatado o medicamento Lantus, utilizado no tratamento da Diabetes Mellitus, como o mais solicitado, correspondente a 54,08% de todos os medicamentos requisitados, composto por 53 usuários.

Com relação ao impacto financeiro, foi analisado quais medicamentos acarretam maiores custos para a SMS, dos medicamentos solicitados o Velcade 3,5 mg é o mais caro e custa R\$3.935,5. O medicamento Teriparatida custa R\$ 1.672,05, já Temodal 250 mg custa R\$ 1.392,64 e Zometa custa R\$ 1.389,98.

Os medicamentos que representam menor valor financeiro são inicialmente o Furosemida de 40 mg, o Digoxina 0,25 mg, o Enalapril 10 mg, o Glibenclamida 5 mg, o Imipramina 25 mg, o Metformina 500 mg e Prednisona 5 mg que custam de R\$0,02 a R\$0,03.

Foi realizada, uma análise para definir os custos mensais acarretados pelas solicitações, totalizando um valor de R\$ 71.848,09 com medicamentos.

Foi examinado também o custo mensal máximo individual por cada usuário, obtendo o valor de R\$ 10.196,40.

Em relação aos materiais utilizados paralelamente no tratamento das enfermidades, verificou-se que os mais solicitados são: Fitas para glicozímetro (7.020 unidades), lancetas (5.825 unidades), agulhas e seringas.

Através do estudo baseado nos usuários solicitantes em 2008, o custo mensal máximo com medicamentos e materiais por usuário ficou estabelecido em R\$ 10.196,40.

Já, apenas o custo mensal máximo com materiais por usuário, foi identificado pelo valor de R\$ 970,40.

Foi realizado, com fundamento nos dados obtidos, o custo mensal com materiais abrangendo todos os usuários durante o ano de 2008, sendo constatado o valor de R\$ 22.377,20.

Representado pelos custos de medicamentos e materiais constatados e analisados, verifica-se o somatório de R\$ 94.225,29 mensais.

Com o levantamento feito junto aos valores de medicamentos utilizados pelos usuários, foi realizada uma análise para evidenciar e totalizar por meio de critérios avaliativos, ratificando informações acerca dos usuários paralelos as solicitações de medicamentos individuais, evidenciando os custos com o objetivo de impactá-los, e esclarecê-los quanto ao crescente de solicitações acarretando elevados custos para a SMS.

Através da análise, foram separados apenas usuários que recebem medicamentos através de liminar judicial, limitando-se ao ano de 2004 quando se deu início a tal processo, até o ano de 2008, que possui informações consolidadas quanto a usuários requerentes e regulares, com a busca mensal dos medicamentos.

Munido de informações de medicamentos que atendem a diversas patologias diagnosticadas, foi constatado o número de 152 tipos de medicamentos, sendo a insulina Lantus a mais requisitada, avaliando através desse resultado, como o medicamento que acarreta maior pedido de compra mensal, ressaltando também que a patologia que faz uso desse medicamento, caracteriza-se pelo uso diário, sendo necessária uma quantidade elevada tanto do medicamento quanto de materiais que auxiliam no procedimento de aplicação.

Assim foram identificados quais medicamentos possuem maiores custos, como o Velcade 3,5 mg no valor de R\$ 3.935,51, onde ocorre o abastecimento e distribuição regular desse medicamentos que não é classificado na lista de medicamentos básicos e essenciais do RENAME, descaracterizando essa distribuição pelas atribuições de competência relacionadas a gestão Municipal.

Em contrapartida, averiguam-se solicitações de medicamentos de baixo custo, com valores irrisórios, constatando que entre todos os medicamentos solicitados, existem grande variações de preço, e que independente do preço, o usuário solicita-os, descaracterizando solicitações apenas de medicamentos de médio e alto custo.

Com esses valores compactuados, foi elaborada uma análise definindo o custo mensal com medicamentos de 2008 em sua totalidade, no valor de R\$ 71.848,09, sendo composto de medicamentos com variações preços, desde medicamentos essenciais ate medicamentos excepcionais e estratégicos.

Acarretando dificuldades para se adquirir essa variedade de medicamentos, com prazo mínimo estabelecido judicialmente, e valores que geram

difículdade de direcionamento imediato para essas aquisições, visto que não existe programação nem planejamento para esses gastos.

Através da análise em prol de definir o custo mensal máximo com medicamentos por pessoa, ficou estabelecido o valor de R\$ 10.196,40, com esse diagnóstico, verifica-se o alto custo por usuário para se adquirir os medicamentos solicitados judicialmente.

Simultaneamente com a aquisição de medicamentos, ocorre também a necessidade de solicitações de materiais, que auxiliam no procedimento de aplicação dos medicamentos no caso de algumas patologias, e solicitações apenas de material, sendo avaliado o custo mensal máximo com materiais por pessoa em R\$ 970,40, e o custo mensal total de materiais ficou definido em R\$ 22.377,20.

Foi apurado com o final da análise baseada em critérios de rateio por valores de medicamentos, quantitativo de liminares por medicamentos mais solicitados, um custo total mensal com medicamentos e materiais em 2008, de R\$ 94.225,29.

4.3 NÚMERO DE USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS VIA AÇÃO JUDICIAL. NATAL/RN - 2004/2008.

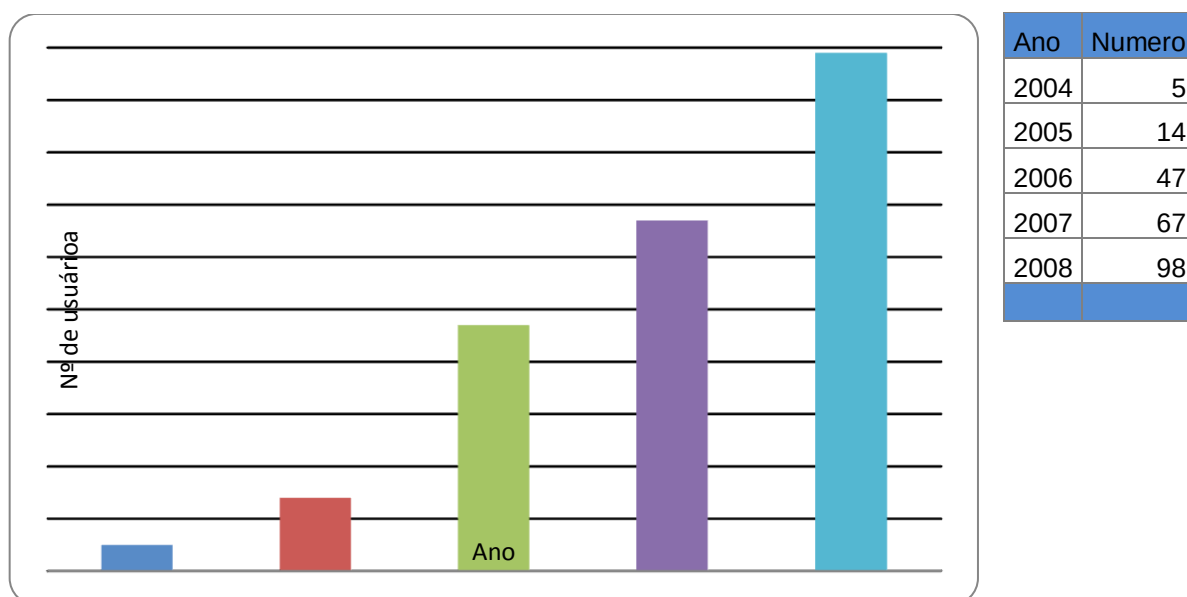


Gráfico 7: Fluxo evolutivo das solicitações judiciais de 2004 até 2008.
Fonte: Pesquisa realizada pelo autor (2009)

Verificou-se que no ano de 2004, apenas 5 usuários, solicitaram medicamentos por meios judiciais, já em 2005 ocorreu um aumento, totalizando 14 usuários. A partir de 2006 esse aumento iniciou uma alavancagem, com um total de adesão de 47 usuários, respectivamente esse aumento prosseguiu no ano de 2007, com o acréscimo de liminares acarretando 67 usuários. No ano de 2008, essa evolução, tornou-se mais evidente e numerosa com expressivos 98 usuários requerentes de medicamentos via ação judicial.

Esse diagnóstico retrata que constantes falhas, com relação ao fornecimento de medicamentos pela Rede Básica, vem se acentuando ao longo desse período, já que muitos usuários, ao ter conhecimento do direito ao acesso ao medicamento baseado na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, reivindicam, judicialmente esse acesso, constatando a patologia que requer o uso do medicamento em questão.

Essa reivindicação deve ao não cumprimento do poder público municipal em fornecer medicamentos básicos regularmente, nos postos de saúde, com quantidade necessária para atender a população e dispondo de todo o elenco de medicamentos, dispostos no RENAME, tendo autonomia para adequar as listas de acordo com as características epidemiológicas de cada região visto que seu objetivo é de prevenção e promoção à saúde, evitando a evolução de enfermidades para quadros clínicos mais complexos, que caracterizam medicamentos excepcionais e estratégicos. Medicamentos de alto custo conforme a renda familiar do paciente também se caracteriza solicitações judiciais.

Dessa forma, ao longo dos 4 anos para análise do estudo, verificou-se que vertiginosamente essas solicitações vem aumentando, através do esclarecimento da população com relação ao acesso do medicamento por meio de determinações judiciais, caracterizadas pelo acesso imediato, em curto prazo ao medicamento. Através do qual as três esferas competentes são intimadas para providenciar esses medicamentos. Assim, de acordo com a patologia o usuário garante mensalmente o acesso aos medicamentos, sem maiores transtornos, como os ocasionados por falhas de distribuição nos postos de saúde.

4.4 DADOS INFORMATIVOS: PERFIL DOS GESTORES-FARMACEUTICOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Por meio da pesquisa qualitativa, foram levantados dados relevantes a respeito do perfil dos farmacêuticos responsáveis pela tomada de decisão, questionando falhas no processo de controle desses medicamentos, quanto a compra, dispensação e seus custos, acarretados aos cofres da SMS.

4.4.1 Definição de Cargo, Função, e Formação Acadêmica

Os dois entrevistados José Wilker Almeida Câmara e Cícero Marques Neto possuem função de farmacêuticos da Assistência Farmacêutica no DMP (Departamento de Material e Patrimônio) da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, José Wilker cumprindo função de auxiliar de farmácia e Cícero na função de assessoria dos processos para aquisição de medicamentos e definição de necessidade de compra, ambos são graduados pela UFRN, como farmacêuticos bioquímicos.

4.4.2 Definição de tempo de atuação na Gestão Pública e no Setor da Assistência Farmacêutica

Ambos farmacêuticos iniciaram suas funções, na Assistência Farmacêutica, José Wilker há 3 anos e Cícero há 4 anos.

4.4.3 Participação na tomada de decisão para com usuários de medicamentos solicitados através de liminares judiciais.

Através da tomada de decisão dos gestores competentes, com sua participação freqüente nos processos que envolvem métodos avaliativos e escolha para como agir, de acordo com o contexto inserido o farmacêutico José Wilker cita sua participação como:

Decisiva, já que estou na ponta do serviço lidando diretamente com o paciente, podendo a partir de suas necessidades, solicitar a compra do medicamento que, de fato, este necessita.

Cícero analisa sua participação como:

Importante, já que sou responsável pela avaliação e análise das liminares judiciais, comunico a necessidade quantitativa e a solicitação de compra do medicamento.

Conclui-se que ambos possuem papel fundamental, visto que Wilker está em contato direto com o usuário, identificado instantaneamente, necessidades e alterações com relação à prescrição dos medicamentos, evitando a continuidade de entregas irregulares e orientando os pacientes a agir judicialmente da maneira correta para corrigir falhas nas solicitações desses medicamentos. Já Cícero possui a função de analisar o pedido solicitado nas liminares, comunicar para outros setores competentes, responsáveis pela regularização e compra desses medicamentos e avaliar a necessidade quantitativa da compra que atenda a necessidade do paciente, sendo determinante também para argumentar através das liminares a justificativa da compra, com relação aos custos financeiros que irão acarretar durante o tratamento daquele paciente.

4.4.4 Motivos pelos quais pacientes com patologia crônica, não são incluídos no planejamento do orçamento anual

Através de levantamento junto aos medicamentos solicitados, verificou-se que muitos usuários solicitantes buscam mensalmente, durante alguns anos o mesmo medicamento com mesmas dosagens, abordando o seguinte questionamento, o farmacêutico José Wilker cita:

Via de regra, há no serviço público tratamento para as principais patologias crônicas que acometem a população. Entretanto, estes são tratamentos obsoletos, ultrapassados que, por serem mais baratos acabam sendo os de escolha pelos gestores. Os tratamentos mais modernos e eficazes, são onerosos o que torna-os praticamente inviáveis para o financiamento público. Portanto, estes pacientes para terem seu tratamento custeado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) acionam a justiça que, obriga o SUS a arcar com os custos do tratamento.

Conforme a opinião de Cícero:

Esses medicamentos caracterizam-se por não estar adequadamente classificados no elenco disponível, de medicamentos básicos ou estratégicos, não se enquadrando na responsabilidade de fornecê-

los por competência Municipal ou Estadual, tornando-se provenientes de solicitações judiciais.

De acordo com as opiniões acima mencionadas, verifica-se que a desatualização com relação aos medicamentos fornecidos de acordo com o grau de eficiência em tratamentos e a constante atualização pela indústria farmacêutica faz com que o paciente ao procurar o tratamento pelo serviço público de saúde, se depare com a falta desses medicamentos, ocasionando a busca pelos medicamentos mais eficientes através de liminares judiciais, constatando a falta de recursos públicos em adquirirem esses medicamentos através de processo licitatório e incluí-los na previsão do planejamento orçamentário anual.

4.4.5 Comissão de avaliação para com os protocolos clínicos de controle com relação ao uso indiscriminado de medicamentos

Através do acesso a informações de usuários com relação à lista de medicamentos solicitados e a patologia, diagnosticou-se a necessidade de um acompanhamento com reavaliações clínicas periódicas quanto ao prazo de fornecimento desses medicamentos relacionado ao prazo do tratamento solicitado, diante dessa análise, o farmacêutico José Wilker afirma que:

Não. Esse era um serviço que deveria ser feito pelo Setor de Assistência Farmacêutica desta Secretaria, porém, devido à falta de recursos materiais, estruturais e, principalmente humano, não temos condição de avaliar sequer se as prescrições estão coerentes.

Conforme opinião de Cícero:

Não existe esse acompanhamento, a única exigência que caracteriza-se como controle para o recebimento dos medicamentos é a atualização da prescrição médica num prazo a cada 3 meses. Essa reavaliação deveria existir através de uma equipe Multidisciplinar formada por médicos, farmacêuticos e nutricionistas.

Após colher as informações constatam-se falhas nos processos de controle clínicos administrativos para com os recebimentos de medicamentos, visto que, não ocorre uma reavaliação por parte de uma equipe da Assistência Farmacêutica, quem determina a continuação do prazo de recebimento dos medicamentos é o médico que prescreve a receita do paciente, sendo assim, confere-se superficialmente, sem uma análise mais minuciosa, e o recebimento dos medicamentos através desse critério, continua sendo fornecido.

4.4.6 Abastecimento da Rede Básica, conforme demanda programada ou aleatória

Com base em que critérios são programados e ordenado o pedido de compra dos medicamentos que irão abastecer os postos de saúde, com base em estudos epidemiológicos, na quantidade de usuários por região da cidade, com base nessas atenuantes, José Wilker afirma:

As compras da Rede Básica são feitas, anualmente, por meio de pregão presencial ou eletrônico de acordo com demanda do ano anterior, via de regras acrescida de 25%, baseada em uma padronização ultrapassada.

De acordo com Cícero:

As compras são programadas, a medida que se baseia na demanda do ano anterior, mas o consumo não é estabelecido de forma correta já que o Departamento não possui um sistema informatizado que controle o fluxo de entrada e saída de medicamentos, minimizando também desperdícios com vencimento de prazos de validade de medicamentos.

Assim constatam-se falhas no procedimento de gerenciamento na compra dos medicamentos, com base em procedimentos obsoletos que não avaliam de forma eficiente a real necessidade de compra de medicamentos, acarretando, falta desses insumos, já que não existem ferramentas de apoio para estabelecer critérios de medição para com valores quantitativos de medicamentos adquiridos anualmente.

4.4.7 Relação da Assistência Farmacêutica Municipal, e outros órgãos públicos responsáveis pela saúde no Estado, tendo em vista, medicamentos excepcionais e estratégicos

Conforme responsabilidades, ratificadas entre esferas de gestão públicas de saúde para com o abastecimento de medicamentos para a população de acordo com a classificação do medicamento no elenco, independente dessa responsabilidade, as liminares judiciais são igualmente distribuídas para atender os usuários, conforme esse contexto José Wilker cita:

Falta comunicação entre a Assistência Farmacêutica do município e a UNICAT e um cruzamento dos dados evitando que sejam feitas compras dobradas para o mesmo paciente, já que a justiça não especifica qual o ente federativo que será responsável pelo custeio dos pacientes que a procuram.

Conforme Cícero afirma:

Não existe comunicação suficientemente produtiva que altere o recebimento desses medicamentos por mais de um ente federativo, já que não existe ligação entre os bancos de dados de usuários dos dois órgãos responsáveis pela saúde no Estado.

Constata-se que existem barreiras de comunicação entre o Município e o Estado, para evitar que um usuário receba medicamentos, por duas instituições ao mesmo tempo, acarretando maiores custos para ambos, principalmente se o medicamento não for do elenco básico, visto que o repasse vindo do Ministério da Saúde para compra dos medicamentos é menor ao Município, já que sua responsabilidade é fornecer medicamentos essenciais.

Quando uma solicitação judicial para medicamentos estratégicos chega ao Município, são retirados recursos para a compra de medicamentos básicos, acarretando prejuízos, já que o repasse é mínimo, geram o valor de muitos medicamentos básicos para atender a um medicamento excepcional, e a determinação judicial tem que ser cumprida com prazo imediato, descaracterizando processo licitatório, a compra é feita por dispensa, ocasionando preços mais elevados para a compra dos medicamentos.

Sendo viável essa comunicação, entre Município e Estado para poder direcionar a um só, os medicamentos solicitados judicialmente, e conforme em qual elenco este se enquadra, não causando prejuízos e desvios de verba já direcionados para compra de outros medicamentos conforme competência de cada órgão.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Foi realizado um estudo para identificar fatores ocasionadores das solicitações judiciais, por meio de entrevista estruturada aos farmacêuticos responsáveis pelo Setor, bem como o levantamento e análise dos valores financeiros gerados pelos medicamentos, e caracterização dos usuários solicitantes.

Assim ficaram constatadas, muitas variáveis avaliativas, através da riqueza de informações adquiridas, conseguindo definir, valores investidos em cada usuário, averiguando o impacto que onera os cofres públicos, através da compra desses medicamentos, concluindo que os gastos na compra dos medicamentos são altos, principalmente na aquisição de medicamentos de alto custo, identificados nesse estudo, o que gera constatado nas entrevistas, o desvio de verba que são destinados para a promoção de políticas públicas e tornam-se verba para compra de medicamentos para atender essas solicitações.

Foi analisado que desde o início das solicitações em 2004, o número de adesões vem crescendo vertiginosamente, sinal que não foram tomadas as medidas cabíveis durante esse período para retroceder essas solicitações, com a adesão desses medicamentos no elenco disponível em quantidade que se atende as solicitações.

Foi constatado também à caracterização do usuário diagnosticando suas fontes de recursos financeiros, seu grau de conhecimento e região de residência.

Através desse estudo foi constatado que os Órgãos Públicos responsáveis pela Saúde no Estado, devem se conscientizar da necessidade de reverter os procedimentos de acesso aos medicamentos e promover um controle financeiro através de um planejamento estratégico específico em relação a esses custos, já que não são previstos no orçamento anual devido a sua imprevisibilidade de solicitações anuais e também de acordo com o tipo de patologia a que será fornecido o medicamento, acarretando o uso dos mesmos com bastante variação de preços e procedimento de compra inadequado, aumentando os custos.

Recomenda-se a Secretaria de Saúde de Natal, especificamente ao Setor da Assistência Farmacêutica, reavaliar os procedimentos utilizados para adquirir os medicamentos, de modo a controlar os índices de adesão as solicitações através de uma avaliação junto aos diagnósticos das patologias e a escolha do melhor tratamento com medicamentos fornecidos pela Assistência Farmacêutica, de forma a

onerar com menores índices os recursos públicos municipais, e também agir em conjunto de forma sistematizada com outros setores responsáveis pelos pedidos dos medicamentos, de forma a otimizar o processo de compra, com a elaboração de licitações eliminando o processo de dispensação que acarreta a compra de medicamentos por preços mais elevados.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

AIRAGHI, A. et al. **Options and limits for assessing the socio-economic impact of European RTD Programmes**. Karlsruhe: [s.n.], 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS: Orientação Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Apoio à Descentralização**. Agosto/2005. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br/gestores/Oficina_Agenda_Apoio_Coop...Gestao.../Apresentacao%20Regionaliza%E7%E3o%20SC.ppt>. Acesso em: 12 jun 2009.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**: Câmara da Reforma do Estado. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/publi_04/COLECAO/PLANDI2.HTM>. Acesso em: 20 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública: Manual de atuação jurídica em saúde pública e coletânea de leis e julgados em saúde**. Brasília, 2003. v.2. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. **Glossário**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.venturecapital.gov.br/VCN/e_CR.asp>. Acesso em: 3 jun 2009.

BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (BNDES). **Terceiro Setor e Desenvolvimento Social**: Relato Setorial. n. 3, jul. 2001. Disponível em: <<http://www.bndes.gov.br/conhecimento/relato/tsetor.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2009.

BRANDÃO, Hugo Pena; BAHRY, Carla Patrícia. Gestão por competências: Métodos e técnicas para mapeamento de competências. **Revista do Serviço Público**. Brasília, v. 56, n.2, p.161-178 Abr./Jun., 2005. Disponível em: <http://ieprev.com.br/UserFiles/File/RSP56_2.pdf#page=57>. Acesso em: 19 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. **A Reforma Bresser: O modelo conceitual**. Brasília: MARE, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003476122008000500003&script=sci_arttext&tling=p>. Acesso em: 20 maio 2009.

BELTRÃO, Pedro Calderan. **Família e Política Social**. Rio de Janeiro: Agir, 1962. (Coleção do Instituto de Estudos Políticos e Sociais, n. 11).

BARRY, Brian; RAE, Douglas W. **Political evaluation**. In: GREENSTEIN, F., POLSBY, N., ed. Handbook of political science. Reading, Addison- Wesley, 1975. v.1, p. 337-401, Political science: scope and theory.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Uma reforma gerencial da Administração Pública no Brasil**. Revista do Serviço Público. Fundação Escola Nacional de Administração Pública, n.1 Brasília: ENAP, 1998.

CARBONE, Pedro Paulo; BRANDÃO, Hugo Pena; LEITE, João Batista Diniz; et al. **Gestão por competências e Gestão do Conhecimento**. 2.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

CENTRO DE GESTÃO E ESTUDOS ESTRATÉGICOS. **Avaliação de políticas de ciência, tecnologia e inovação**: diálogo entre experiências internacionais e brasileiras. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE), 2008.

CENTRO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO – CLAD. **Uma Nova Gestão Pública para América Latina**. 1998. Disponível em: <<http://www.clad.org.ve/fulltext/ngppor.pdf>>. Acesso em: 11 jun 2009.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração de recursos humanos**: fundamentos básicos. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração de empresas**: uma abordagem contingencial. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 2002.

_____, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

_____, Idalberto. **Introdução á teoria geral da administração**. 5. ed. São Paulo: Makron Books, 1997.

CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DO PARÁ. **Panorama da oncologia**. Disponível em: <<http://www.crfpa.org.br/Destaques/260012.htm>>. Acesso em: 13 maio 2009.

COSTA, Frederico Lustosa. Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. **Revista de Administração Pública RAP**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 865-866, Set/Out., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n5/a03v42n5.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2009.

CORRÊA, Izabela Moreira. Planejamento estratégico e gestão pública por resultados no processo de reforma administrativa do estado de Minas Gerais. **Revista de Administração Pública RAP**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 498 Maio/Jun., 2007.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122007000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 maio 2009.

DUTRA, Joel Souza et al. **Gestão por competências**: um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas. São Paulo: Gente, 2001.

SERRA, Alberto. **Modelo aberto de gestão para resultados no setor público**. Natal: SEARH, 2008.

FARIA, José Carlos. Administração. **Teorias e Aplicações**. São Paulo, Pioneira Thomson, 2002.

FIGUEIREDO, Marcus Faria; FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. **Avaliação política e avaliação de políticas**: um quadro de referência teórica. Belo Horizonte: [s.n.], 1986.

FERNANDES, Rubem César. **O que é o Terceiro Setor?** Abong, 2000.

FERREIRA, Ademir Antonio; REIS, Ana Carla Fonseca; PEREIRA, Maria Isabel. **Gestão empresarial**: de Taylor aos nossos dias. São Paulo, Pioneira, 1998.

GRANJEIRO, José Wilson. **Administração pública**. Brasília: Vestcon, 2003.

GRAEF, Aldino. **Gestão por resultados na administração pública**, 2008. (Apresentação em ppt.) Disponível em: <http://www.mp.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/prodev/arquivos/prodev_ARQ_Aldino_17nov.pdf>. Acesso em: 26 maio 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LE BOTERF, Guy. Construire la Competence Collective de Lémtreprise. **Gestion**, v.22, n. 3, Automne, 1997.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2007.

MODESTO, Paulo Eduardo Garrido. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais: Organizações sociais e entidades privadas de utilidade publica. **Revista do serviço público**, Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, n. 2, p. 31,1997.

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. **Introdução à administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

_____, Antonio César Amaru. **Introdução à administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____, Antonio Cesar Amaru. **Introdução à administração**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

MARTINS, Paulo Emílio Matos; PIERANTI, Octavio Penna (org.). **Estado e Gestão Pública**: Visões do Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. ed. Malheiros. 2003. Disponível em: <<http://recantodasletras.uol.com.br/textosjuridicos/430601>>. Acesso em: 20 maio 2009

MOTTA, Fernando Cláudio Prestes; PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Introdução à organização burocrática**. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

MEKSENAS, Paulo. **Cidadania, poder e comunicação**. São Paulo: Cortez, 2002.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **A crise da gestão pública**: do reformismo quantitativo a um caminho qualitativo de reforma do Estado. (Cadernos Fundap). Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad21/Fundap21/A%20crise%20da%20gestao%20publica.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2009.

NUNES, Paulo. **Gestão**: conceito de organização. Disponível em: <http://www.notapositiva.com/trab_professores/textos_apoio/gestao/03conc_organizacao.htm>. Acesso em: 18 maio 2009.

PECI, Alketa e SOBRAL, Filipe. **Administração**: teoria e prática no contexto brasileiro. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

PORTAL DE GESTÃO: **Organização Formal vs. Organização Informal**. Fev., 2008. Disponível em: <<http://portaldegestao.blogspot.com/search/label/Organiza%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 29 maio 2009.

KANTER, Rosabeth Moss. Recolocando as pessoas no cerne da organização do futuro. In: Hesselbein, F.; Goldsmith, M.; Beckhard, R. (orgs.). **A organização do futuro**: como preparar hoje as empresas de amanhã. São Paulo: Futura, 1997.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**: Guia para Estágios, Trabalhos de Conclusão, Dissertações e Estudos de Caso. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RASKIN, Sara Fichman. **Teoria das organizações**: A influência da organização informal. Disponível em: <<http://www.pr.gov.br/batebyte/edicoes/2002/bb123/teoria.htm>>. Acesso em: 15 maio 2009.

SÁ, José Wilton Bessa Macêdo. **Modelo de avaliação de desempenho da gestão organizacional pública**. 2005.f. 145. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2005.

SAMPAIO, Juliana; ARAÚJO JUNIOR, José Luis. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 6, n. 3, Jul./Set., 2006.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000300010>. Acesso em: 31 maio 2009.

SECRETARIA DO PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO - SEPLAN. Governo do Estado de Goiás. **Setor público: Conceito e Estrutura**. Disponível em: <http://www.seplan.go.gov.br/down/orcamento/cursoOP/08SETOR_PUBLICO.ppt>. Acesso em: 18 maio 2009.

SILVA, Regina Célia dos Santos. **Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil**. 2000. f. 215 Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
Disponível em:
<http://portaldesicict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00006203&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 maio 2009.

SOUZA, Irineu Manoel de. **A Gestão pública no contexto da gestão do conhecimento**. Jul. 2008. Disponível em:
<http://www.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/searh_escola/arquivos/pdf/paper-gestaoconhecimento-irineusouza.pdf>. Acesso em 11 jun 2009.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Políticas públicas em AIDS**. In: Parker R, organizador. Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; p. 43-68,1997.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, out/dez, p.400-417,1985. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v1n4/v1n4a02.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2009.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

APÊNDICE

APÊNDICE 1

ENTREVISTA APLICADA AOS GESTORES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DA SMS

Questionamentos:

1. Qual seu nome, cargo, função e nome da Instituição?
2. Qual sua formação acadêmica?
3. Há quanto tempo atua na área de Gestão Pública?
4. Há quanto tempo atua no setor da Assistência Farmacêutica?
5. Qual sua participação na tomada de decisão para com os usuários de medicamentos solicitados através de liminares judiciais?
6. Por qual motivo os pacientes que se caracterizam por possuir patologia crônica, com o uso contínuo de medicamentos, não são incluídos no planejamento do orçamento anual?
7. Existe uma comissão de avaliação para com os protocolos de controle com relação à temporalidade e o uso indiscriminado de medicamentos? Através de uma reavaliação periódica?
8. Como se dá o abastecimento da Rede Básica, a partir de uma demanda programada ou aleatória?
9. Qual a relação da Assistência Farmacêutica Municipal, com os outros órgãos públicos responsáveis pela saúde no Estado, tendo em vista, medicamentos excepcionais e estratégicos?

ANEXOS

FICHA CADASTRAL DO USUÁRIO

(Via ação judicial)

_____ / _____ / _____ / _____ / _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
Nome		Sexo Masculino [] Feminino [x]	
Data de nascimento ____/____/____	Estado civil Casado [] Solteiro [] Outros[]		Usuário dos serviços de saúde SUS Sim [] Não []
Identidade	CPF	Nº do Cartão SUS	
DADOS RESIDENCIAIS			
Endereço		Nº	Complemento
Bairro	Cidade		Telefones
OUTROS DADOS			
Escolaridade Sem instrução [] Fundamental incompleto [] Fundamental completo [] Ensino médio [] Ensino Superior []			Moradia Própria [] Alugada [] Cedida []
Faixa de renda da família (em salários mínimos) Até 1 salário[] De 2 a 4 salários[] 5 a 10 salários[] Mais de 10 salários[]			Quantas pessoas na família
Ocupação			
AÇÃO JUDICIAL			
Número da ação	Nome do Juiz/Vara		Data ____/____/____
			Validade:

PATOLOGIA	
Descrição	CID

CONTROLE DE DISPENSAÇÃO

[illegible]

