PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS

MARCOS ALEXANDRE DE CARVALHO INOCENCIO

A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO UMA PROPOSTA NA SAÚDE EM REDE

São Paulo

2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS

MARCOS ALEXANDRE DE CARVALHO INOCÊNCIO

A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO UMA PROPOSTA NA SAÚDE EM REDE

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP, como exigência parcial para a obtenção do Título de Mestre em Administração de Empresas junto ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Administração.

Orientadora: Profa Dra Neusa Maria Bastos F. Santos

BANCA EXAMINADORA

_____

_____

_____

“Onde está a sabedoria que perdemos no conhecimento? Onde está o conhecimento, que perdemos na informação?”

(Thomas Stearns Eliot)

AGRADECIMENTOS

As realizações das nossas vidas são construídas ao longo do tempo com a maturação do estilo e a decantação do conhecimento. Assim gostaria de agradecer a todos aqueles que passaram pela minha vida e contribuíram de alguma forma para este trabalho, que são muito e não caberiam nesta folha, além do que eu poderia cometer injustiças ao tentar citar todos e acabar esquecendo alguns.

De qualquer forma, não posso deixar mencionar alguns nomes que estiveram diretamente ligados a mim durante o desenvolvimento dos meus estudos:

Em especial, gostaria de agradecer às mulheres da minha vida, que são as pessoas que eu vivo para abraçar, sendo minhas fontes de inspiração e de alegria - minha esposa Milca e as minhas filhas Júlia e Manuela.

Agradeço também a ePharma, que contribui de forma significativa para a realização e conclusão deste trabalho.

Deixo o meu agradecimento a minha orientadora pelos caminhos que me mostrou durante o desenvolvimento da minha dissertação e ainda à banca de qualificação que me trouxe a luz essencial para a conclusão das minhas análises.

Por fim, agradeço do fundo do meu coração aos meus pais, que me suportaram e me apoiaram por um longo tempo. Embora o meu pai não esteja mais entre nós, tenho absoluta certeza de qual seria o seu orgulho e satisfação neste momento.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar o desempenho do atual modelo do sistema de saúde, considerando a participação dos seus agentes, frente à teoria da organização em rede. E como objetivo específico, identificar, conceitualmente, a contribuição da gestão da assistência farmacêutica, por meio das empresas gestoras de assistência farmacêutica - PBMs, na composição do sistema de saúde em rede. Sua importância reside na contribuição para a compreensão do que pode favorecer os atuais modelos de sistemas de saúde. Caracteriza-se pela revisão conceitual do ambiente de saúde em face da revisão bibliográfica da sociedade em rede e da rede de informação. A análise da contribuição da assistência farmacêutica para a organização em rede foi desenvolvida por meio do entendimento teórico das práticas das PBMs e por estudos de casos, cuja amostra envolveu estudo de empresas brasileiras que oferecem assistência farmacêutica como benefícios aos seus colaboradores e seus dependentes. O levantamento dos dados foi feito pela análise do banco de dados de um PBM. Os resultados demonstram um ambiente de saúde em crise com problemas persistentes e que carecem de mudanças urgentes. As mudanças requeridas apontam para um modelo organizado em rede caracterizado pelo interesse comum, pela inter-relação e pela interdependência entre os atores dos sistemas de saúde, que pela falta destas características deixa uma lacuna no ambiente de saúde que apresenta um cenário focado mais nas relações isoladas do que nas perspectivas sistêmicas. Não há um ambiente em termos de relações e integrações dinâmicas, ou seja, organizado em uma rede eficiente. O estudo das práticas das PBMs e dos casos analisados nos mostra uma nova oportunidade neste ambiente que surge para a contribuição da organização em rede do sistema de saúde. A gestão eficiente da assistência farmacêutica, por meio de uma PBM, gera informações relevantes, qualificadas e de interesse comum, que pode contribuir significativamente para a transformação necessária da saúde, trazendo novos conhecimentos ao sistema.

Palavras-chave: Organização em Rede, Rede de Informação, Assistência Farmacêutica, PBM, Saúde.

ABSTRACT

The aim of this research was to evaluate the performance of the current model of the heath system, considering the participation of its agents, and taking into account the theory of net organization. Moreover, it was to identify the contribution of pharmaceutical assistance management, through PBMs, in the forming of the heath system as a net. The importance of this research was that it can contribute for understanding what could be better for the current heath systems models. Its features include the conceptual revision of the heath environment, concerning the bibliographical revision of the net society, as well as the information net. The analysis of the contribution of the pharmaceutical assistance for the net organization was developed though the theoretical understanding of PBMs practices and case studies. Its samples involved the study of Brazilian companies that offer pharmaceutical assistance as a way to benefit its contributors and its dependents. The collection of the initial data was possible through the analysis of the data bank of a PBM. The result showed that the health environment is in crisis, as well as it has persistent problems. Therefore, changes are required. The required changes demand an organized model with common interest, inter-relation, as well as interdependence among the heath system actors. As this system lacks such features, there is a blank in the health system, which is focused more on the isolated relationships than in the systemic perspectives. It was demonstrated that there is not such an environment when it comes to dynamic relationships and integrations. In other words, it is not organized in an effective net. The studies of the PBM practices and the analyzed cases present a new opportunity for this environment, which can contribute to the net organization in the health system. The efficient management of the pharmaceutical assistance, by means of a PBM, can generate relevant, qualified and common sense information. Moreover, such information can contribute effectively to the necessary health transformation, and it can also bring some knowledge to the system.

Key-words: Net organization, Information Net, Pharmaceutical Assistance, PBM, Health.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	Banco de Informações do Sistema de Saúde	15
FIGURA 2 -	Ambiente da PBMs	16
FIGURA 3 -	Gastos com Saúde entre os Países-membros da União Européia, por idade e sexo	38
FIGURA 4 -	Projeção para 2015 das principais causas de morte	39
FIGURA 5 -	Estrutura da população por idade e sexo, 1980 – 2004	42
FIGURA 6-	Dimensões da Saúde	44
FIGURA 7 -	Processo de autorização de uma PBM	63

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Eventos estruturais das redes	25
QUADRO 2 -	Rede Sistemática – parte I	27
QUADRO 3 -	Rede Sistemática – parte II	27
QUADRO 4 -	Rede Sistemática – parte III	28

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Caso 1 - Faixa etária	73
TABELA 2 -	Caso 1 - Faixa etária e sexo	73
TABELA 3 -	Caso 1 - Participação do consumo por faixa etária	73
TABELA 4 -	Caso 1 - Usuários x beneficiários por faixa etária	74
TABELA 5 -	Caso 1 - Unidades consumidas por natureza	75
TABELA 6 -	Caso 1 - Consumo em valores por natureza	75
TABELA 7 -	Caso 1 - Informações Gerenciais do benefício	75
TABELA 8 -	Caso 1 - Percentual de utilização por classe terapêutica (unidades vendidas)	76
TABELA 9 -	Caso 1 - Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível I	77
TABELA 10 -	Caso 1 - Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível II	77
TABELA 11 -	Caso 1 - Utilização de medicamentos de uso continuado	78
TABELA 12 -	Caso 1 – Percentual de escape presumido	78
TABELA 13 -	Caso 2 - Faixa etária e sexo	79
TABELA 14 -	Caso 2 - Participação do consumo por faixa etária	79
TABELA 15 -	Caso 2 - Usuários x beneficiários por faixa etária	80
TABELA 16 -	Caso 2 - Unidades consumidas por natureza	81
TABELA 17 -	Caso 2 - Consumo em valores por natureza	81
TABELA 18 -	Caso 2 - Informações gerenciais do benefício	81
TABELA 19 -	Caso 2 - Percentual de utilização por classe terapêutica (unidades vendidas)	82
TABELA 20 -	Caso 2 - Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível I	82
TABELA 21 -	Caso 2 - Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível II	83
TABELA 22 -	Caso 2 - Utilização de medicamentos de uso continuado	83
TABELA 23 -	Caso 2 – Percentual de escape presumido	83
TABELA 24 -	Caso 3 - Faixa etária e sexo	85
TABELA 25 -	Caso 3 - Participação do consumo por faixa etária	85
TABELA 26 -	Caso 3 - Usuários x beneficiários por faixa etária	86
TABELA 27 -	Caso 3 - Unidades consumidas por natureza	86
TABELA 28 -	Caso 3- Consumo em valores por natureza	86
TABELA 29 -	Caso 3 - Informações gerencias do benefício	87
TABELA 30 -	Caso 3 - Percentual de utilização por classe terapêutica (unidades vendidas)	88
TABELA 31 -	Caso 3 - Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível I	88
TABELA 32 -	Caso 3 - Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível II	89
TABELA 33 -	Caso 3 - Utilização de medicamentos de uso continuado	89
TABELA 34 -	Caso 3 – Percentual de escape presumido	90

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
1.1 Questão central 13
1.2 Objetivos 13
1.3 Justificativa e proposta 14
1.4 Contribuição esperada 16
1.5 Estrutura do trabalho 16

2 A SOCIEDADE EM REDE E CONTEXTO GERAL DA SAÚDE 18
2.1 A Sociedade em rede 18
2.2 A Rede de informação 31
2.3 O ambiente de saúde 36
2.3.1 Contexto geral e os determinantes da saúde 36
2.3.2 O ambiente de saúde no Brasil 39
2.3.3 As Dimensões da saúde 43
2.3.3.1 A Dimensão econômica 44
2.3.3.2 A Dimensão social 47
2.3.3.3 A Dimensão clínica 49

3 A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - PBM 50
3.1 A necessidade de mudança 50
3.2 A visão das gestoras de assistência farmacêuticas - PBMs 58
3.2.1 Histórico 58
3.2.2 Princípios 59
3.2.3 Componentes de uma PBM 60
3.2.4 Sistema de distribuição 61
3.2.5 Sistema de informação 62
3.2.6 Gerenciamento do Formulário 64
3.2.7 Revisão da utilização de medicamentos 64
3.2.7.1 Retrospecção 66
3.2.7.2 Concomitante 66
3.2.7.3 Prospecção 67

4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL: O CONTEXTO DE EMPRESAS BRASILEIRAS 69
4.1 Abordagem do estudo de caso 69
4.2 Limitação do método 71
4.3 Estudo de Caso 72
4.3.1 Caso 1 - Aspectos gerais 72
4.3.2 Caso 2 – aspectos gerais 79
4.3.3 Caso 3 – aspectos gerais 84
4.4 Resultados e discussões 90

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS 94

REFERÊNCIAS 97

1 INTRODUÇÃO

O desafio atual da sociedade reside em conseguir alocar os recursos escassos da forma mais racional possível, buscando sempre justiça e maior equilíbrio. Na verdade, o sistema de saúde atual pode ser explicado pela genética, pelo ambiente e pelos fatores de comportamento, mais do que pelas diferenças entre a quantidade e qualidade dos cuidados médicos (FUCHS, 2006).

O que tem ocorrido com o sistema de saúde é a superposição de problemas recorrentes e persistentes, unidos aos desafios emergentes, que combinados, levam a um cenário de problemas que continuam sem solução. Vive-se um ambiente em que os agentes patrocinadores da saúde buscam o controle de seus desembolsos por meio da redução de serviços, em vez de buscar valor agregado aos pacientes com a qualidade dos serviços dispensados. Embora a maioria dos pagadores no ambiente de saúde ainda foque a redução de seus custos com restrições aos pacientes, os custos ainda se mantêm altos e crescentes, e tais acréscimos não podem ser explicados por melhorias na qualidade dos serviços de saúde (PORTER & TEISBERG, 2004).

Segundo a *Organization for Economic Co-Operartion and Development* (OECD), os Estados Unidos gastaram com saúde, em 2007, 16,0% do PIB, contra 13,3% em 1996, e entre 1999 e 2004, a taxa média de crescimento anual foi de 4,8%. Da mesma forma, o gasto *per capita* com saúde em 1995 foi de US$3.670, e em 2006, chegou a US$ 6.719. No Brasil, a evolução dos gastos com saúde não foi diferente, atingindo, em 2006, 7,5% do PIB.

Se essas evoluções não refletem ganhos de qualidade nos serviços dispensados e se as restrições aos pacientes estão cada vez maiores na busca de redução de custos, então, o problema requer muito mais atenção do que está sendo dispensada pelos gestores da saúde, que parecem não enxergar o ambiente como uma rede inter-relacionada, funcionando de maneira sistêmica. Conforme Dowbor (2002a, p.90), “precisamos de um desenvolvimento socialmente justo, economicamente viável e ambientalmente sustentável para o desenvolvimento de um sistema de saúde”.

A definição comum de desenvolvimento sustentável, segundo as Nações Unidas (ONU, 2005), é o desenvolvimento que satisfaz às necessidades do presente, sem comprometer a capacidade das gerações futuras para satisfazer suas próprias necessidades. Afinal, para Henderson (1996, p.11), “a vida depois da guerra da economia global é um

esforço para prosseguir com a desconstrução do paradigma do econômico/competição/conflito e com a construção de novas plataformas para a ação".

1.1 Questão Central

A definição do problema desta análise considerou a expectativa de empreender esforços na investigação das mudanças necessárias, para que o sistema de saúde atenda à demanda crescente de forma satisfatória a todos os atores envolvidos no ambiente da saúde. Assim, este estudo assume os seguintes pressupostos:

a) O custo do sistema de saúde está fugindo ao controle e subindo vertiginosamente, as populações estão envelhecendo depressa demais e os políticos começam a entrar em pânico;
b) Os avanços tecnológicos são maiores do que a capacidade de gestão;
c) Os agentes do sistema de saúde não têm uma visão sistêmica;
d) O paradigma da gestão isolada e independente precisa ser superado para haver mudança nesse ambiente;
e) A eficiente aplicação das informações comuns geradas pelos agentes da saúde trará novos conhecimentos ao sistema.

Desse modo, chegou-se ao problema da análise proposta para a investigação conceitual, que pode ser expresso por meio da seguinte questão:

A ação em rede e a consequente geração de informações surgem como uma nova possibilidade para resolver os problemas que incidem sobre o sistema de saúde?

1.2 Objetivos

O principal objetivo desta análise é avaliar o desempenho do atual modelo do sistema de saúde, considerando a participação dos seus agentes, frente à teoria da organização em rede.

De forma específica, também foi proposto outro objetivo como meta: identificar, conceitualmente, a contribuição da gestão da assistência farmacêutica na composição do sistema de saúde em rede.

1.3 Justificativa e Proposta

Muitos autores têm usado a saúde como foco de suas análises, assim como a avaliação da organização em rede, porém, ainda há poucos trabalhos que unem os dois temas para analisar a saúde em rede.

Uma característica da abordagem em rede é a noção de ordem estratificada, envolvendo níveis de diferentes complexidades, tanto no âmbito dos organismos individuais quanto no coletivo. A descrição reducionista de organismo pode ser útil e, em alguns casos, necessária, mas, é perigosa quando interpretada como se fosse a explicação completa. Nesse sentido, Capra (2006, p. 261) afirma que “reducionismo e holismo, análise e síntese, são enfoques complementares que, usados em equilíbrio adequado, nos ajudam a chegar a um conhecimento mais profundo”.

O atual sistema de saúde trata o seu ambiente com uma abordagem reducionista, com gestões isoladas de cada ator desse sistema. Tal fato tem como consequência uma fragmentação exagerada das informações geradas, que, se integradas, poderiam compor um valioso banco de dados, a fim de contribuir de forma bastante positiva na busca de soluções destinadas a esse conturbado setor.

Tratar a informação de forma isolada mostrou-se ineficiente em trazer vantagens ao sistema. Atualmente, o sistema de saúde não tem integrado os tratamentos de doenças complexas, organizadas individualmente entre médicos, centros de atendimento e operadoras de saúde. Essa fragmentação resulta em grande desvantagem e mostra a necessidade de um sistema de saúde coordenado (HERZLINGER, 2002).

Construir vantagens com o fim da fragmentação das informações em saúde, por meio se sua integração, poderia ser uma solução para esse ambiente. Desse modo, seria possível a obtenção de informações qualificadas, suficientes e competentes para contribuir com o conhecimento dos atores inseridos nesse contexto.

A união em rede desses atores com o objetivo comum da saúde pública, com foco nas relações construídas entre eles e na importância do fluxo das informações, proporcionaria a todos uma integração estratégica, que, por meio da constituição de um banco de informações comuns (Figura 1), poderia gerar um conhecimento sistêmico sem precedentes e se transformar no ponto de partida para as mudanças requeridas no sistema de saúde.

Sem informações comuns, torna-se difícil a construção de um ambiente sinérgico e sincronizado para prover as soluções necessárias ao fim da crise em que a saúde está inserida. Nesse sentido, a informação passa a ser insumo essencial ao sucesso do sistema de saúde, que atualmente trabalha de forma isolada com informações não suficientes e sem complementaridade.

Bernstein (1997, p.202) esclarece a situação das informações utilizadas atualmente nos sistemas desintegrados: “a informação de que você dispõe não é a informação que você deseja. A informação que você deseja não é a informação que você necessita. A informação que você necessita não é a informação que você consegue obter. A informação que você consegue obter custa mais do que você deseja pagar”:

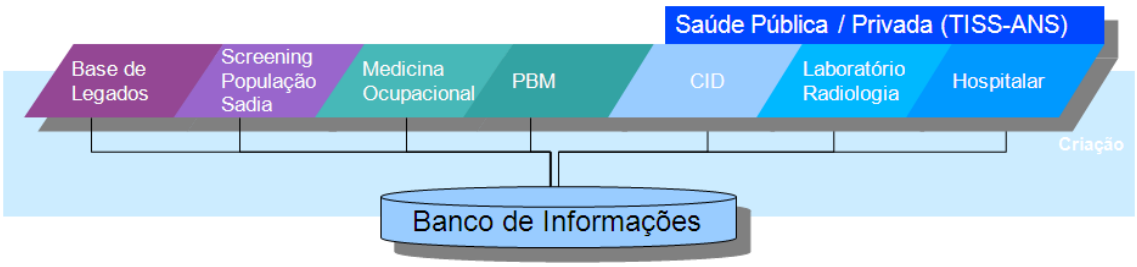


FIGURA 1 - Banco de Informações do Sistema de Saúde
Fonte: autor

Nesse cenário de integração, a proposta deste estudo é a contribuição das PBMs para o sistema de saúde, conhecendo a qualidade que podem trazer ao ambiente, a fim de contribuir para a formação em rede dos atores da saúde, diminuindo assim a incômoda incerteza presente no sistema atual.

As PBMs, que serão detalhadamente analisadas neste estudo, são empresas de gestão de assistência farmacêutica, cujos pilares são a tecnologia da informação e o seu processamento. O termo PBM vem do inglês, por conta das origens americanas desse conceito, e corresponde a uma sigla composta pelas iniciais de *Pharmacy Benefit Management*. Basicamente, trabalham entre uma rede de atores conectados, processando

dados capturados nessa rede e autorizando dispensações medicamentosas, gerando assim controle e informações a todos os envolvidos (Figura 2):

FIGURA 2 - Ambiente da PBMs
Fonte: autor

1.4 Contribuição Esperada

Ao cumprir os objetivos propostos, espera-se que esta análise contribua para a ampliação da discussão sobre a importância da análise do atual modelo dos serviços de saúde, principalmente no que concerne à avaliação dos seus resultados, e assim lançar luz sobre a questão da sustentabilidade desse modelo em prática.

Da mesma forma, espera-se que a construção da proposta de análise do sistema de saúde em face dos conceitos da organização em rede possa dar subsídio à formulação de novas políticas no setor, no sentido de conceber, executar e manter processos convergentes e integrados visando, fundamentalmente, à saúde pública e à sua sustentabilidade em longo prazo.

1.5 Estrutura do trabalho

Este trabalho está estruturado como se segue:

a) Introdução: apresentação dos pressupostos iniciais, problema de análise, objetivos e contribuição do trabalho;
b) A sociedade em rede e o contexto geral da saúde: explicitação dos pressupostos teóricos que norteiam este trabalho;
c) A gestão da assistência farmacêutica – PBM: explicação da necessidade de mudança do sistema de saúde e a caracterização da assistência farmacêutica.
d) A assistência farmacêutica no Brasil: explicitação dos passos metodológicos e dos estudos de caso retratados neste trabalho;
e) Discussão e resultados: apresentação da discussão acerca dos 3 casos acima referidos;
f) Considerações finais e referências bibliográficas.

2 A SOCIEDADE EM REDE E O CONTEXTO GERAL DA SAÚDE

2.1 A Sociedade em Rede

Conforme Minhoto e Martins (2001), a visão de uma rede é entendida como ausência de relações hierárquicas, em que os integrantes das relações interorganizacionais são dispostos horizontalmente, resguardando a autonomia de cada partícipe da rede e o compartilhamento de informações e recursos. Desse modo, as organizações que vêm enfrentando problemas crescentes de gestão organizacional, em face da escassez de recursos e do aumento exponencial das demandas, passaram a adotar e privilegiar estratégias de formação e inserção em redes.

Para os mesmos autores, o reconhecimento de que nenhuma organização contempla em si mesma todos os recursos e competências necessárias a uma oferta compatível com a demanda é um fator que remete as organizações a ações articuladas de complementaridade. Essa teia de relações de reciprocidade e de troca constitui a estrutura, a trama e o tecido da rede. De um lado, essa arquitetura é expressa por um banco de oferta de recursos e competências disponibilizados formal e informalmente por instituições, organizações ou pessoas; de outro, por um banco de demandas sociais e dos próprios componentes da rede.

Os autores afirmam que essa análise, tomada sob o ponto de vista organizacional, remete ainda a outros fatores que influenciam a formação de redes: a maximização e a "facilitação" dos processos produtivos; a possibilidade de incorporar "oxigenadores" do ambiente que evitam a asfixia e a entropia nas organizações, trazendo "diversidade genética"; possibilidade de inovação pela amplificação da troca de informações.

Complementam que é possível considerar a potencialidade e o desenvolvimento de redes em todo o ambiente que nos cerca, seja ele social, ambiental ou econômico: "no campo dos negócios, a rede assume a forma de organização intermediária entre a firma e o mercado, levando à superação do princípio da hierarquia inflexível, que caracteriza a firma, e do princípio da liberdade de movimentos, que é típica do mercado" (p. 92).

De acordo com Dabas (1995, p.452), no emergente movimento social, as redes podem abrir caminho para a requerida intervenção social. Assim, relatam que "muitos desses processos podem ser avaliados criticamente e novas formas de relações podem ser propostas a

fim de contemplar não a inclusão de uns e de outros, mas a participação ativa de todos os atores envolvidos em uma dada situação, pensados então como rede".

Sob o ponto de vista social, como aponta Saidón (1995, p.205), é possível também analisar a rede social como uma organização comunitária, em que não se deve apenas proteger-se contra os riscos do presente, mas sim "criar as condições para enfrentá-los, e a rede é um dos planos de consistência que nos permitem uma construção nesse sentido". E Inojosa (1998, p. 7-8) salienta que "a rede tende a ser constituída como um recurso capaz de suprir interesses e reivindicação de demanda e são parcerias para a realização de um interesse comum com o objetivo primário de formação de uma sociedade solidária".

Na esfera econômica, segundo Gonçalves (1990), a rede constitui a estratégia na busca de minimizar custos de capital, conseguir competências tecnológicas, compartilhar recursos e informações e estabelecer parcerias agregadoras. Pode-se dizer que a constituição de redes é a única resposta aos desafios enfrentados pelas organizações em um mercado de intensa competição trazida pela globalização da economia.

A globalização dos mercados, a crescente concorrência e a alta complexidade das mudanças tecnológicas levam as empresas a um mundo sem fronteiras, requerendo mudança de uma posição de mutação gradual para uma forma dinâmica e com grande poder de adaptabilidade (MURRAY, 1995). No campo político, a rede constitui uma resposta ao hiato da soberania do Estado, como estratégia destinada a enfrentar a escassez de recursos públicos e ao controle do déficit gerado pelas políticas econômicas (MULLER & SUREL, 1998).

O modelo de empresa que opta por competir no mercado isoladamente, no lugar de constituir uma forma inter-relacionada, está perdendo espaço, por possuir menores possibilidades de êxito. A complexidade em que as empresas estão inseridas, somadas às incertezas cada vez maiores no mercado atual, traz a exigência de parcerias consolidadas estrategicamente constituídas. Assim, a formação de parcerias, através de redes, torna-se necessária para alcançar objetivos estratégicos de longo prazo, que as empresas, de forma isolada, não podem alcançar (ZINN, PROENÇA & ROSKO, 1997).

Essas parcerias, que também poderiam ser chamadas de união de competências, capacitam as empresas na obtenção de vantagens competitivas em um mercado de concorrência cada vez mais acirrada, caracterizando-as como uma condição estratégia essencial ao sucesso. Somente por meio de parcerias estratégicas é que empresas com limitação de recursos, de qualquer natureza, poderão enfrentar a competitividade

mercadológica imposta. A cooperação permite ter acesso às capacidades e aos recursos de outras empresas, com vistas a fortalecer as suas estratégias.

Segundo Poldolny e Page (1998), o estabelecimento de estruturas de coordenação policêntrica tanto pode ampliar as competências existentes quanto gerar novas competências:

a) Capacidade de aprendizagem: as redes englobam diversas fontes de conhecimento e promovem a difusão de informações em um amplo universo de atores e organizações. Possibilitam maior intercâmbio de informações do que o mercado e as hierarquias, pois operam com mais estabilidade do que os primeiros e não impõem barreiras de segmentação como as últimas. Funcionam ainda como canal de difusão da informação;
b) Legitimação e status: a criação de vínculos diversificados entre os atores possibilita reduzir as incertezas quanto à viabilidade de novos produtos, programas ou políticas públicas;
c) Benefícios econômicos: as relações de intercâmbio em rede possibilitam ganhos de escala, principalmente em termos de redução de custos e melhorias da qualidade na provisão de bens e serviços. A associação entre organizações permite a dispersão de custos não só pela divisão do valor dos novos recursos adquiridos, mas também pelo intercâmbio dos recursos já existentes no cluster formado.

Na verdade, as estruturas de rede devem ocorrer quando trabalhar isoladamente já não é suficiente o bastante para solucionar um problema ou questão de política. Assim, uma estrutura de rede se forma quando as organizações percebem que são apenas uma pequena parte do quadro completo. Nesse sentido, por meio de um trabalho de forma ativa e pelo desempenho conjunto e amplo, é possível atingir os objetivos comuns de interesse (KEAST et al., 2004).

Conforme Inojosa (1998, p. 18), rede é parceria voluntária para a realização de um propósito comum. Implica, nesse sentido, a existência de entes autônomos que, movidos por uma ideia abraçada coletivamente, livremente e mantendo sua própria identidade, articulam-se para realizar objetivos comuns. Desse modo, salienta que “as redes se tecem através do compartilhamento de interpretações e sentidos e da realização de ações articuladas pelos parceiros”.

Fontes (2005, p. 15) complementa que “um dos objetivos associados deste enfoque é o entendimento de processo e fatores que contribuem para uma eficiência coletiva, considerando mais fácil de ser alcançada do que a de uma empresa isolada, e que pode promover o aumento da capacidade competitiva das firmas integrantes de uma rede”.

Segundo Fleury e Ouverney (2007), com as redes de cooperação, as empresas teriam a possibilidade de superar suas dificuldades e potencializar suas vantagens competitivas, dispondo-se a colaborar umas com as outras, porque esperam, conjuntamente, realizar ações que levem a desempenhos superiores e sejam inviáveis individualmente. Nesses termos, afirma-se que a definição dos objetivos da rede é um momento de vital importância a todo o processo de sua construção e gestão.

Os referidos autores dizem que objetivos claramente definidos possibilitam a identificação de quais atores devem ser integrados à rede, e fornecem uma referência sólida para que se estabeleçam atividades, metas e indicadores de avaliação de resultados das ações colaborativas. Pode-se relatar que uma rede eficaz depende de objetivos bem-definidos e ainda:

> [...] de um conjunto de relações relativamente estáveis, de natureza não hierárquica e independentes, que vinculam uma variedade de atores que compartilham interesses comuns em relação a uma política e que trocam entre si recursos para perseguir esses interesses comuns, admitindo que a cooperação é a melhor maneira de alcançar as metas comuns (p.16).

Os autores asseveram que a construção de uma rede envolve a existência de um objetivo maior, que se torne um valor compartilhado para além dos objetivos particulares que permanecem. A capacidade para estabelecer esse objetivo maior, implicando uma linha básica de acordo, relaciona-se ao grau de compatibilidade e congruência de valores entre os membros da rede. Assim, afirmam que “o apoio a uma política que favoreça os objetivos de vários atores é uma estratégia da gerência das redes, assim como a ativação seletiva por meio de incentivos para desenvolver arranjos organizacionais (coalizão) e interações entre os membros.” (p. 28).

O segredo de uma rede bem-sucedida é a progressiva ampliação da confiança entre os atores e, para isso, é indispensável uma cuidadosa seleção dos elementos de consenso. Conforme Fialho (2005, p.133), “é preciso considerar que as redes são uma forma de coordenação organizacional que depende, fundamentalmente, do consenso entre organizações independentes, o que é muito diferente das relações administrativas hierárquicas e ou nas relações comerciais de mercado”. Fazer parte de uma rede não é fruto de imposição ou constrangimento, mas sim de adesão.

Nesse contexto, Fleury e Ouverney (2007, p. 9) relatam que:

> A existência de redes ou estruturas policêntricas trata-se de um fenômeno recente que envolvem diferentes atores, organizações ou nódulos vinculados entre si por meio do estabelecimento e manutenção de objetivos comuns e de uma dinâmica gerencial compatível e adequada.

Como apontam Castells (2007) e Touraine (1959), o ponto central na formação de redes para a busca dos objetivos comuns é que as estratégias de formação de redes dotam o sistema de flexibilidade, mas não resolvem o problema da adaptabilidade da empresa. Para conseguir absorver os benefícios da flexibilidade das redes, a própria empresa deve tornar-se uma rede e dinamizar cada elemento de sua estrutura interna.

Para os autores, transformar a organização em uma rede articulada de centros multifuncionais de processos decisórios passa a ser essencial para se evitar erros de articulação, que neste caso, retrata a falta parcial ou total de adequação entre o que é desejado e o que está disponível. O modelo de produção flexível, em suas formas diferentes, maximiza a resposta dos agentes e as unidades econômicas a um ambiente em rápido crescimento.

Complementam que, apesar disso, esse modelo também aumenta a dificuldade de controlar e corrigir erros de articulação. Sob uma perspectiva evolucionária dinâmica, há uma diferença fundamental entre dois tipos de organizações: aquelas em que a reprodução de seu sistema de meios transforma-se em seu objetivo organizacional fundamental; e aquelas em que os objetivos e as mudanças de objetivos modelam e remodelam de forma infinita a estrutura dos meios. O primeiro tipo são as organizações burocracias, e o segundo, as empresas.

Atualmente, a ligação em rede é a forma mais eficiente de organizar o tempo, a energia, os recursos e as decisões de colaboração a favor de qualquer causa. Isso significa que a complexidade de estruturas explicativas não depende apenas do número de fatores e elementos envolvidos, mas também da integridade, diversidade e interatividade das conexões nos processos dinâmicos que compõem as redes. Na análise das redes sociais, a efetividade de um atuante só pode ser quantificada em termos de fluxo de mensagens e conectividade. Assim, Teixeira (2005, p. 11) relata que “genericamente, as redes são vistas como o principal instrumento de difusão da informação e do conhecimento, tidos como requisitos básicos do que seria uma nova fase de desenvolvimento da humanidade”.

Como apontam Fleury e Ouverney (2007), em administração de empresas, a rede é definida como a combinação de pessoas, tecnologia e conhecimento, substituindo a corporação hierarquizada do modelo fordista, baseado em trabalho, capital e gerenciamento.

As diferentes tipologias de redes propõem sua descrição de acordo com certos atributos, como o nível de institucionalização (estável/instável), o número de participantes (restrito/aberto), a configuração das políticas (setorial/transetorial), o tipo de atores envolvidos, a função principal da rede e o equilíbrio de poder, e a estrutura da rede delimita a lógica da interação entre seus membros.

Para alguns, mais do que uma nova perspectiva analítica, as redes representam uma mudança na estrutura política da sociedade, ou seja, novas formas de organização social em resposta aos problemas políticos de coordenação ou medida social. Segundo os referidos autores, as principais características das redes são a horizontalidade e a interdependência entre seus múltiplos nódulos ou participantes. Em geral, são consideradas vantajosas as seguintes características:

a) A pluralidade de atores envolvidos nas redes possibilita maior mobilização de recursos e garante a diversidade de opiniões sobre o problema em questão;
b) Graças à capilaridade das redes, a definição de prioridades ocorre de forma mais democrática, envolvendo organizações de pequeno porte e mais próximas dos problemas;
c) Como as redes envolvem simultaneamente governo e organizações não-governamentais, pode-se contar com uma presença pública, sem necessidade de criação de uma estrutura burocrática;
d) Dada a flexibilidade inerente à sua dinâmica, as redes podem desenvolver uma gestão adaptativa que esteja conectada a uma realidade social volátil, articulando as ações de planejamento, execução, retroalimentação e redesenho, e adotando o monitoramento como instrumento de gestão, não de controle;
e) Pode se tratar de uma estrutura horizontalizada, em que os participantes preservam a sua autonomia, os objetivos e as estratégias estabelecidos pela rede são fruto dos consensos obtidos por processos de negociação entre suas participantes. Isso acarreta maior compromisso e responsabilidade em relação às metas compartilhadas e uma maior sustentabilidade.

Na literatura, é possível encontrar várias definições de rede:

Segundo Castells (2007, p.11), “uma rede por definição, não tem centro, mas apenas nós de diferentes dimensões e relações internodais que são freqüentemente assimétricas. Entretanto, em última instância, todos os nós são necessários para a existência da rede”.

De acordo com Castells (2007, p.566), “redes são estruturas abertas capazes de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós desde que consigam comunicar-se dentro da rede, ou seja, desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação”.

Para Najmanovich (1995, p. 71):

> A metáfora da rede, especialmente a dos fluxos variáveis com deslocamento dos pontos de encontro e renovação das pautas de conexão, tem se mostrado especialmente apta para pensar e construir novas formas de convivência que permitam forjar novos mundos em que sejamos co-protagonistas, que evoluem conjuntamente graças a permanente integração entre encontro e diferença.

Por sua vez, Souz e Quandt (2008, p. 34) afirmam que “redes sociais são estruturas dinâmicas e complexas formadas por pessoas com valores e/ou objetivos em comum, interligadas de forma horizontal e predominantemente descentralizada”.

Agranoff e McGuire (2001) salientam que:

> O termo redes, tal como empregado na literatura, se refere tipicamente a arranjos multiorganizacionais voltados para a resolução de problemas que não podem ser sanados, ao menos não facilmente, por organizações isoladas. As redes de gestão pública são lideradas ou geridas por representantes governamentais. Posto de forma simples, as redes são um fenômeno emergente que consiste em veículos distintos de gestão e que oferece desafios para as organizações isoladas e seu processo de gestão.

Na visão de O`Toole (1997), as redes exigem certa estabilidade estrutural, mas se estendem além dos vínculos formalmente estabelecidos e das ligações legítimas de políticas públicas. A noção de redes exclui meras hierarquias formais e mercados perfeitos, mas inclui um amplo conjunto de estruturas. O vínculo institucional que sustenta as relações em rede pode incluir cadeias de autoridade, relações de troca e coalizões baseadas em interesses comuns, todas fazendo parte de uma estrutura policêntrica singular.

A organização em rede não deve ser primeiramente compreendida como estrutura, mas sim como conexões e fluxos entre células, a partir dos quais certas estruturações vão surgindo para melhor funcionamento do conjunto:

a) Conexões: o que transforma empreendimentos isolados em células são as conexões que passam a estabelecer entre si. As conexões são ligações que permitem ações coordenadas, sem as quais as células não podem se realimentar, nutrir-se da diversidade e crescer em conjunto. Sem conexões não há rede;

b) Fluxos: conforme Mance (2002, p.43), por meio “das conexões fluem entre as células as matérias, informações e valores necessários à autopoiese da rede. O volume de fluxos e a sua diversidade devem ser adequados às demandas, necessidades de cada célula”.

Nesse sentido, pode-se afirmar que uma rede é composta por um conjunto de nós interconectados, em que nó é o ponto onde uma curva se entrecorta. Ademais, há quatro elementos morfológicos básicos: nódulo, posições, ligações e fluxos (quadro 1), ressaltados como partes constituintes das estruturas em rede (BRITTO, 2008). No caso específico das redes aplicadas à dinâmica organizacional, uma rede configura-se como a reunião de sujeitos (físicos e jurídicos) em razão de objetivos e/ou temáticas afins, de maneira participativa e voluntária (MENDES, CUNHA & TEIXEIRA, 2005):

Elementos morfológicos das redes	Elementos constitutivos das redes
Nódulos	Empresas ou atividades
Posições	Estrutura de divisão de trabalho
Ligações	Relacionamento entre empresas
Fluxos	Fluxo de bens (tangíveis) e de informações (intangíveis)

QUADRO 1 - Eventos estruturais das redes
Fonte: autor

Como aponta Souza (2005, p.49), “o verdadeiro potencial estratégico das redes de cooperação interempresariais se revela no desenvolvimento de recursos intangíveis, em especial das capacitações organizacionais”. Entretanto, há dois tipos diferentes de fluxos internos em uma rede de empresa: fluxos tangíveis e intangíveis. Os fluxos tangíveis geralmente estão associados a transações recorrentes, estabelecidas entre os agentes, por meio das quais são transferidos insumos e produtos. Já os fluxos intangíveis são de difícil qualificação, por se basearem em troca de informações e conhecimentos (BRITTO, 2008).

Consequentemente, as organizações podem ser vistas como redes sociais formadas por indivíduos interconectados, interpretando, criando, compartilhando e agindo em torno de informações e conhecimento, e também por meio de uma estrutura social que não está necessariamente limitada à organização formal, podendo incluir relacionamento inter-organizacional ou coletividades de empresas que formam a chamada rede ou organização informal.

Conforme Mance (2000), as redes formam uma articulação entre diversas unidades e, por meio de certas ligações, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente.

Podem se multiplicar em novas unidades, as quais fortalecem todo o conjunto, na medida em que são fortalecidas por ele, permitindo-lhe expandir-se em novas unidades ou manter-se em equilíbrio sustentável. Cada nódulo da rede representa uma unidade, e cada fio, um canal, por onde essas unidades se articulam por meio de fluxos.

De acordo com Fleury e Ouverney (2007), a busca da racionalidade sistêmica envolve não só a utilização eficaz e eficiente das bases produtivas, mas também a articulação dos provedores, segundo os princípios que regem a composição dos sistemas em que a rede está inserida. A partir de uma macroanálise, pode-se classificar as redes em cinco tipos:

a) Redes de fornecedores: incluem subcontratação e fornecimento de insumos intermediários para produção;
b) Redes de produtores: acordos de co-produção, que oferecem possibilidade a produtores concorrentes de juntarem suas capacidades de produção, com a finalidade de ampliar seus portfólios de produtos;
c) Redes de clientes: encadeamentos à frente entre distribuidores, canais, revendedores e usuários finais;
d) Coalizões-padrão: objetivo explícito de prender tantas empresas quanto possível a seu produto proprietário;
e) Redes de cooperação tecnológica: facilitam a aquisição de tecnologia para projetos e produção de produtos, com acesso compartilhado a conhecimentos científicos genéricos e de P&D.

Se o cenário for tomado com um recorte analítico, baseado no conceito de rede como uma sistematização, pode-se apresentar o conceito de forma mais detalhada (quadros 2, 3 e 4):

I – Análise baseada em características dos nódulos e ligações das redes			
Tipo	**Foco**	**Método**	**Base de Dados**
1- Redes associadas a firmas específicas	Firma específica e seus relacionamentos	Análises quantitativas dos relacionamentos da firma investigada	Combinação de informações coletadas junto à firma e de informações de bancos de dados sobre cooperação
2- Redes de relacionamentos entre agentes	Estrutura de relações bilaterais	Análises de relacionamentos bilaterais. Tratamento estatístico de informações sobre relações/análise topológica baseada em critérios de densidade e centralização	Questionários especificamente formatados para permitir caracterização de relacionamentos bilaterais/utilização de informações de banco de dados sobre acordos de cooperação e alianças estratégicas entre agentes.
3- Redes de relacionamentos interpessoais	Firmas e indivíduos	Tratamento estatístico de informação sobre relacionamento entre indivíduos	Informações sobre mobilidade do pessoal técnico entre organizações e sobre intercâmbio de informações sobre o caráter mais ou menos sistemático do contato estabelecido entre eles.

QUADRO 2 - Rede Sistemática – parte I
Fonte: Adaptado de Britto (2008, p. 112)

II – Análise baseada em características dos fluxos internos às redes			
Tipo	**Foco**	**Método**	**Base de dados**
4- Redes baeadas em fluxos tecnológicos	Agentes e outputs tecnológicos	Indução da estrutura da rede via análise de fluxos tecnológicos/ identificação do padrão de especialização em função de campos técnicos privilegiados	Informação de bancos de dados sobre fluxos tecnológicos/ ênfase em outputs que refletem cooperação. Importância da sistematização de informações por diferentes campos técnicos.
5- Redes de relacionamento entre atividades	Estrutura das atividades integradas à rede	Indução da estrutura da rede via análise topológica/ critérios de similaridade e interdependência entre atividades	Matrizes insumo-produto tradicionais e matrizes de fluxos tecnológicos entre atividades/ identificação de setores emissores e receptores de inovação e outros tipos de estímulos
6- Redes técnico-científicas	Agentes e atividades de diferentes “pólos” das redes	Análise qualitativa combinada com técnicas formais (cluster, fatorial).	Informações sobre intercâmbio de informações entre diferentes pólos da rede/ Ênfase na analise dos fluxos de conhecimentos entre pólos das redes
7- Redes ancoradas em tecnologias específicas	Agentes e tecnologias específicas	Tratamento estatístico de informações sobre condicionantes da difusão das tecnologias investigadas.	Levantamento de informações sobre o grau de difusão de tecnologias indutoras da cooperação e dos fatores que a influenciam/ comparação entre redes quanto a esse aspecto.

QUADRO 3 - Rede Sistemática – parte II
Fonte: Adaptado de Britto (2008, p. 112)

III – Análises baseadas na caracterização prévia da rede			
Tipo	**Foco**	**Método**	**Base de Dados**
8- Redes ancoradas a programas e projetos cooperativos	Agentes participantes de programas e projetos	Detalhamento institucional dos programas / avaliação dois resultados dos programas e dos condicionantes do sucesso	Informações sobre projetos cooperativos coletadas junto a firmas ou agências de coordenação/ possibilidade de utilização de questionários estruturados na avaliação a esse especto.
9- Estudos de caso isolados	Agentes e fatores ambientais institucionais locais	Análise qualitativa e descritiva/ ênfase na identificação de estímulos ambientais. Possibilidade de sofisticar descrição através de análise fatorial	Informações coletadas diretamente junto aos agentes e instituições integradas à rede sem necessidade de definição prévia de categorias de análise/ Avaliação de condicionantes ambientais e das respostas geradas pela rede
10- Estudos de caso com análise estrutural do arranjo	Agentes e relações	Mescla de análise qualitativa combinada com técnicas formais, visando caracterizar grupos homogêneos de agentes	Informações coletadas por meio de questionários estruturados combinadas com informações secundárias/ tratamento de informações visando possibilitar a realização de análise fatorial.

QUADRO 4 - Rede Sistemática – parte III
Fonte: Adaptado de Britto (2008, p. 112)

Segundo Souza (2005), o conceito de rede de cooperação como aliança inter-organizacional possui um projeto coletivo ao aumento da competitividade das empresas, para proporcionar uma dinâmica específica às relações preexistentes entre elas. O imbricamento entre as empresas seria capaz de contribuir para a complementaridade dos recursos, por meio dos conteúdos trocados nas relações de cooperação e, dessa forma, aumentar as vantagens competitivas e agregar valor para as empresas.

As redes, como apontam Fleury e Ouverney (2007), mais do que um arranjo temporário para solucionar problemas organizacionais, podem constituir uma resposta estratégica na elevação da capacidade de eficiência e de inovação das empresas. Os membros de uma rede são beneficiados pela diversidade nela presente, propícia à inovação, a partir de propostas ou ideias individuais. Isso possibilita reagir mais rapidamente em casos de elevados riscos.

As redes tendem a criar processos decisórios caracterizados por maior nível de democratização, uma vez que operam por meio da produção de consenso entre os participantes, sendo a circulação de informação o recurso estratégico nas decisões. Nesse contexto, os referidos autores definem como elementos essenciais à caracterização de uma estrutura em rede a existência de ações estrategicamente planejadas, uma missão comum, o compromisso com metas acordadas coletivamente e o intercâmbio constante e duradouro de recursos.

Ademais, a importância estratégica da rede de organização ocorre pelo estabelecimento de acordos de cooperação, reciprocidade e alianças, visando a encontrar saídas para intervir na realidade complexa. A rede não é apenas um objetivo em si, mas parte de uma metodologia para a ação, que permita manter, ampliar ou criar alternativas desejáveis.

Na visão de Junqueira (2000), o processo de redes, ao articular os diversos atores sociais, possibilita superar a incapacidade dos responsáveis pela gestão. Não se trata somente da construção de uma realidade de vínculos, mas também de uma maneira de analisar e entender a realidade.

O modelo de gestão em rede, para Fleury e Ouverney (2007), estende o foco analítico para as relações inter-setoriais. Todavia, nesse caso, a liderança é colaborativa. Os atores no sistema dependem uns dos outros, porque precisam dos recursos alheios para atingir suas metas e objetivos.

A interdependência significa que todos os atores devem se beneficiar de alguma forma, em virtude de seu interesse comum em uma atividade específica, e que o problema particular só pode ser sanado se os atores envolvidos buscarem suas solução de forma estratégica e colaborativa (KEAST et al., 2004). Nesse sentido, Fleury e Ouverney (op.cit, p.7) complementam que “apesar da diversidade de contextos institucionais, impõe-se esta nova realidade caracterizada pela dependência mutua, visto que nenhum ator detém o controle dos recursos e do processo total”.

A organização em rede fornece aos seus integrantes um instrumento fundamental para a gerência das políticas em contextos democráticos, permitindo a construção de novas formas de coletivização, socialização, organização solidárias e coordenação. As redes de políticas podem ser tomadas como uma tentativa de criar novas formas de coordenação, capazes de atender às necessidades e características do contexto atual, em que o poder se apresenta como plural e diversificado. Assim, Junqueira (2000) relata que as redes sociais se expressam como um conjunto de pessoas e organizações que se relacionam para responder demandas e necessidades da população de maneira integrada, mas respeitando o saber e a autonomia de cada membro.

Como complemento à forma integrada citada acima, acrescenta-se que, no conceito de rede, os critérios do pensamento sistêmico são interdependentes e a natureza é vista como uma teia inter-conexa de relações, descrita por meio de uma rede de conceitos e modelos todos igualmente importantes. Embora haja grandes vantagens da estrutura em rede, Fleury e Ouverney (op.cit.) ressaltam que essa formação por atores independentes pode implicar

dispersão da capacidade decisória e produção de incerteza, definindo assim a natureza das incertezas:

a) Incerteza substantiva: divergências quanto às soluções dos problemas de política, seja pelas diferentes percepções sobre suas causas e origens, seja pela utilização de métodos alternativos de abordagem;
b) Incerteza estratégica: resulta da imprevisibilidade do comportamento estratégico dos diversos atores envolvidos, baseados em diferentes percepções, interesses e objetivos;
c) Incerteza institucional: decorre da existência de arcabouços regulatórios e contextos jurisdicionais diferenciados e muitas vezes superpostos.

Como ponto estratégico, para Castells (2007), é ainda possível destacar que constituem redes produtivas e de gerenciamento as estruturas cujas flexibilidades não precisam incorporar todos os atores, mas que devem ser capaz de acessá-los quando for conveniente e quantas vezes forem necessárias em cada situação específica. Contudo, dentre essas situações específicas, Souza (2005, p.49) salienta que “a capacidade de integrar conhecimento e transformar competências tácitas e explícitas em um corpo de conhecimento organizacional dependeria da habilidade de interagir e compartilhar conhecimento”.

Ao se partir do princípio que a comunicação e a interatividade se desenvolvem a partir dos pactos e dos padrões estabelecidos em comunidade, colocam-se as seguintes definições baseadas em Mendes, Cunha e Teixeira (2005):

a) Valores e objetivos compartilhados – o que une os diferentes membros de uma rede é o conjunto de valores e objetivos estabelecidos como comuns, interconectando ações e projetos;

b) Participação – a participação dos integrantes de uma rede é que a faz funcionar. Uma rede só existe quando em movimento. Sem participação, deixa de existir. O alicerce das redes é a vontade de seus integrantes;

c) Colaboração – a colaboração entre os integrantes deve ser uma premissa do trabalho. A participação deve ser colaborativa;

d) Multiliderança e horizontalidade – uma rede não possui hierarquia nem chefe. A liderança provém de muitas fontes, e as decisões também são compartilhadas;

e) Conectividade – uma rede é uma costura dinâmica de muitos pontos. Só quando estão ligados uns aos outros e interagindo é que indivíduos e organizações mantêm uma rede;

f) Realimentação e capilaridade – em uma rede, a informação circula livremente e é emitida de pontos diversos, sendo encaminhada de maneira não-linear a uma infinidade de outros pontos, que também são emissores de informação. O importante nesses fluxos é a realimentação do sistema;

g) Descentralização e capilarização – uma rede não tem centro. Ou melhor, cada ponto da rede é um centro em potencial. Uma rede pode desdobrar-se em múltiplos níveis ou segmentos autônomos, capazes de operar independentemente do restante;

h) Dinamismo – uma rede é uma estrutura plástica, dinâmica, cujo movimento ultrapassa fronteiras físicas ou geográficas.

2.2 A Rede de Informação

Conforme Anand, Glick e Manz (2002, p. 58), “administrar conhecimento é uma chave para o sucesso organizacional”. E para Grant (1996), as vantagens organizacionais atuais vão além de suas cadeias de valores: em vez disso, surgem do conhecimento dessas organizações, aplicadas em suas atividades críticas.

Nessa linha, as empresas estão cada vez mais cientes de suas necessidades de recorrer a agentes externos, e se não têm a capacidade de tirar proveito do conhecimento do seu capital social, é porque não possuem redes sociais adequadas. Contar com redes sociais adequadas significa que o novo conhecimento que ingressa à empresa soma-se ao conhecimento interno já existente, trazendo um conhecimento consolidado de grande valia às suas operações. Nesse sentido, os referidos autores ressaltam que “como é pouco provável que as organizações possuam toda a quantidade de conhecimento necessário em suas fronteiras, necessitarão cada vez mais tirar proveito de seu capital social para tomar suas decisões eficazes” (p.59).

Segundo Dowbor (2001a), a informação racionalmente organizada consiste em iluminar, de maneira privilegiada, os eixos de ação, e não em gerar uma infinidade de

informação sobre tudo, afogando os elementos significativos. Aliás, ao falar de conhecimento para enfrentar os problemas da sociedade, não cabe somente constituir um banco de dados rico em informações, mas sim um ambiente que permeia o conjunto das atividades descentralizadas, capaz de cumprir o papel de permitir a auto-regulação informada das iniciativas.

É bastante comum o conceito de que as informações devem ser destinadas aos tomadores de decisões; porém, para o referido autor, é necessária "a compreensão de que a informação é essencial para todo o universo que participa do processo, devendo constituir um ambiente que permeia o conjunto de interações, pois o atraso neste plano tem uma conseqüência simples: sem informação não há participação" (p. 6).

O ponto central na questão da informação é que essa ainda é extremamente centralizada nas mãos de poucas pessoas, trazendo consequências ao sucesso das atividades do ambiente, evitando inclusive a participação ativa dos atores envolvidos. Nesse sentido, é possível dizer que a sociedade ainda está na era da escuridão, cuja principal característica é a limitação do suprimento de informações a todos os participantes do mercado. Assim, Lessig (2002, p.114) afirma que "mesmo em um mercado de perfeita concorrência, o alto custo da informação restringe o escopo do mercado".

Ocorre que muitos acontecimentos de importância histórica estão transformando o cenário em que as organizações estão presentes. Uma revolução tecnológica concentrada na tecnologia da informação começou a remodelar o ambiente em ritmo acelerado. Nesse sentido, Castells (2007, p. 67-68) salienta que:

> Meu ponto de partida, e não estou sozinho nesta conjectura, é que no final do século XX vivemos um desses raros intervalos na história. Um intervalo cuja característica é a transformação de nossa 'cultura material' pelos mecanismos de um novo paradigma tecnológico que se organiza em torno da tecnologia da informação. (...) A tecnologia da informação é para esta revolução o que as novas fontes de energia foram para as revoluções industriais sucessivas, do motor a vapor à eletricidade.

E o que caracteriza essa revolução tecnológica em andamento não é a centralidade de conhecimento e informação, mas a aplicação desses conhecimentos e da informação para a geração de novos conhecimentos, em um ciclo de realimentação cumulativa entre a inovação e seu uso. Em linhas gerais, a estruturação em rede, ou seja, quanto mais próxima a relação entre os locais de inovação, produção e utilização das novas tecnologias, mais rápida será a transformação das organizações, e maior o retorno positivo para favorecer futuras inovações.

Conforme o referido autor, passando de categorias teóricas à transformação histórica, o que importa de fato aos processos e formas organizacionais é a interação real entre os

modos de produção e os desenvolvimentos, estabelecidos e definidos pelos seus atores. Apesar de uma revolução em andamento dominar o cenário atual, os caminhos seguidos pelas organizações são, embora relacionados, lentos e de interação descompassada, e a primeira característica do novo paradigma que as organizações devem considerar é que a informação transformou-se em matéria-prima. E complementa que “são tecnologias para agir sobre a informação, não apenas informações para agir sobre a tecnologia” (p. 108).

A mudança contemporânea de paradigma pode ser vista como uma transferência de uma tecnologia baseada, principalmente, em insumos de energia para outra, baseada predominantemente em insumos de informação derivados de avanço da tecnologia. A emergência desse novo paradigma tecnológico organizado em torno de novas tecnologias da informação, mais flexíveis e poderosas, possibilita que a própria informação seja o produto do processo produtivo, em que o produto da nova organização inserida na tecnologia da informação seja o próprio processamento das informações.

Nesses termos, passa a ser de fundamental importância que as organizações saibam que o paradigma da tecnologia da informação não está evoluindo para seu fechamento como um sistema, mas sim rumo à abertura, como uma rede de acessos múltiplos. É forte e impositivo em sua materialidade, mas adaptável e aberto em seu desenvolvimento. Abrangência, complexidade e disposição em forma de rede são os seus principais atributos. Surgem, nesse contexto, organizações informacionais, em que a produtividade e a conectividade dos atores nesse ambiente dependem basicamente de sua capacidade de gerar, processar e aplicar de forma eficiente a informação baseada em conhecimento.

Como relata Castells (2007), vive-se um momento em que é clara a queda da produtividade, e talvez uma proporção significativa dessa desaceleração seja resultado da crescente inadequação da interpretação dos dados captados nos movimentos desse novo cenário, exatamente em razão do amplo escopo de sua transformação, sob o impacto da tecnologia da informação e das mudanças organizacionais.

Cabe salientar que a lucratividade e a competitividade são os verdadeiros determinantes da inovação tecnológica e do crescimento da produtividade, e que, a longo prazo, a produtividade é a fonte da riqueza das nações, mas a tecnologia organizacional e a capacidade de gerenciamento são os fatores que induzem à produtividade. Assim, o referido autor afirma que “produtividade e a competitividade na produção informacional baseiam-se na geração de conhecimentos e no processamento de dados” (p. 165).

A administração dos conhecimentos e o processamento das informações são essenciais ao desempenho das organizações que operam nesse novo cenário econômico. O referido autor menciona que “a nova economia tem por base um surto no crescimento da produtividade resultante da capacidade de se usar a nova tecnologia da informação para alimentar um sistema de produção fundamentado nos conhecimentos” (p. 202).

O ponto central nesse contexto é que a inteligência, o aprendizado organizacional e a administração dos conhecimentos são elementos principais das novas empresas da Era da Informação. Complementa que “mediante a interação entre a crise organizacional e a transformação e as novas tecnologias da informação, surgiu uma nova forma organizacional como característica da economia informacional/global: a empresa em rede” (p. 232).

As redes são e serão os componentes fundamentais das organizações, porque são capazes de formar-se e expandir-se em todos os sentidos no ambiente econômico, visto que contam com o poder da informação propiciado pelo novo paradigma tecnológico. A cooperação e os sistemas de rede oferecem a única possibilidade de dividir custos e riscos e de se manter em dia com a informação constantemente renovada.

É relevante nesse modelo observar que há uma desintegração vertical da produção em uma rede de empresas. A principal mudança pode ser caracterizada como a mudança de burocracias verticais para as empresas horizontais. Quando as redes de difundem, seu conhecimento se torna exponencial, pois as vantagens de estar na rede crescem exponencialmente, graças ao número maior de conexões existentes. Além disso, a penalidade por estar fora da rede aumenta com o crescimento da própria rede, em razão do número menor de oportunidades de alcançar outros elementos fora dessa.

Nesse sentido, Nakano (2005, p.59) relata que “em condições de reciprocidade, uma organização entra em uma rede se possuir algum tipo de recurso (informação, serviço ou produto) que seja de interesse para os demais participantes, da mesma forma que ela própria vai obter recursos de seus parceiros”.

Conforme Castells (2007), o desempenho de uma determinada rede dependerá de dois de seus atributos fundamentais: conectividade, ou seja, a capacidade estrutural de facilitar a comunicação sem ruídos entre seus componentes, e coerência, isto é, na medida em que há interesses compartilhado entre os objetivos da rede e de seus componentes.

Dessa forma, Fleury e Ouverney (2007, p. 71) asseveram que “uma vez definidos os objetivos coletivamente, as redes permitem rápido acesso a fontes de informação seguras,

além de mais eficientes em situações de incerteza, de mudança brusca, de alta complexidade ou que sejam adversas à gestão".

A estrutura da rede diz respeito à forma como os relacionamentos entre organizações estão estabelecidos, quando analisados sob o ponto de vista de uma organização participante, podendo ser diretos ou indiretos. Relacionamentos diretos permitem fluxos mais rápidos de conhecimento entre organizações, e indiretos podem permitir fluxos de informações mais lentos ou imprecisos pela existência de intermediários, alongando o canal de comunicação e aumentando a possibilidade da introdução de ruídos (NAKANO, 2005).

O adequado fluxo, a geração, a interpretação e o gerenciamento da informação são condições necessárias para que a rede possa gerar diagnósticos e prognósticos, engendrar e potencializar laços de realimentação entre as células, corrigir fluxos de valor, projetar crescimento e equilíbrios (MANCE, 2002).

Segundo Fleury e Ouverney (op.cit.), algumas características da tecnologia informacional permitem a formação de redes de políticas e apontam para um modelo sociocibernético de governança, como a inteligência distribuída (derrubada dos monopólios de conhecimento e distribuição, com acesso à informação para todos os atores), a estrutura horizontalizada (substituição das hierarquias pela conectividade) e a possibilidade de ação simultânea dos participantes.

O fato é que, em todos os sentidos, como afirma Neto (2005, p.17):

> [...] a informação é o combustível da nova economia e deve ser compreendida em seu sentido mais amplo, como conhecimento, idéias e capacidade mental. As organizações mais bem-sucedidas,..., são aquelas que operam sobre uma base do conhecimento coletivo. Isso significa cooperação eficiente, compartilhamento de informações, geração de novas idéias e o desenvolvimento para explorá-las.

Nesse sentido, segundo Castells (2007), o ponto central é que as informações oriundas de um momento e espaço específico são o fator crucial. A tecnologia da informação possibilita a recuperação descentralizada dessas informações e sua integração simultânea em um sistema flexível de elaboração de estratégias. Essa estrutura permite que todos os seus atores se unam, formando redes capazes de inovação e adaptação constantes. Assim, a unidade operacional real torna-se o projeto empresarial, possibilitado por uma rede, em vez de empresas individuais ou agrupamentos formais de empresas.

Para Tuomi (1999), as organizações bem-sucedidas passam a ser aquelas capazes de:

a) gerar conhecimentos e processar informações com eficiência;
b) adaptar-se à geometria variável da economia global;

c) ser flexível o suficiente para transformar seus meios tão rapidamente quanto mudam os objetivos, sob o impacto da rápida transformação cultural, tecnológica e institucional;
d) inovar, já que a inovação torna-se a principal arma competitiva.

Assim, o uso da tecnologia no gerenciamento da informação nas organizações em rede intensifica a sinergia dos processos de seleção, tratamento, recuperação e armazenamento de informações, qualificando o seu fluxo, podendo-se afirmar que o poder dos fluxos é mais importante do que os fluxos do poder.

Dessa maneira, Bauer (1999, p.68) relata que “informação é um conceito que faz sentido para um observador que vê tanto organismo como ambiente, e infere as idéias de um fluxo de informação entre eles”. Essas colocações levam a pensar que as funções e os processos dominantes na era da informação estão cada vez mais organizados em torno de redes.

2.3 O ambiente de saúde

2.3.1 Contexto geral e os determinantes da saúde

Em razão de pressões de custo, qualidade e acesso, o sistema de saúde atualmente é caracterizado por uma crise mundial. Os consumidores estão exigindo serviços de saúde em maior quantidade e de melhor qualidade. No entanto, em quase todos os países do mundo, a demanda por serviços de saúde cresce bem mais rapidamente do que a disposição e a capacidade de pagar por esses serviços.

Entres os fatores que levaram o sistema de saúde à situação em que se encontra, estão as pressões financeiras, a demanda por serviços da população que envelhece, as mudanças demográficas, o consumismo, as novas e caras tecnologias de tratamentos e a maior incidência de doenças crônicas e infecciosas, que poderão acarretar consequências a muitos países.

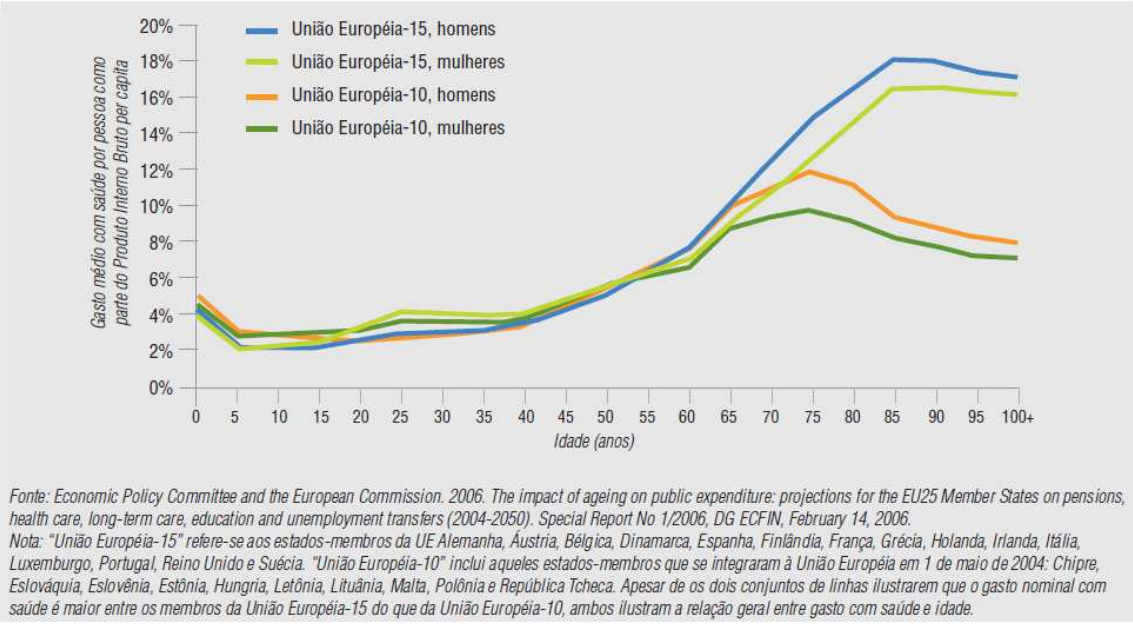
Os Estados Unidos são um bom exemplo de um sistema de saúde fora de controle: somam gastos em saúde *per capita* mais do que qualquer outro membro da OCDE: 22% mais do que Luxemburgo, o 2º colocado, 49% mais do que a Suíça, a 3ª colocada, e 2,4 vezes a média dos outros países da OCDE (OECD, 2006). Entretanto, tal gasto não tem produzido uma melhoria equivalente na qualidade do sistema de saúde, pois ainda há mais de 40 milhões de pessoas sem assistência. A OMS coloca os Estados Unidos em 37º lugar em desempenho geral de sistemas de saúde (WHO, 2000), e um recente estudo do *The Common Wealth Fund* concluiu que o país se destaca pela assistência médica ineficiente e pelos erros; trata-se de um ponto fora da curva quando se consideram barreiras de custo/acesso (MCGUINTY, 2004).

Nesse cenário, os Estados Unidos não estão sozinhos. Se a tendência atual não for revertida, por exemplo, em Ontário, no Canadá, os gastos com saúde serão responsáveis por 50% das despesas do governo desse país até 2011, por 2/3 até 2017 e por 100% até 2026 (SKINNER, 2005).

Globalmente, em 2006, os gastos com saúde foram de 8,7% do PIB, com a média mais alta de gastos na América do Norte (12,8%) e mais baixa no sudoeste da Ásia (3,4%). Essa média mundial monta uma média *per capita* de US$716, e tal gasto *per capita* na América do Norte chega a US$ 2.636. Somente nos Estados Unidos, o gasto foi em torno de 15,3% do PIB em 2006 (13,2% em 2000), o que equivale a US$6.719 *per capita,* contra US$4.570 em 2000 (WHO, 2009).

Para ilustrar melhor o que isso significa, em 2005, apenas cinco outros países possuíam PIBs tão grandes ou maiores do que os gastos dos Estados Unidos com seus sistemas de saúde. Isso mostra o crescimento desenfreado dos gastos com saúde sem melhorias expressivas nesse ambiente.

Esses exemplos não são diferentes entre outros lugares no mundo. Na Noruega, foram gastos em 2007 US$4.763 *per capita*, contra US$3.039 em 2000; no Reino Unido, foi de US$ 2.992 contra US$ 1.833 em 2000, e em Luxemburgo, US$ 4.162 em 2006 contra US$ 2.553 em 2000 (OECD, 2009). Essa alarmante evolução dos gastos com saúde pode ser visualizada na Figura 3:



Fonte: Economic Policy Committee and the European Commission. 2006. The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). Special Report No 1/2006, DG ECFIN, February 14, 2006.
Nota: "União Européia-15" refere-se aos estados-membros da UE Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Portugal, Reino Unido e Suécia. "União Européia-10" inclui aqueles estados-membros que se integraram à União Européia em 1 de maio de 2004: Chipre, Eslováquia, Eslovênia, Estônia, Hungria, Letônia, Lituânia, Malta, Polônia e República Tcheca. Apesar de os dois conjuntos de linhas ilustrarem que o gasto nominal com saúde é maior entre os membros da União Européia-15 do que da União Européia-10, ambos ilustram a relação geral entre gasto com saúde e idade.

FIGURA 3 - Gastos com Saúde entre os Países-membros da União Européia, por idade e sexo
Fonte: Economic Policy Commitee and the Europen Comission (2006)

Um dos fatores relevantes que tem causado impacto nesse cenário é a mudança demográfica, trazendo ao sistema de saúde a necessidade da reavaliação de recursos e prioridades. A principal mudança nesse contexto é o envelhecimento da população mundial. Em 2005, pessoas com 60 anos ou mais já representavam uma parcela maior da população mundial (10,4%) do que crianças com 4 anos ou menos (9,5%) (COHEN, 2005).

Essa alteração demográfica acaba refletindo uma crescente demanda por serviços de saúde e, consequentemente, aumenta os custos associados ao envelhecimento. Em 1999, nos Estados Unidos, pessoas com 65 anos ou mais correspondiam a 13% da população, mas respondiam por 36% do gasto nacional *per capita* com saúde. Isso representa um gasto quatro vezes maior do que com pessoas abaixo de 65 anos (KEEHAN, 2004).

Outra mudança demográfica de impacto que afeta o perfil geral da saúde do planeta é o alarmante aumento de pessoas com sobrepeso, trazendo os riscos envolvidos de doenças associadas. Institutos de pesquisa estimam que, atualmente, há mais pessoas acima do peso ideal do que abaixo do peso.

Sobre isso, a OMS afirma que:

> [...] em todo o mundo, estima-se que, em 2005, mais de 1 bilhão de pessoas apresentavam sobrepeso, incluindo 805 milhões de mulheres, e que mais de 300 milhões de pessoas eram obesas. Se a tendência atual continuar, projeta-se que os níveis médios de índice de massa corporal aumentarão em quase todos os países. Ate 2015, estima-se que mais de 1,5 bilhão de pessoas apresentarão sobrepeso (ONU, 2005).

Como consequência dessas alterações demográficas, um dos mais significativos promotores de mudança no sistema de saúde é a crescente incidência e o impacto causado pelas doenças crônicas. Atualmente, essas respondem por 60% das 58 milhões de mortes no mundo a cada ano, representando um considerável fardo econômico para as sociedades (ONU, 2005). Trata-se de uma fatia que chega a 75% dos recursos destinados a saúde em países desenvolvidos, consumida pelas necessidades de doentes crônicos (CDCP, 2003).

Além das doenças crônicas serem responsáveis por uma porcentagem crescente do total de mortes em países desenvolvidos, sua incidência em países em desenvolvimento e menos desenvolvidos também está em ascensão. Ademais, as chamadas “doenças de risco” são, na verdade, predominantes entre pessoas de renda baixa e média, entre as quais 80% das mortes se devem a doenças crônicas. Em todos os quadrantes, as populações mais pobres – aquelas mais expostas a riscos e com menos acesso a serviços de saúde – são as mais afetadas (Figura 4). Nos próximos 10 anos, estima-se que a incidência global de doenças crônicas crescerá em 17%, aumentando ainda mais o fardo global da doença (ONU, 2005):

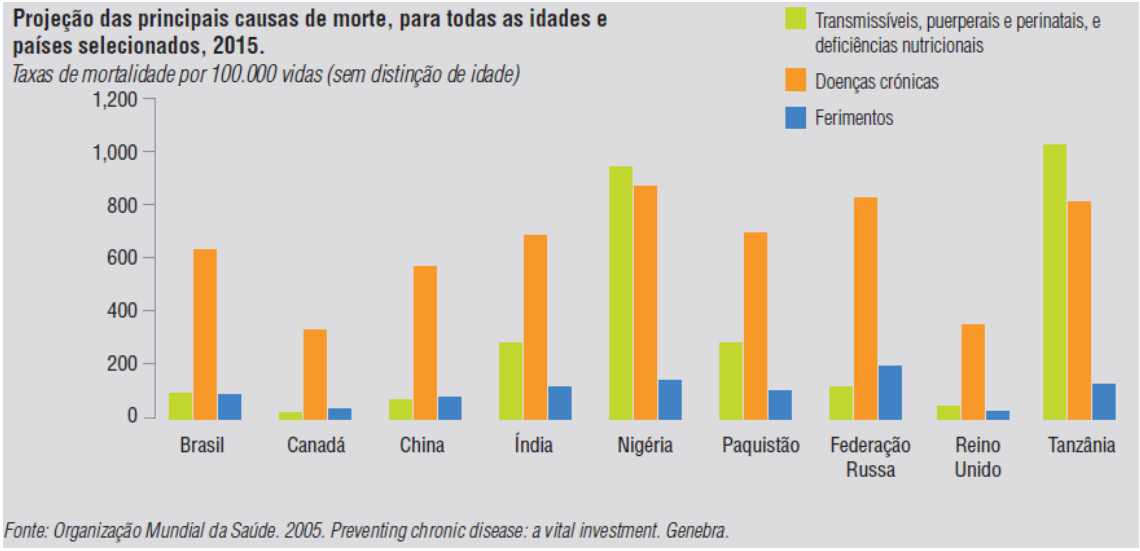


FIGURA 4 - Projeção para 2015 das principais causas de morte
Fonte: Organização Mundial da Saúde (2005)

2.3.2 O ambiente de saúde no Brasil

A saúde vem sendo apontada como condição *sine qua non* para o desenvolvimento de um país. Estudos realizados pela OMS concluem que seu baixo desempenho constitui

empecilho ao desenvolvimento econômico e social, visto que reduz a renda, a empregabilidade e a expectativa de vida, resultando em um ciclo vicioso de pobreza, desigualdade, injustiça social e violência.

O sistema de saúde pode ser conceituado como conjunto de instituições que cuidam da saúde dos cidadãos em determinada região. Atualmente, em países desenvolvidos, esses sistemas têm tido repercussões econômicas importantíssimas, haja vista que o ritmo de crescimento dos gastos em saúde é superior àquele observado para o PIB. Em países em desenvolvimento, a dificuldade em garantir recursos para o sistema de saúde tem comprometido seu desenvolvimento social e econômico e a qualidade de vida.

Os resultados do sistema de saúde no Brasil acompanham os demais países quando comparados aos índices médios globais, inclusive com a presença dos mesmos problemas persistentes já relatos. O sistema de saúde brasileiro conta com três grandes fontes de financiamento: a administração pública (por meio de impostos e contribuições sociais arrecadadas pelas três esferas de Governo), as empresas e as famílias (WHO, 2009).

Como o Brasil não tem um sistema de contas locais em saúde, não há dados seguros disponíveis sobre o gasto total (público e privado) em saúde dentro de critérios internacionalmente comparáveis. Não obstante, a OMS estima que, em 2006, o gasto total em saúde correspondia a 7,5% do PIB (7,2% em 2000), o que equivale a aproximadamente R$ 230 bilhões/ano, enquanto o gasto privado correspondia a 52,1% do gasto total e o gasto direto das famílias representava 64% do gasto privado. Esses valores montam um gasto *per capita* de US$ 674 contra US$ 506 em 2000 (WHO, 2009).

O gasto privado em saúde é realizado por meio das famílias e das empresas, essas últimas mediante o fornecimento ou a contratação de seguros, ou mediante planos de saúde para seus empregados e dependentes, de forma voluntária, não obrigatória. Em 1996, 9% do gasto de consumo das famílias se destinavam à saúde (37% correspondiam à aquisição de medicamentos, 29% ao pagamento de planos e seguros de saúde e 17% a tratamentos odontológicos). Os gastos do setor mais rico da população representavam uma parte significativa dos gastos totais em saúde, enquanto os gastos do decil mais pobre constituíam uma ínfima fração. Segundo a Pesquisa Periódica de Orçamento Familiar, os três decis mais ricos corresponderam a 68% dos gastos totais em saúde, e para 30% dos mais pobres, corresponderam a apenas 7% do gasto (IBGE, 1996).

Também se observam diferenças qualitativas entre o gasto dos mais ricos e o dos mais pobres: enquanto para esses últimos o principal objetivo dos gastos em saúde foi

medicamentos, nos decis de maiores recursos, pesavam cada vez mais os gastos em planos de saúde, ainda que em todos os decis de rendas, os gastos em medicamentos representem uma proporção considerável dos gastos em saúde. Em particular, no decil mais pobre, 54% do gasto em saúde se destinavam à compra de medicamentos e 6% ao pagamento de planos de saúde, enquanto no decil mais rico, 24% do gasto foram para medicamentos e 33% para os planos de saúde (OPAS, 2007).

Pode-se dizer que o sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de serviços, envolvendo provedores e financiadores ligados ao setor público e ao setor privado. O sistema privado de planos e seguros de saúde oferece cobertura a 24,5% da população, 44% como titulares de planos de saúde e 56% como dependentes. Ao setor público de saúde, de acesso universal, compete a cobertura exclusiva com serviços assistências dos demais 75,5% da população (PNAD, 2003).

Nesse sentido, cabe comentar a divisão desigual dos recursos destinados à saúde no Brasil, posto que os gastos privados correspondem a 52,1% para atender a apenas 24,5% da população. Tal proporção demonstra claramente a condição de saúde a que é exposta os demais 75,5% da mesma população, além de onerar os gastos privados das famílias. Na verdade, os dados apontam que os planos de saúde atuam no sistema brasileiro de saúde, introduzindo um elemento de geração de desigualdade social no acesso e na utilização dos serviços de saúde, porque cobrem, majoritariamente, uma parcela da população, com predominância de pessoas com maior rendimento familiar.

Da mesma forma, constatam-se alterações demográficas na população brasileira no que se refere ao envelhecimento da população (Figura 5), trazendo maiores demandas ao sistema de saúde e a necessidade da reavaliação da destinação dos recursos, em especial para o tratamento de doenças crônicas. Em 2004, os idosos representavam 9,0% da população total e correspondiam a 58,4% da mortalidade do país (OPAS, 2007).

Com predomínio feminino, a proporção de maiores de 60 anos de idade na população geral aumentou de forma progressiva em todas as regiões do país. Em 1991, a esse grupo de faixa etária, correspondiam 7,8% das mulheres e 6,8% dos homens, e em 2004, as proporções correspondentes foram de 9,2% e 6,8% (OPAS, 2007).

O envelhecimento da população brasileira resulta da combinação das altas taxas de fecundidade das décadas passadas, pois tais taxas têm diminuído nos últimos anos, e da diminuição da mortalidade em idades mais jovens observada também nas últimas décadas. Aumentou também a concentração de pessoas com idade mais avançada dentro desse grupo;

de fato, maiores de 80 anos de idade representavam 0,8% da população em 1991 e 1,1% em 2004 (OPAS, 2007).

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. O fato marcante em relação às doenças crônicas é que crescem de forma muito expressiva com o passar dos anos: entre os de idade de 0 a 14 anos, foram reportados apenas 9,3% de doenças crônicas, mas entre os idosos, esse valor atinge 75,5% (69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres) (IBGE, 2009).

Nesse contexto, o grande problema se dá pelo fato de que o Brasil envelhece rapidamente, mas os grandes centros urbanos, embora já apresentem um perfil demográfico semelhante ao dos países mais desenvolvidos, ainda não possuem infraestrutura de serviços para dar conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes (IBGE, 2009).

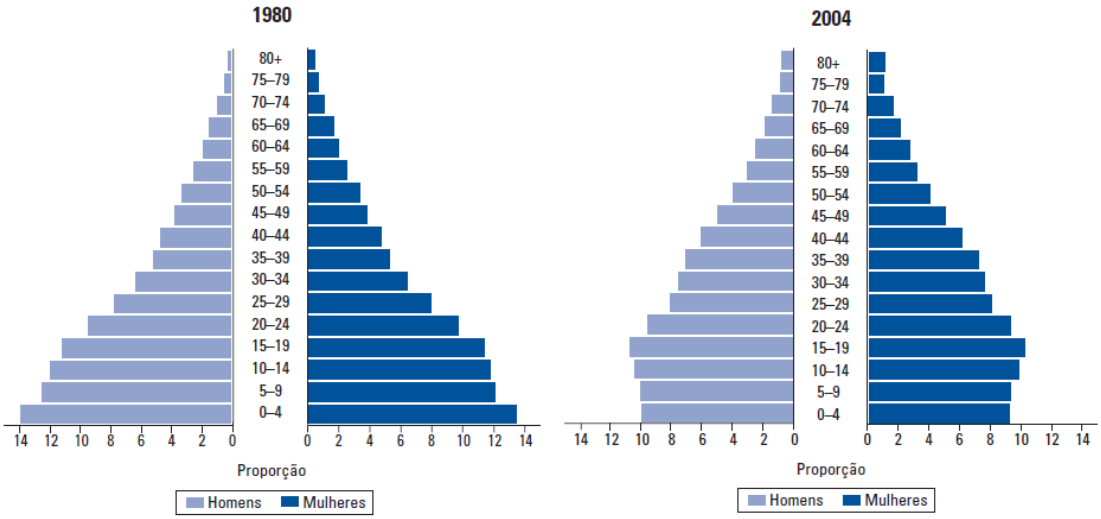


FIGURA 5 - Estrutura da população por idade e sexo, 1980 – 2004
Fonte: IBGE (2009)

Como a população envelhece e os idosos desenvolvem mais doenças crônicas, o número de consultas aumenta. Ademais, aumenta o consumo de medicamentos, e consequentemente, há maior necessidade de exames complementares e hospitalizações. As necessidades em saúde têm um padrão de distribuição, segundo a idade, em “J”, ou seja, as pessoas no início, e particularmente no final da vida, apresentam mais problemas de saúde. A grande diferença é que as doenças da faixa jovem são agudas e, portanto, de custo menor, enquanto as dos idosos são crônicas e de alto custo. Em 2003, a proporção de idosos que

consultaram médico, nos 12 meses anteriores à data de referência da pesquisa, era de 71,2%, para os homens e de 83,4%, para as mulheres (PNAD, 2003).

De forma consistente com os demais problemas de saúde no Brasil, há milhões de pessoas sem acesso aos medicamentos. Segundo o Ministério da Saúde (2003), do ponto de vista do indivíduo, esse quadro repercute em agravamento de enfermidades, perda de qualidade de vida, incapacidade para o trabalho e sofrimento individual e familiar. Para o sistema de saúde, diminui a efetividade do atendimento prestado, reduz a capacidade de atendimento, exige a organização de serviços mais complexos e acarreta um considerável aumento dos gastos.

Os medicamentos têm apresentado papel relevante na redução das taxas de mortalidade e morbidade da população em diversos países, principalmente naqueles em que o acesso a esses insumos é uma realidade. Ademais, o acesso aos medicamentos é um componente essencial de inclusão social e de busca da equidade e fortalecimento do sistema de saúde. Salienta-se, ainda, que o acesso aos medicamentos não pode estar desvinculado da existência de uma rede de serviços de saúde, em particular de uma estrutura de assistência farmacêutica pública e privada e de uma relação equilibrada com o mercado, que possibilite a aquisição de medicamentos pelas famílias.

O Brasil tem consumo *per capita* de medicamentos de aproximadamente US$ 51/ano (na Argentina, esse valor chega a US$ 165); ademais, 48% dos medicamentos vendidos são adquiridos por 15% da população, com renda acima de 10 salários mínimos. Os que ganham menos de quatro salários mínimos, 51% da população, consomem apenas 16% dos medicamentos, representando um gasto médio de US$ 19/habitante/ano (BRASIL, 1999).

2.3.3 As Dimensões da Saúde

Analisar o sistema de saúde em números leva a conclusões alarmantes e a perspectivas muito além do que os recursos disponíveis são possíveis, simplesmente pelos resultados apontados. O ponto chave dessa questão está no fato de que é necessário compreender o modelo atual e suas mudanças requeridas, antes do estabelecimento do caos anunciado. É bastante claro enxergar no modelo em curso a falta de convergência, inter-relação e interdependência, essenciais entre os atores desse ambiente.

Nesse cenário, enfatizam-se mais as relações isoladas do que a perspectiva sistêmica, sem ver o ambiente em termos de relações e integração dinâmicas. Embora o pensamento sistêmico seja um pensamento de processo, os atores da saúde ainda a enxergam em termos de um processo não contínuo, descrevendo muitas vezes esse ambiente como um estado estático.

Vale ressaltar que esse ambiente é realmente um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos econômicos, sociais e clínicos (Figura 6), todos interdependentes, e essas três dimensões da saúde afetam-se mutuamente. Se essa análise segregada for tomada dentro dessas três dimensões, fica mais transparente o entendimento do sistema de saúde e o quanto é presente a sua falta de ação em rede:

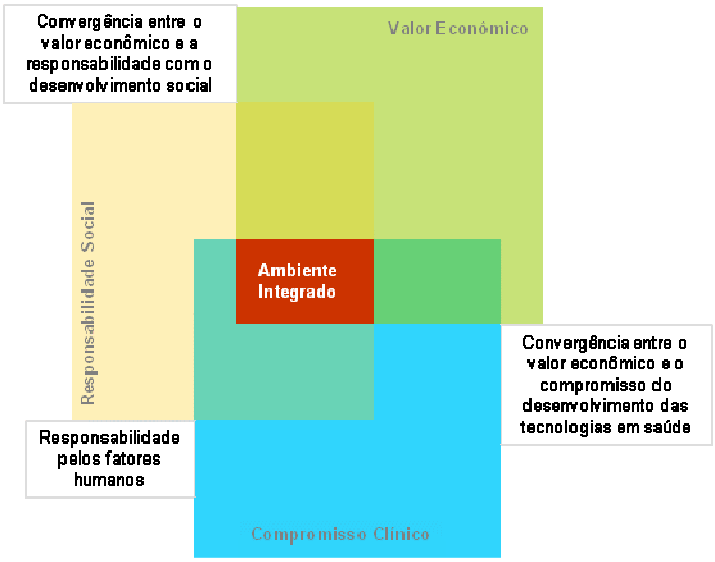


FIGURA 6 - Dimensões da Saúde
Fonte: autor

2.3.3.1 A Dimensão Econômica

O aumento populacional afeta os recursos e o meio ambiente de muitas maneiras significativas, inclusive intensificando a demanda por assistência a saúde. Nesse sentido, o desafio crítico para o Governo é imaginar planos de ação política que mitiguem efeitos do crescimento populacional sobre os recursos disponíveis, e que também desencorajem uma desaceleração da taxa desse crescimento. Claramente, o crescimento econômico global está em colisão com tendências populacionais e ambientais (HENDERSON, 1996).

Conforme Fuchs (2006), os recursos disponíveis à saúde são limitados em relação às necessidades requeridas pela população, que demandam muito mais serviços de saúde do que o sistema pode oferecer. Mesmo frente à escassez dos recursos disponíveis, percebe-se a ineficiência da utilização desses recursos, a qual, afirma-se, não poder ser negada.

Para o mesmo autor, possivelmente, um modelo que poderia trazer resultados positivos à área da saúde seria a busca de melhoria na condição de saúde da população, visando a reduzir o uso dos recursos disponíveis. Para tanto, seria essencial que as três dimensões analisadas neste estudo estivessem em equilíbrio e convergentes na busca de uma melhor consciência entre eles. Atualmente, vive-se em um ambiente de saúde em que a inflação médica supera em muito a inflação média. Nesse sentido, a crise atual desse setor seria também uma crise financeira, e a introdução de novas tecnologias é um dos principais fatores que tem contribuído para essa crise.

Assim, segundo o referido autor, a tecnologia tem causado impacto de forma relevante nas contas da saúde, que acabam por não substituir tecnologias passadas, ou seja, agem de forma cumulativa e ainda são utilizadas com pouca consistência na aplicação dos tratamentos. A mesma relevância é vista nos medicamentos: diferentemente dos itens de consumo, o preço das prescrições médicas tende a manter-se constante ao longo do tempo.

O mesmo autor afirma que isso ocorre em razão das novas tecnologias trazidas ao mercado pelos laboratórios farmacêuticos, que investem pesadamente em descobertas de novos princípios ativos, que quando são inseridos no mercado, apresentam preços bem acima daqueles medicamentos substituídos. Embora nenhuma nação seja rica o suficiente para conter todas as mortes evitáveis, os recursos disponíveis à saúde precisam ser utilizados da forma mais eficiente possível.

Atualmente, as decisões impostas pelos agentes patrocinadores da saúde são concentradas em comparar o benefício marginal com o custo marginal, com uma grande tendência de que prevaleça sempre a questão econômica sob o argumento do recurso finito. Dessa forma, pode-se afirmar que se trata do produto de uma sociedade de gestores que busca racionalizar todas as esferas da vida social. De acordo com Chanlat (2000, p.39), “o social subordina-se à eficácia”.

No entanto, na visão de Capra (2006), o que lastreia os custos da saúde é o julgamento médico, e sem o trabalho de parceria, que nesse caso, seria essencial, é impossível uma redução nos custos que crescem a passos largos. Nesse sentido, a contenção dos custos na saúde estaria bem mais relacionada a uma reforma da prática médica do que a uma

regulação do ambiente. O fato é que “embora os médicos disponham de considerável poder para influenciar o sistema de assistência a saúde, eles também estão muito condicionados por esse sistema” (p.151).

Nessa esfera econômica, a questão do conflito entre os agentes é tão acentuada que, na opinião clínica, o uso abusivo de drogas é relacionado aos efeitos negativos na saúde, enquanto na opinião econômica, esse uso abusivo ocorre quando o benefício gerado não condiz com o dispêndio realizado.

Os medicamentos, que estão entre os vilões desse ambiente, poderiam se tornar um ponto forte na economia da saúde, haja vista que as dispensações adequadas contribuem no controle de doenças crônicas e agem na prevenção de muitas outras. Há autores que defendem a taxa de dispensação como uma remuneração do setor de distribuição farmacêutica e como forma de cobrir os gastos com logística e dispensações, sem guardar relação com o custo dos medicamentos. Contudo, é uma prática embrionária e que carece de muitas negociações e amadurecimento entre os atores desse mercado.

De qualquer forma, somente alternativas não é suficiente, seria necessário mais conhecimento dos médicos e pacientes a respeito das drogas prescritas. A ineficiência já destacada na área de saúde é bem evidente nos medicamentos. Entre as razões de seus altos custos, está o deficiente sistema de distribuição, que também não guarda qualquer conexão entre o ponto de venda e a prática médica.

Na verdade, os já destacados avanços populacionais e tecnológicos são muito maiores do que capacidade de gestão e de organização social, que se traduz em uma incompetência de se transformar esses avanços em qualidade de vida. Vive-se em um ambiente de saúde em que o tempo perdido da população não é considerado um custo do sistema, mas sim uma improdutividade social, sem ainda tomar como premissa que as oportunidades sociais facilitam as participações econômicas. Talvez isso ocorra porque seria mais cômodo adaptar o paciente ao sistema, em vez de modificá-lo.

O ponto chave é que esse ambiente deveria tratar a economia como meio e não como fim, com os atores respondendo às necessidades requeridas. Nesse sentido, Dowbor (2002, p. 47) relata que “o capitalismo responde à capacidade de compra, não às necessidades”.

Porém, no segmento de saúde, não basta o avanço, é essencial que se saiba para onde ir, pois o crescimento não implica necessariamente progresso social, clínico ou econômico. O PIB e o crescimento não medem o bem-estar, pois seus parâmetros de constituição não são preparados para isso. O trabalho voluntário, por exemplo, não é medido nas atividades de

saúde, mas contribui bravamente para o bem-estar. Conforme Gadrey e Jany-Catrice (2006, p. 41), “a contribuição dos serviços de saúde para o crescimento é mensurado pelo volume de consultas, de internações nos hospitais, de tratamentos, e não pela contribuição desses serviços para a melhoria da saúde e das condições de vida”.

O enfoque na qualidade de vida, e não apenas na renda e nas riquezas, configura hoje um afastamento das tradições estabelecidas pela economia (SEM, 2007). O crescimento econômico medido pelo PIB não leva em consideração os custos sociais para a contribuição às gerações futuras e para os efeitos imprevistos de conhecimento crescente da sociedade. Ademais, as tecnologias criadas, aparentemente, ultrapassam as capacidades adaptativas, sejam elas psicológicas, sociais, organizacionais ou políticas (HENDERSON, 1996).

2.3.3.2 A Dimensão Social

Como afirma Fuchs (2006, p.xviii), “não há dúvida de que podemos melhorar a nossa saúde modificando os nossos estilos de vida. O problema é que também é verdade que a maioria dos avanços na saúde tem vindo das novas descobertas e dos melhores caminhos de prevenção”.

Como aponta Sem (2007), o ponto central está no fato de que a utilização dos recursos de saúde é voluntária, assim, a disponibilidade dos serviços não garante a sua utilização. As pessoas têm o direito de usá-los, mas não a obrigação, ou ainda, a consciência suficiente. A informação não é racionalmente organizada a fim de iluminar as ações da população, em que somente o esclarecimento não configura o incentivo e a ação necessária.

Conforme o mesmo autor, a informação requerida nesse contexto não traz ao ambiente uma consciência saudável para que as questões econômicas possam ser administradas e a população passe a ter participação ativa na rede de parceria que não se estrutura nesse ambiente. De qualquer forma, afirma-se que a questão social poderia ser resolvida por meio da formação de uma consciência saudável. O problema do acesso da população aos recursos de saúde também ocorre, em grande parte, pela falta de capacidade financeira. Isso porque a maior parte da população não dispõe de recursos financeiros suficientes para acompanhar o nível crescente dos custos do mercado de saúde.

Ocorre que, quanto mais pobre a população, menor sua capacidade de financiar os tratamentos necessários, o que seria essencial para a economia da saúde. Ademais, acredita-se que não pode haver uma reversão espontânea dessa realidade se não houver esforço da sociedade nesse sentido. Atualmente, o objetivo central do desenvolvimento no campo da saúde não é a população, enquanto a economia é tratada como um fim. Fatores sociais com os serviços elementares de saúde são importantes não apenas por si mesmos, mas pelo papel que podem desempenhar ao dar às pessoas oportunidades (SEM, 2007).

Não é expressa com clareza a distinção entre o bem-estar humano e o bem-estar econômico. Caso isso ocorresse, seria possível pensar em mudanças nesse ambiente, que forma cada vez mais gestores, que pela própria natureza visa sempre o econômico. Assim sendo, Dowbor (2002b, p. 14) relata que “a visão de um mundo justo é tão essencial para a nossa sobrevivência como a de um mundo produtivo”.

Os atores do sistema de saúde consideram que o problema atual reside somente nos pacientes sem acesso aos recursos de saúde, pela falta de capacidade financeira e pela falta de informação, quando a questão também está nos custos indiretos e na falta de produtividade dessa população. A informação é essencial para construir o referencial da saúde da população que precisa ser assistida, gerando uma demanda participativa e uma inclusão dos desinformados, trazendo também mais responsabilidade às pessoas como um ator foco no sistema de saúde.

A transformação na responsabilidade conjunta do paciente é influenciada pela informação, e tal responsabilidade é fundamental ao bom desempenho do sistema de saúde, pois atualmente, o paciente é, normalmente, desvinculado dos pagamentos desse ambiente. De forma geral, esse não sabe quanto custam os serviços de saúde e nem mesmo se são de boa qualidade.

Na busca da saúde sustentável e integrada, sua promoção é colocada de lado, no lugar de exercer uma função primária. Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (CARTA DE OTTAWA, 1996).

Nesse contexto, a saúde não é encarada como um fator essencial para a vida, mas sim como um objetivo dentro de um contexto maior de viver. A saúde não deve ser responsabilidade única e exclusiva das dimensões econômicas e clínicas, mas deve passar, inclusive, por um estilo de vida saudável. A única questão desfavorável nesse sentido reside no interesse econômico de alguns atores do sistema de saúde, que hoje obtém vantagens

explorando a doença, formando assim uma verdadeira indústria da doença, que teria o seu fim decretado com o surgimento da indústria preventiva.

2.3.3.3 A Dimensão Clínica

A saúde deveria ser o resultado de um processo que toma todos os atores do sistema: o paciente, os profissionais, a estrutura de saúde e os agentes financiadores, trabalhando juntos, com confiança mútua, formando assim uma rede de parceria, que poderia também ser definida como uma rede de cooperação. O ponto em questão nesse caso é que o médico, em face dos resultados e das pressões econômicas, já não é mais o líder do time de saúde.

No entanto, essas pressões econômicas trazem ao ambiente de saúde um conflito com a classe médica, tornando totalmente inoperante as tentativas de formação de uma rede de parceria contributiva ao ambiente. O que não pode ser esquecido pelos agentes financeiros nessa guerra é que os médicos têm o poder de decisão e influenciam significativamente na produtividade do sistema. Simplesmente, controlam todo o processo de tratamento, embora, atualmente, sob grande influência dos pacientes, os quais têm tido uma participação maior na saúde, por meio de suas atitudes.

Nesse contexto, há um dilema entre os médicos, pacientes e as estruturas de saúde em relação aos processos de cura e tratamento: diagnosticar o quanto esses processos são essenciais ao desenvolvimento sustentável do ambiente integrado. No caso dos tratamentos, é exigido dos profissionais médicos que deem apenas conforto aos pacientes, e para tanto, é preciso ter habilidade nesse sentido, pois a maioria desses casos é auto-limitante. No caso das doenças, podem tomar seu curso e desaparecer, ou são crônicas e incuráveis.

Conforme Sem (2007), a sabedoria médica em distinguir os casos em que intervenção é necessária ou ainda quando seja somente exigido conforto aos pacientes é essencial na mudança do modelo atual, em que tais aplicações podem contribuir com o bem-estar do paciente e melhor desempenho financeiro.

Segundo o referido autor, essa distinção entre quais procedimentos adotar poderia trazer eficiência na utilização dos recursos disponíveis, uma vez que evitaria procedimentos

desnecessários, que poderiam ser redirecionados a outras pessoas com menos acesso aos serviços de saúde e que, por consequência, lutam contra uma morbidez desnecessária.

Para tanto, a certeza do paciente quanto ao seu bem-estar deve sempre estar assegurada por meio de sua própria consciência, que somente poderia ser atingida por um fluxo de informações, as quais objetivariam a não restringir o escopo da participação desses pacientes, que precisam ser vistos também como agentes responsáveis, não somente como pacientes. Talvez seja necessária apenas uma mudança na natureza da prática médica, em vez de uma proclamação de um conflito declarado, com a exclusão do médico como líder do time de saúde.

Para o mesmo autor, as tentativas de diminuir a liberdade participativa dos atores envolvidos no ambiente de saúde, como pretexto de defender valores econômicos, não contribuem em nada para o desenvolvimento sustentável e integrado da saúde. De qualquer forma, está clara a necessidade de um trabalho integrado das atividades econômicas, sociais e clínicas, envolvendo a multiplicidade das condições dos agentes relacionados. O desenvolvimento de um cenário de saúde sustentável e integrado consistirá, então, na eliminação das privações da liberdade, que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas em exercerem suas condições de agentes.

3 A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - PBM

3.1 A necessidade de mudança

Discutir o que é mais relevante para as mudanças necessárias no ambiente de saúde significa dizer que não se trata de alternativas, mas sim de objetivos articulados, e que o avanço de algumas áreas em detrimento de outras não constitui avanço, mas sim recuo. Aguardar que os mecanismos de mercado assegurem o equilíbrio dos processos poderia ser considerada uma fuga da realidade, e a própria sobrevivência das empresas no longo prazo exige sólida organização e cooperação.

O desafio consiste, portanto, em gerar uma dinâmica que permita colocar em rede o que já existe, construir gradualmente a navegabilidade nesse universo e criar, aos poucos, a

melhoria dos sistemas de elaboração de informação de cada ator do processo. Cabe ressaltar que a capacitação humana deve ser considerada nesse ambiente que requer mudanças.

A capacitação humana habilita as pessoas a participarem ativamente nesse processo, atuando como parte integrante da rede de parcerias, com sua relevância direta no bem-estar das pessoas e em seu papel indireto na influência da mudança social e na produção econômica. A racionalização do uso dos recursos, aliada a um conjunto de valores de respeito à vida, constituirá um dos principais avanços do ambiente de saúde.

Os avanços tecnológicos que estão entre os principais vilões da saúde, quando se trata de custos, podem permitir uma comunicação viável através das tecnologias de comunicações, organizando os atores do sistema de saúde em rede para trabalharem em torno da saúde e não mais em torno da doença, entendendo que o bem-estar deve ser objeto central e a economia somente o meio.

O ambiente de saúde precisa funcionar de maneira sistêmica, na busca de maior produtividade, sendo o lucro uma questão social. A atual situação demonstra a necessidade da união das competências dos atores para preencher a lacuna existente na estrutura do ambiente de saúde, formada pela falta de convergência entres os seus atores.

Nesse sentido, Toffler e Toffler (2007, p. 222) afirmam que “os custos dos sistemas de saúde estão fugindo ao controle e subindo vertiginosamente, as populações estão envelhecendo depressa demais e os políticos começam a entrar em pânico”, porém, explicações fortemente fundamentadas e essenciais a novos caminhos continuam fora da pauta de discussões dos atores essenciais da saúde.

Conforme Blaug (1994, p.43), deve-se esclarecer que “explicar é responder a pergunta ‘Por quê?’; é reduzir o misterioso e estranho a algo conhecido e familiar, produzindo assim a exclamação”. Essa falta de explicações essenciais leva o ambiente de saúde inclusive a uma crise de identidade, pois, como salienta Huntington (1996, p. 21), “nós só sabemos quem somos quando sabemos quem não somos e, muitas vezes, quando sabemos contra quem estamos”.

Assim, cabe ressaltar que a mudança de paradigma na assistência à saúde envolverá a formulação de novos modelos conceituais, a criação de novas instituições e a implementação de uma nova política, e que não mais haja a existência de “dois mundos”: os atores ficam sempre tentados a dividir em “nós e eles”.

Ocorre que, segundo Feyerabend (2003), os atores, atuando de forma convergente, ganham em conhecimento e, de forma contrária, isto é, da forma como atualmente estão

estruturados, acabam por formar um ambiente de caos, pois o enfraquecimento dos atores e a aparição de atores fracassados contribuem para a imagem de um ambiente em anarquia, embora com anarquistas amadores, haja vista que os anarquistas profissionais opõem-se a qualquer tipo de restrição e exigem que ao indivíduo seja permitindo desenvolver-se livremente, não estorvado por leis, deveres ou obrigações.

Nesse contexto, seria possível pensar o anarquismo como ferramenta na obtenção de progresso em qualquer dos sentidos que se escolha para atribuir ao termo, e não manter e defender o ambiente em seu *status quo*. Questiona-se, então: se as velhas formas de argumentação são uma causa demasiado fraca, esses defensores devem desistir ou recorrer a meios mais fortes e mais "irracionais"? Ademais: por que os homens com poder de decisão política, tão frequentemente, agem de forma contrária àquela apontada pela razão e que os próprios interesses em jogo sugerem? Por que o processo mental da inteligência, também frequentemente, parece não funcionar?

Talvez fosse possível responder a essas perguntas dizendo simplesmente que a execução das políticas atuais é adversa aos próprios interesses da comunidade e dos atores envolvidos, pelo fato de que se vive em um ambiente de insensatez. Nesse caso, a insensatez pertence à categoria de autoaprisionamento ao raciocínio do "não dispomos de alternativa" e, também, a uma frequente ilusão: aquela que leva a subestimar novos conceitos. O interesse de um grupo tende a atingir o bem-estar social e todas as demais vantagens comunitárias; insensatez é política que, nesse enfoque, conduz a resultados contra-producentes.

Segundo Tuchman (1984, p. 34), nota-se que os atores da saúde investem todas as suas habilidade e seus recursos na corrida por superioridade tecnológica para administrar doenças, que nunca poderá ser mantida por longo tempo, em lugar de buscar um *modus vivendi* com os atores "antagonistas", ou seja, um modo de contribuição conjunta. O autor complementa que:

> Se a inteligência é arejada o suficiente para perceber que determinada política, ao invés de satisfazer os interesses comunitários torna-se danosa, se existe autoconfiança bastante para reconhecer tal coisa e sabedoria capaz de reverter à situação, ter-se á atingido um dos momentos elevados na arte de governar (p. 34).

Pode-se dizer que as teorias tornam-se claras e razoáveis apenas depois que partes incoerentes tenham sido usadas por longo tempo. Esse prelúdio desarrazoado, insensato e sem método revela-se, assim, ser uma precondição inevitável de clareza. É possível, assim, criar uma tradição que é mantida coesa por regras escritas até certo ponto, mas todas as metodologias, até mesmo as mais óbvias, têm seus limites.

> "A verdade é que não há uma única regra, ainda que plausível e isoladamente fundada na epistemologia, que não seja violada em algum momento e se há eventos, não necessariamente argumentados, que são causa de adotarmos novos padrões, inclusive formas novas e mais complexas de argumentação, não cabe então aos defensores do *status quo* fornecer não apenas contra-argumentos, mas também causas contrárias" (Feyerabend, 2003, p. 39).

A condição de consistência, que exige que hipóteses novas estejam de acordo com teorias aceitas, é desarrazoada, pois preserva a teoria mais antiga e não a melhor. Hipóteses contradizendo teorias bem confirmadas proporcionam evidências as quais não podem ser obtidas de outras maneiras. A proliferação de teorias é benéfica à ciência, ao passo que a uniformidade prejudica seu poder crítico. A uniformidade também ameaça o livre desenvolvimento (FEYERABEND, 2003).

Na visão de Blaug (1994), o ambiente da saúde demonstra a todos os seus atores, por meio dos seus resultados, a necessidade de substituição de um quadro teórico por outro, em consequência de refutações repetidas e anomalias crescentes, podendo-se observar desacordo com os fatos. A discussão dos fatos incompatíveis com a teoria em andamento precisa ser posta em pauta, a fim de se buscar o progresso.

Para o mesmo autor, deve-se enxergar sempre qualquer ambiente em um estado de permanente evolução. É comum a vivência de largos períodos, durante os quais o *status quo* é preservado, porém, chega o momento em que são interrompidos, e muitas vezes por saltos descontínuos de um paradigma prevalecente para outro, sem que exista qualquer ponte conceptual de comunicação entre eles.

Como aponta Chalmers (1983, p.31), conviver em um ambiente onde anomalias começam a surgir e seus pilares passam a ser falsificados seria afirmar que a sociedade está inserida em um ambiente de irracionalidade, com foco concentrado na experiência. Completa que "para um indutivista, a fonte da verdade não é a lógica, mas a experiência".

Afirmar a convivência em um ambiente irracional, de acordo com Blaug (op.cit., p.323), poderia parecer uma crítica severa, mas aparentemente real, em que a racionalidade significa agir com razões e com tanta informação quanto possível, ou ainda, aplicar consistentemente meios adequados para alcançar fins bem especificados, em que haja incerteza sobre resultados futuros. Da mesma forma, "racionalidade significa maximizar a utilidade esperada, ou seja, a utilidade de um resultado multiplicado pela probabilidade da sua ocorrência".

Segundo Thomas (1980), presidente da Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, a sociedade está hoje, aproximadamente, com a mesma lista das principais doenças mais comuns com que o país se defrontou em 1950, e embora tenha sido acumulado um notável acervo de informações acerca de algumas dessas, isso ainda é insuficiente para permitir a prevenção ou a cura completa de qualquer uma delas. Assim, Capra (2006, p.129) ressalta que "aqueles que dizem que a medicina fez pouco progresso nos últimos anos também estão certos. Eles estão falando da cura e não de conhecimento científico".

Assim sendo, afirma-se que esse mundo precisa de mudanças, e não só de mudanças normais, mas também mudanças revolucionárias. Sobre isso, Kuhn (2003, p.24-25) assevera que:

> [...] a mudança normal, como já dito... é o tipo que resulta em crescimento, acréscimo, adição cumulativa ao que era antes conhecido... As mudanças revolucionárias são diferentes e bem mais problemáticas. Elas envolvem descobertas que não podem ser acomodadas nos limites dos conceitos que estavam em uso antes de elas terem sido feitas. A fim de fazer ou assimilar tal descoberta, deve-se alterar o modo como se pensa, e se descreve algum conjunto de fenômenos.

Precisa ficar claro entre os partícipes da saúde que, muitas vezes, não é possível produzir mudanças simplesmente por um acréscimo ao que já era conhecido, ou seja, "empurrado por trás". Algumas vezes, é necessário que a evolução seja puxada pela frente, isto é, em direção a algo, e não simplesmente uma evolução a partir de algo.

Outro motivo aparente e que leva a um pensamento de mudança é a falta de previsão dos fatos relacionados ao ambiente da saúde, considerando que a previsão é tipicamente usada para atestar se a lei universal é sustentada. Assim sendo, Blaug (1994, p. 43) salienta que "na medida em que a teoria possa prever, ela prevê a possibilidade do certo resultado na eventualidade da verificação de certos eventos, e não a probabilidade de certo resultado no caso da verificação de certos eventos".

Explicar o que não pode ser previsto é não oferecer apoio aos seus argumentos. Sobre isso, Bernstein (1997, p. 200) diz que "se conhecermos as causas, podemos prever os efeitos. Assim, o acaso para o ignorante não é acaso para o cientista. O acaso é apenas a medida de nossa ignorância".

A falta de previsão dos fatos leva a afirmar que as teorias aplicadas a esse ambiente tornaram-se materialmente falsas, revelando-se assim pelos resultados das observações e dos experimentos. A consequência dessa falsa materialidade traz fracassos, demonstrando que o contexto atingiu um grau de seriedade que constitui uma crise séria ao paradigma em curso.

Esse cenário demonstra que o ambiente está regido por teorias falsiadas, mostrando que está sofrendo o impacto de fortes anomalias, pois os problemas já não são resolvidos dentro das regras do seu paradigma e resistem às soluções inovadoras, resultando assim em uma crise do setor. Nesse contexto, Chalmers (1983, p. 127) relata que “problemas que resistem a uma solução são vistos mais como anomalias do que como falsificações de um paradigma”.

De acordo com Castells (2007), pode-se tomar o meio de inovação como um conjunto específico de relações de produção e gerenciamento, com base em uma organização social que, de modo geral, compartilha uma cultura de trabalho e metas instrumentais, visando a gerar novos conhecimentos, processos e produtos.

Nesse sentido, o mesmo autor define que a especificidade de um meio de inovação é sua capacidade de gerar sinergia, isto é, o valor agregado resultante não do efeito cumulativo dos elementos presentes no meio, mas de sua interação. E complementa que “os meios de inovação são as fontes fundamentais de inovação e de geração de valor agregado no processo de produção industrial da era da informação” (p. 478).

O novo modelo de negócio precisa envolver a integração horizontal e vertical das segregada organizações e atividades da saúde, em que o sistema passa a ser visto não como a soma das partes, mas na perspectiva do todo. Nesse sentido, Capra (2006, p. 80) afirma que “a teoria quântica mostrou-nos que o mundo não pode ser analisado a partir de elementos isolados, independentes. A noção de partes separadas é uma idealização com validade somente aproximada”.

Na concepção de redes, o mundo é mostrado em termos de relações e integração. As redes são totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidades menores. O sistema de saúde precisa passar a ser visto como sendo, a um só tempo, mais do que a soma das partes, porque a reunião das partes permite o surgimento de novas potencialidades para o conjunto, qualidades emergentes que também retroalimentam as partes, e estimula-se a expressar suas potencialidades individuais (BAUER, 1999).

Deve-se enfatizar mais as relações do que as entidades isoladas, percebendo que essas relações são inerentemente dinâmicas. O pensamento em rede é o pensamento de processo; a forma torna-se associada ao processo, a inter-relação à integração, e os opostos são unificados por meio da oscilação. Sobre isso, Capra (2006, p. 31) aponta que “o pensamento sistêmico é pensamento de processo e, por conseguinte, a visão sistêmica encara a saúde em termos de um processo contínuo”.

Enquanto a maioria das definições atuais descreve o ambiente de saúde como um estado estático de indivíduos isolados, o conceito de rede da saúde subentende atividade e mudança contínuas, refletindo a resposta criativa dos atores aos desafios ambientais. Esse ambiente é realmente um fenômeno multidimensional: suas múltiplas dimensões afetam-se mutuamente, e a harmonia requerida ocorre quando tais dimensões estão bem equilibradas e integradas.

O cenário atual da assistência à saúde está reduzido à assistência médica dentro da estrutura biomédica, isto é, concentra-se na medicina de base hospitalar e dependente da orientação dos grandes laboratórios farmacêuticos. A assistência à saúde e a prevenção de doenças são tomadas como dois problemas distintos e, por conseguinte, os profissionais da saúde pouco fazem no sentido de apoiar a política ambiental e social diretamente relacionada com a saúde pública.

Todavia, o que os profissionais relacionados à saúde precisam tomar ciência é de que uma nova civilização está emergindo na sociedade e, por toda parte, há aqueles que tentam suprimi-la, travando-se assim uma luta entre os que procuram preservar o *status quo* e os que procuram suplantá-lo. Nesse sentido, Toffler (2005, p. 237) salienta que:

> A redefinição da saúde não é uma questão de escolha, mas uma resposta necessária a cinco mudanças revolucionárias das condições atuais de produção. Mudanças no ambiente físico, no alinhamento das forças sociais, no papel de informação, na organização do governo e na moralidade.]

Segundo Moura (1998), a aplicação de conceitos sistêmicos para descrever processos e atividades do sistema de saúde é particularmente urgente, porque, de fato, muitos dos problemas atuais da sociedade são problemas sistêmicos, que já não podem ser entendidos dentro do âmbito da visão de mundo da ciência cartesiana. A abordagem de redes, como expressão dos novos arranjos inter-organizacionais que emergem na atualidade, indica o incremento dos processos de interdependência entre atores e organizações e, particularmente, entre agentes públicos e privados.

Nesse contexto, a proliferação de redes de gestão é explicada por uma multiplicidade de fatores que atuam simultaneamente, conformando uma nova realidade administrativa, porém, a possibilidade de estabelecer redes de gestão está igualmente condicionada ao desenvolvimento tecnológico das comunicações, permitindo interações virtuais em tempo real. Cabe reconhecer e enfatizar que o desenvolvimento tecnológico impulsionou a tecnologia da informação, revolucionando os modelos organizacionais vigentes e produzindo

soluções inovadoras no processo de planejamento, coordenação e controle das atividades e viabilização virtual (FLEURY & OUVERNEY, 2007).

O poder dos fluxos de informações, em especial possibilitado pelas novas tecnologias, passa a exercer um papel mais importante do que os próprios fluxos de poder. Nesse sentido, como apontam Souz e Quandt (2008, p. 35), “estar localizado em um ponto estratégico da rede é, muitas vezes, mais importante que estar localizado em algum determinado nível hierárquico, mesmo que superior”.

Qualquer sistema de assistência à saúde é um produto de sua história e existe dentro de um contexto ambiental e cultural. Como esse contexto muda continuamente, o sistema de assistência à saúde também deve mudar, adaptando-se às sucessivas situações, sendo modificadas por novas influências econômicas, clínicas e sociais. A mudança de um modelo, inclusive a evolução do sistema de saúde, está intimamente ligada às mudanças no sistema de valores que serve de base a todas as suas manifestações. Toda prática social é, de fato, regida por normas e valores: podem ser boas ou más, desejáveis ou inaceitáveis, respeitosas dos seres humanos ou atentatórias à sua dignidade, mas são todas resultantes de representações em determinado contexto social, que não se pode eximir de questionar (CHANLAT, 2000).

Para integrar o modelo atual em sistema efetivo de assistência à saúde, baseado em concepção holística, é fundamental estabelecer uma base conceitual comum para se abordar a questão da saúde, de modo que todos esses grupos possam se comunicar e coordenar seus esforços e, desse modo, os objetivos, que definidos coletivamente, articulam pessoas e instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas sociais. Já que a qualidade do sistema de saúde demanda uma visão integrada dos problemas sociais, a ação conjunta do atores de uma rede surge como uma nova possibilidade para resolver os problemas, entendendo que, para Adizes (2004, p. 8), “problemas são manifestações de desintegrações causadas por mudanças”.

Com os custos e as ineficiências aumentando cada vez mais, a crise econômica da indústria da saúde não poderá ser solucionada até que se olhe além das soluções tradicionais, para trazer ao cenário descobertas eficientes e inovadoras, como oportunidades oferecidas pela economia do conhecimento. Sobre isso, Toffler e Toffler (2007, p. 225) asseveram que “infelizmente, reformas baseadas em conclusões e princípios da era industrial só tornam as coisas mais difíceis”.

Nenhum sistema de saúde foi desenhado e constituído para enfrentar essa combinação de doenças altamente dependentes de fatores comportamentais e estilo de vida,

somados ao envelhecimento natural da população. Essa realidade é historicamente nova e nenhuma das reformas baseadas em estilos tradicionais conseguirá atuar na reforma desse sistema. Observa-se nesse ambiente um completo desalinhamento, posto que os avanços de tecnologias são maiores do que a capacidade de gestão. Atualmente, a área de saúde é onde se podem encontrar grandes tecnologias e também as instituições mais obsoletas, desorganizadas e contraproducentes.

Com base no cenário descrito, pode-se afirmar que a necessidade de mudança no sistema de saúde é premente, caso contrário, esse sistema pode estar condenado à entropia, mostrando que seus atores estão atuando sem a capacidade de reação; tal fato poderia levar a uma reação somente quando não houvesse mais nenhuma possibilidade de solução, em vez de uma reação enquanto ainda há tempo.

Da mesma forma, fica claro que o processo de construção do novo modelo deverá ser formado pela organização em rede logicamente coerente de conceitos, para interligar os dados observados, em que a multiplicidade de atores influenciando o processo político, seja na decisão, execução ou controle de ações, sinalizará o florescimento de um sistema de saúde policêntrico, com organizações distintas de núcleos articuladores, visando a relações mais horizontais que privilegiarão o fluxo de informações comuns. Nesse contexto, afirma Toffler (2005, p. 181) que “as memórias privadas, não compartilhas, morrem com o indivíduo. A memória social sobrevive”.

Assim sendo, é necessário o emprego de táticas que permitam aprender tantas coisas quanto possível, sem que se fique preso a uma maneira particular de pensar, diminuindo, desse modo, a incerteza que atualmente decorre da própria limitação do conhecimento (JOHANSSON, 2008).

3.2 A visão das gestoras de assistência farmacêuticas - PBMs

3.2.1 Histórico

A assistência farmacêutica gerida por PBMs, atividade criada nos Estados Unidos, foi desenvolvida preliminarmente para conter de forma rápida o crescimento dos custos com

saúde e para contribuir com o acesso aos benefícios dos cuidados com a saúde, enquanto manteria ou melhoraria a qualidade dos planos de saúde aos seus membros.

Nesse contexto, os medicamentos sempre foram um componente do *health care*. As PBMs desenvolveram as suas estruturas básicas suportadas no acesso e na dispensação de medicamentos, considerando a prescrição das drogas um benefício essencial à saúde pública, embora o ato americano de 1973 da HMO – *Health Maintenance Organization*, não tenha previsto tal necessidade (NAVARRO, 2009).

Apesar do contexto da saúde, historicamente, as atividades de uma PBM podem ser descritas como uma gestão de custos, pois o programa inicial é focado em economia de custos e tem pouca ênfase em garantir retornos clínicos. Isso ocorreu com base nos resultados das operadoras de saúde que, em meados dos anos 1980, tiveram como experiência dois dígitos de aumento anual nos seus programas farmacêuticos. Tal fato alarmante foi suficiente para a implementação dos primeiros processos de gestão da assistência farmacêutica, por meio de programas internos ou externos, focados no controle efetivo dos medicamentos.

Assim, foram criadas as PBMs, empresas cujo objetivo era atender a uma nova demanda, criada pela necessidade de as operadoras de saúde gerir seus programas de assistência farmacêutica. Dessa forma, pode-se dizer que a contenção de gastos com medicamentos foi o objetivo primário na implantação do gerenciamento de benefícios de prescrições de medicamentos.

Atualmente, segundo a PricewaterhouseCoopers (2007), 213 milhões de americanos ou 71% estão sob gestão das PBMs, correspondendo a 82% do gastos privados com medicamentos. A economia nos gastos com medicamentos em 2008 chegou a US$85 bilhões, e deverá chegar a US$1,3 trilhões, entre 2008 a 2017.

3.2.2 Princípios

Há dois componentes centrais que influenciam os custos totais dos programas de saúde: o custo por unidade de serviço e o número de unidades utilizadas. No caso farmacêutico, esses componentes são o custo por prescrição e o número de prescrições dipensadas. Se considerada essa premissa, as PBMs procuram, por meio de uma lista de

medicamentos referencial (Formulário), promover medicamentos que alcancem os dois objetivos essenciais nesse contexto: custo e qualidade.

Os programas de assistência farmacêutica são constituídos para o uso de medicamentos disponíveis com qualidade, ao custo mais baixo possível. Da mesma forma, também se faz necessário o controle da utilização dos medicamentos entre a população, para se obter retornos adequados, e a eliminação de usos desnecessários.

A busca pela minimização de custos com benefício de medicamentos tem sido diretamente ligada aos gestores de carteiras de saúde. Nesse sentido, um fator relevante é não considerar custos com benefícios de medicamentos de forma segregada aos demais custos com a saúde. Medicamentos mais baratos podem produzir efeitos adversos custosos quando comparado aos medicamentos mais caros. Por outro lado, a redução do uso de um medicamento poderia resultar em elevados gastos com hospitalização. Assim, somente o uso farmacêutico apropriado trará contribuições positivas quanto ao resultado econômico e ao retorno clínico.

Para se conseguir o controle dos custos das unidades e o gerenciamento da utilização, uma PBM busca a gestão da parceria e da demanda por produtos e serviços de saúde. Por meio dessa gestão, o risco financeiro dos produtos e serviços cobertos é compartilhado entre os indivíduos relacionados aos programas de benefícios farmacêuticos. A gestão da parceria envolve a formalização de acordos com todos os atores envolvidos nas atividades das PBMs, e a gestão da demanda envolve o desembolso dos beneficiários pelo custo compartilhado, ou co-pagamento, quanto esse obtém produtos ou serviços.

Em suma, os pontos chaves das atividades de uma PBM são:

a) Gestão do custo e da utilização de medicamentos;
b) Obtenção de preços especiais (descontos) de todos os parceiros/fornecedores;
c) Compartilhar o risco financeiro com os beneficiários, compartilhando parte do custo dos medicamentos, sempre que acessarem o programa.

3.2.3 Componentes de uma PBM

Os principais componentes para que uma PBM exerça as suas atividades incluem:

a) Definições das linhas gerais do programa de benefícios;
b) Definição dos fornecedores de medicamentos;
c) Definição dos prescritores autorizados;
d) Credenciamento de uma rede de farmácias conectada eletronicamente;
e) Um formulário de medicamentos;
f) Um programa de substituição de medicamentos de referência por genéricos;
g) Negociação dos descontos e das bonificações com os fornecedores de medicamentos;
h) Um *co-payment* aos pacientes por prescrição; e
i) Revisão da utilização de medicamentos.

Programas avançados de PBM ainda podem conter componentes adicionais, como programas de adesão ao tratamento e programas especiais para gestão de pacientes crônicos.

3.2.4 Sistema de Distribuição

O sistema de distribuição é sempre um componente crítico aos programas de assistência farmacêutica. Uma distribuição adequada deve prover aos beneficiários um acesso conveniente aos medicamentos clinicamente apropriados, a um custo efetivo. O custo e a satisfação dos beneficiários sempre devem ser os objetivos considerados no desenho do sistema de distribuição.

Normalmente, os sistemas de distribuição são constituídos por farmácias próprias, farmácias independentes e ainda por serviços de entregas - *mail-order*, sempre considerando que os beneficiários esperam confiabilidade e farmacêuticos preparados para prover informações a respeito dos medicamentos.

Esse fator é importante, porque os pacientes estão se voltando cada vez mais aos farmacêuticos em busca de conselhos que gerem economia. Cabe frisar que as PBMs, o beneficiário, o agente pagador, a farmácia e as operadoras de saúde têm um objetivo comum: conter custos enquanto asseguram a qualidade clínica e os serviços farmacêuticos.

3.2.5 Sistema de informação

No sensitivo ambiente da saúde, é essencial que os atores contem com informações precisas e em tempo oportuno. As PBMs atuam com sistemas interativo, *online* e *real-time*, mantendo eletronicamente detalhados todos os registros dos atores envolvidos, permitindo aos farmacêuticos processar uma autorização de dispensação de medicamento em alguns segundos com respostas instantâneas.

Esse processo tecnológico nos pontos de dispensação trouxe novas características ao atendimento dos beneficiários e à gestão dos fatos ocorridos, permitindo vantagens operacionais relevantes e grande eficiência na gestão da assistência farmacêutica. Esse sistema, que inicialmente exercia somente controle, com o tempo, passou a fazer um pouco mais do que verificar simplesmente a elegibilidade: passou a conectar, em tempo real, as farmácias e os demais atores desse ambiente, e ainda a disponibilizar informações relevantes à gestão da saúde, por meio de informações retrospectivas.

Historicamente, pode-se afirmar que esse processo teve duas fases: a primeira tinha como meta o controle, ou seja, verificar a elegibilidade dos beneficiários. Posteriormente, com a formação e a evolução das PBMs, iniciou-se a segunda fase, em que algumas características foram acrescidas, como a execução de algoritmos de preços focada no gerenciamento das autorizações, buscando o custo mais baixo possível, baseada em guias clínicos. Atualmente, com a contínua evolução das PBMs, pode-se afirmar que já foi alcançada a terceira fase.

As PBMs não só avaliam autorizações baseadas em guias clínicos, mas também cada submissão para a efetividade dos custos, com a utilização adequada de medicamentos. A geração de informações também permitiu a revisão da utilização medicamentosa prospectiva, que passou a auxiliar os pacientes em seus estados de saúde, permitindo a redução de efeitos colaterais, erros de dispensação e do uso inadequado de medicamentos, de forma integrada ao sistema de saúde.

Hoje, é possível selecionar métodos farmacêuticos apropriados baseados em códigos de diagnósticos, histórico do paciente ou ainda em outras especificações clínicas. Os sistemas

de prescrições podem avaliar cada paciente submetido contra critérios clínicos específicos, em vez de guias clínicos voltados a toda uma população.

Com os modernos sistemas de tecnologia, as PBMs estão habilitadas a exercerem importantes funções administrativas, incluindo a validação da elegibilidade, a manutenção da rede de farmácia credenciada, o algoritmo de preços, o suporte técnico científico e a criação de um histórico importantíssimo de dados.

A descrição típica de uma PBM pode ser feita da seguinte forma (Figura 7): um farmacêutico submete uma autorização ao sistema de processamento de autorizações via modem, linha dedicada ou satélite. A autorização eletrônica é avaliada dentro de seus formatos padrões, e deve conter dados mínimos para um requerimento. Uma vez atendidos todos os passos, a autorização solicitada é aceita ou rejeitada, em razão de algum fator de violação administrativa ou clínica.

FIGURA 7 - Processo de autorização de uma PBM
Fonte: autor

3.2.6 Gerenciamento do Formulário

O fator mais crítico de uma PBM continua sendo o Formulário, o caminho de maior sucesso para o controle do custo das drogas e para o aprimoramento da qualidade de vida. Objetivamente definido, um Formulário é uma lista de medicamentos aprovada para o uso em determinado programa de medicamentos. De acordo com Fox et al (1999, p. 6), “o Formulário, o qual especifica os medicamentos cobertos, é a peça de centro de um benefício farmacêutico”.

A principal função de um Formulário é identificar o medicamento mais apropriado a ser recomendado aos beneficiários. No entanto, bons resultados não são alcançados se o Formulário for utilizado isoladamente. O efeito na qualidade é mais bem notado quando é incorporado em linhas clínicas ou protocolos de tratamentos.

Formulários desenhados ao redor de programas de gestão de pacientes crônicos contribuem efetivamente para os objetivos principais do programa: maximizar os resultados dos beneficiários, reduzir custos médicos diretos e indiretos e contribuir com a qualidade de vida. Formulários nunca trabalham sozinhos; são apenas um componente de sucesso da gestão de programas de medicamentos e devem sempre acompanhar linhas clínicas, análise retrospectiva da utilização de medicamentos, programas de pacientes crônicos e aspectos legais.

O objetivo primário do Formulário é promover cuidados, efetividade e medicamento apropriado, e é frequentemente encoberto pela percepção pública da sua missão: a contenção de custos nos programas de medicamentos. É fato que os Formulários têm contido custos desde a sua criação e, atualmente, controlam os custos, assegurando bons desempenhos dos tratamentos, balanceando custo e qualidade. Formulários recomendam medicamentos mais caros quando há evidências de que esses reduzirão outros custos de tratamento. Quando há evidências de que medicamentos são equivalentes, o mais barato, normalmente, é selecionado.

3.2.7 Revisão da utilização de Medicamentos

Atualmente, a grande ênfase no sistema de saúde é o balanceamento entre a qualidade e o custo da assistência. O tema central, quando se toma esse balanceamento, é a

utilização apropriada de serviços médicos, incluindo o uso de medicamentos. A avaliação do uso dos medicamentos em indivíduos ou ainda em populações é uma tarefa essencial dos farmacêuticos, que têm sido cada vez mais cobrados nesse sentido.

Um método para avaliar como os medicamentos são usados é aplicado por um processo chamado Revisão da Utilização de Medicamentos (DUR – *Drug Utilization Review*). Programas de DUR podem poupar dinheiro e aprimorar a qualidade dos cuidados médicos pelo corte de medicamentos desnecessários ou não adequados e pela prevenção de efeitos adversos de medicamentos não apropriados.

Os programas de DUR pretendem assegurar a terapia apropriada. Podem ser definidos como um estudo em andamento da frequência do uso e dos custos dos medicamentos, em que padrões de prescrições, dispensações e utilizações podem ser determinados. Princípios da estrutura de DUR:

a) Autoridade suportada por uma base bem fundamentada;
b) Disponibilidade de perfil de utilização de medicamentos;
c) Disponibilidade de características demográficas e operacionais no serviço à população;
d) Padrões apropriados para a revisão e o julgamento dos medicamentos utilizados;
e) Esquema de avaliação para poder mensurar o impacto da revisão.

Basicamente, esses princípios sugerem que programas de DUR devem ter autoridade para revisar o uso de medicamentos por meio de informações disponíveis, e o resultado dessa revisão deve ser comparado a padrões apropriados. Ademais, assegurar a qualidade dos medicamentos usados de forma contínua, autorizada e estruturados. Medem ainda a utilização de medicamentos em face de um modelo pré-determinado e transformam o DUR de um simples estudo de histórico de utilização de medicamentos para uma avaliação completa de utilização clínica.

Um sistema completo de DUR é aquele em que a qualidade das drogas usadas é definida, mensurada e arquivada. É também um estudo de qualidade com ações corretivas com retorno e reavaliação aos prescritores. O programa não só aprimora o atendimento aos beneficiários, mas também provê benefícios substanciais aos farmacêuticos, prescritores e demais atores envolvidos. Seus benefícios aos farmacêuticos incluem expansão de

oportunidades para identificar e resolver interações medicamentosas, duplicação terapêutica e problemas de *overdosing*, sempre em nome do paciente.

Em relação aos prescritores, os benefícios de DUR não são somente pelo fato de que o processo agrega qualidade de tratamento aos seus pacientes, mas também permite comparações entre os prescritores, considerando suas prescrições de medicamentos em tratamentos de patologias específicas. A avaliação do uso dos medicamentos pode ser feita por meio de estudos de retrospecção, concomitantes ou de prospecção.

3.2.7.1 Retrospecção

A revisão de retrospecção é a mais fácil de ser implementada e executada. O medicamento que já foi administrado ao paciente é revisto para determinar se a terapia está em conformidade com os critérios aprovados. Normalmente, esse tipo de DUR serve como um filtro para identificar potenciais problemas, requerendo avaliação detalhada e intervenção. A desvantagem óbvia da revisão retrospectiva é que não há impacto imediato no tratamento ao cliente. Os itens comumente identificados no DUR retrospectivo são:

a) Abuso ou uso impróprio;
b) Uso adequado de medicamentos genéricos;
c) Interação medicamentosa;
d) Duração não apropriada de tratamentos;
e) Dosagens incorretas;
f) Super ou sub-dosagem;
g) Terapia duplicada.

3.2.7.2 Concomitante

A revisão concomitante fornece a oportunidade de ações corretivas durante a dispensação dos medicamentos, e permite, principalmente, interações medicamentosas e terapia duplicada. Embora o paciente possua uma prescrição médica, o DUR concorrente

permite alterações nessa prescrição quando necessário. Além disso, o método tem a vantagem de influenciar no tratamento do paciente mais diretamente do que o DUR retrospectivo, embora seja mais complexo. Os itens comumente identificados no DUR concorrente são:

a) Precauções droga x idade;
b) Contraindicações droga x patologia;
c) Interações droga x droga;
d) Precauções droga x gravidez;
e) Dosagem incorreta;
f) Super ou sub-dosagem;
g) Substituição terapêutica.

3.2.7.3 Prospecção

A revisão prospectiva ocorre antes de o paciente receber os medicamentos. A vantagem primária desse tipo de revisão é que os problemas são identificados e resolvidos antes da dispensação dos medicamentos. O potencial de conflitos entre farmacêuticos e médicos é inerente neste processo, e isso não deve prejudicar os cuidados aos pacientes. A maior desvantagem da avaliação prospectiva é a aproximação muito organizada e bem definida para identificar critérios específicos de avaliação e a comunicação desses critérios a todos os envolvidos. Os itens comumente identificados no DUR prospectivo são:

a) Precauções droga x alergias;
b) Contra-indicações droga x patologia;
c) Interações droga x droga;
d) Duração não apropriada de tratamentos;
e) Dosagem incorreta;
f) Terapia duplicada;
g) Substituição terapêutica.

O DUR prospectivo consiste em prover linha de direção aos prescritores, envolvendo a educação desses sobre prescrições apropriadas, por meio de arquivos comparativos de prescrições médicas. Assim, podem ser geradas intervenções educacionais aos médicos com históricos de prescrições inapropriadas, ou para encorajar a classe médica na prevenção de problemas. Os passos em um processo de DUR são:

a) Ganhar autoridade organizacional e assumir responsabilidades;
b) Delinear o escopo do DUR;
c) Identificar medicamentos específicos importantes a serem monitorados e avaliados;
d) Identificar indicativos;
e) Estabelecer os limiares (padrões para mensuração de performance);
f) Coletar e organizar o banco de dados;
g) Avaliar os medicamentos quando os limiares forem alcançados;
h) Prover ações para melhorar o uso dos medicamentos;
i) Dispor de ações efetivas;
j) Comunicar informações relevantes ao pessoal apropriado.

4 METODOLOGIA DE PESQUISA - A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL

4.1 Abordagem do Estudo de Caso

O delineamento de uma pesquisa possibilita colocar o problema em termos de verificação empírica, sendo o delineamento neste contexto, o planejamento da pesquisa em sua dimensão mais ampla, envolvendo tanto a sua diagramação quanto a previsão de análise e interpretação dos dados. O elemento mais importante para a identificação de um delineamento é o procedimento adotado para a coleta de dados. O procedimento adotado nesta pesquisa será o do estudo de caso, que é apropriado para esta pesquisa uma vez que a questão da pesquisa tem como objetivo desenvolver hipótese e proposições para investigações futuras assim como a busca de ligações operacionais que necessitam ser seguidas ao longo do tempo.

Stake distingue três tipos de estudos de caso a partir de suas finalidades: intrínseco, instrumental e coletivo. No estudo de caso intrínseco busca-se melhor compreensão de um caso apenas pelo interesse despertado por aquele caso particular.

> Aqui, o estudo não é empreendido primariamente porque o caso representa outros casos ou porque ilustra um traço ou problema particular, mas porque, em todas as suas particularidades e no que têm de comum, este caso é de interesse em si. O pesquisador, pelo menos temporariamente, subordina outras curiosidades para que as histórias dos que “vivem o caso” emerjam. O objetivo não é vir a entender algum constructo abstrato ou fenômeno genérico, tal como letramento, ou uso de droga por adolescentes ou o que um diretor de escola faz. O objetivo não é construir teoria – embora em outras vezes o pesquisador possa fazer exatamente isto. (Stake, 2000, p.437)

Já no estudo de caso instrumental, de forma contrária, o interesse no caso é devido pela crença de que o mesmo facilitará a compreensão de algo mais abrangente, uma vez que pode fornecer percepções sobre um assunto ou ainda contestar uma generalização amplamente aceita.

Por último o estudo de caso coletivo toma conjuntamente alguns casos para uma investigação de certo fenômeno, que pode ser entendido como um estudo instrumental estendido a vários casos, independentemente dos casos estudados serem ou não selecionados por manifestar alguma forma de similaridade. A base de suas seleções se dá pela crença de

que trarão melhor compreensão, ou mesmo melhor teorização, a partir de um conjunto de casos.

Stake deixa claro entre as suas afirmações que, para mostrar a particularidade do caso, os pesquisadores usualmente reúnem dados sobre todos os aspectos mencionados e ainda nos aponta para o fato de que o estudo de caso é geralmente organizado em torno de um pequeno número de questões. De toda forma, nos esclarece que nessa modalidade de investigação predominam questões ou temáticas sobre relações complexas, situadas e problemáticas.

Yin (1984) também enfoca a relevância da natureza das questões propostas para distinguir os estudos de caso de outras modalidades de pesquisa. Ele nos afirma que esta estratégia é normalmente usada quando as questões de interesse do estudo referem-se ao como e ao porquê, que são questões explicativas e tratam de relações operacionais que ocorrem ao longo do tempo mais do que freqüências ou incidências.

De maneira sintética, Yin define o estudo de caso como “uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural, em situações em que as fronteiras entre o contexto e o fenômeno não são claramente evidentes, utilizando múltiplas fontes de evidência”. (1984, p.23).

Pode-se dizer que um projeto de pesquisa que envolva o Método do Estudo de Caso envolve três fases distintas: (a) a escolha do referencial teórico sobre o qual se pretende trabalhar e a seleção dos casos com o desenvolvimento de protocolos para a coleta de dados; (b) a condução do estudo de caso, com a coleta e análise de dados, culminando com o relatório do caso; (c) a análise dos dados obtidos à luz da teoria selecionada, interpretando os resultados.

Na primeira fase da condução de estudos de caso o importante é atentar para o desenvolvimento do protocolo, a formalização dos documentos que revelam os procedimentos, os instrumentos a serem utilizados e as regras gerais a serem adotadas no estudo e onde estão listadas.

Na segunda fase, são colhidas as evidências que constituirão o material sobre o caso. Trata-se da análise dos documentos e das observações. O que é fundamental, neste momento, é a utilização de várias fontes de evidência, como a triangulação de dados, de avaliadores, de métodos ou mesmo de teorias ou perspectivas diferentes que possam explicar os dados.

Por último, na terceira fase do estudo busca-se a categorização e a classificação dos dados, tendo em vista as proposições iniciais. Embora existam várias estratégias para esta etapa, YIN (1984) propõe duas estratégias gerais: (1) basear a análise em proposições teóricas, organizando o conjunto de dados com base nas mesmas e buscando evidência das relações causais propostas na teoria; (2) desenvolver uma estrutura descritiva que ajude a identificar a existência de padrões de relacionamento entre os dados.

Yin (1984) também descreve três situações nas quais o estudo de caso é indicado. A primeira ocorre quando o caso em pauta é crítico para testar uma hipótese ou teoria previamente explicitada. A segunda razão que justifica a opção por um estudo de caso é o fato de ele ser extremo ou único. E a terceira situação descrita por Yin é o caso revelador, que ocorre quando o pesquisador tem acesso a uma situação ou fenômeno até então inacessível à investigação científica.

Usando um critério mais geral, Yin (1984, p.14) afirma que uma investigação caracteriza-se como um estudo de caso se “surge do desejo de compreender fenômenos sociais complexos” e “retém as características significativas e holísticas de eventos da vida real”.

4.2 Limitação do Método

Segundo Yin (1984) as maiores deficiências apresentadas pelo estudo de caso é a inflexibilidade: a utilização deste método de pesquisa pode deixar passar questões que influenciam a direção das discussões dos resultados e respectivas conclusões. Outra limitação é o fato do método de estudo de caso não permitir generalizações para o universo a partir da amostra. Por fim, a terceira restrição comum ao método do caso é a possibilidade de o caso levar muito tempo para ser estudado e produzir resultados interessantes, mas de pouco interesse em face do tempo.

4.3 Estudo de Caso

A partir da revisão bibliográfica da organização em rede e informações do sistema de saúde atual, as PBMs foram tomadas como uma proposta de mudança ao ambiente de saúde, entre as demais possíveis. A atividade das PBMs, ou ainda a assistência farmacêutica, pode se configurar como um nó essencial na rede de saúde e trazer para esse ambiente ações de integração, via informações relevantes captadas no decorrer das suas atividades. Adicionalmente, pode contribuir de forma sistêmica nesse ambiente, composto por vários atores desconectados. Pode-se dizer que há uma rede de atores no sistema de saúde, mas que não funciona ou não opera como deveria, devido à falta de integração entre os partícipes deste ambiente.

Para constatar a eficiência da assistência farmacêutica e entender a proposta de sua contribuição ao sistema de saúde, foram analisados três casos reais brasileiros de empresas que utilizam a assistência farmacêutica como benefício aos seus colaboradores e dependentes. A análise dos casos teve como foco a verificação da capacidade de geração de informações oriunda do exercício da assistência farmacêutica, e a utilidade dessas informações na integração dos atores do sistema de saúde, visando constituir uma rede eficiente e integrada para o sistema de saúde atual, com ganhos em todas as dimensões desse ambiente.

Os casos analisados neste estudo foram baseados nas informações fornecidas pela PBMS do Brasil S.A., que atua no Brasil como uma empresa gestora de assistência farmacêutica, classificada como uma PBM. Os dados providos são primários e contemplam os movimentos ou transações de três de seus clientes, não identificados neste estudo, para o período de 11(onze) meses, compreendido entre 1/1/2009 a 30/11/2009.

4.3.1 Caso 1 - Aspectos Gerais

Empresa multinacional que atua no setor de bens de consumo, dando assistência farmacêutica aos seus colaboradores e dependentes, com subsídio de 50% nos gastos com medicamentos. Os 50% restantes são considerados co-participação do colaborador, sendo liquidados de forma consignada, ou seja, com desconto em folha de pagamento. Essa empresa

não utiliza qualquer forma de controle clínico ou de unidades, e o único controle aplicado nesse benefício é o limite financeiro vinculado a um percentual dos rendimentos líquidos dos colaboradores beneficiados. Abaixo, segue o total de beneficiários vigentes[1] por faixa etária (Tabela 1), sexo (Tabela 2) e consumo (Tabela 3):

TABELA 1 - Faixa etária

Intervalo da Faixa Etária	
Faixa Etária 1	até 17 anos
Faixa Etária 2	18- 29
Faixa Etária 3	30-39
Faixa Etária 4	40-49
Faixa Etárria 5	50-59
Faixa Etária 6	acima de 60 anos

TABELA 2 - Caso 1 - Faixa etária e sexo

	Número de Beneficiários Vigentes		
Faixa Etária	**Feminino**	**Masculino**	**Total**
Faixa Etária 1	4.472	4.167	8.639
Faixa Etária 2	4.148	4.671	8.819
Faixa Etária 3	3.945	4.419	8.364
Faixa Etária 4	1.713	2.086	3.799
Faixa Etária 5	425	652	726
Faixa Etária 6	74	97	171
Total	14.777	16.092	30.869

TABELA 3 - Caso 1 - Participação do consumo por faixa etária

%P do Consumo por Faixa Etária	
Faixa Etária	**(%)**
Faixa Etária 1	27,99%
Faixa Etária 2	28,57%
Faixa Etária 3	27,10%
Faixa Etária 4	12,31%
Faixa Etária 5	3,49%
Faixa Etária 6	0,55%
Total	**100,00%**

Embora se perceba a concentração de pacientes portadores de doenças crônicas nas faixas mais altas, vemos neste caso a distribuição do consumo nas faixas mais baixas. Este fato se da pois a população analisada neste caso possui uma faixa etária baixa, basicamente

[1] Beneficiários Vigentes: cadastrados com direitos vigentes no período analisado.

composta pelos colaboradores da organização estudada, que atualmente no Brasil não possuem idades altas, e seus respectivos dependentes. Esta distribuição da população estudada não reflete a estrutura etária brasileira, que ao longo dos últimos anos vem demonstrando um achatamento da sua base e um alargamento do topo, com o envelhecimento da população. Da mesma forma, a população mundial possui uma distribuição média de 10,4% acima dos 60 anos de idade e de 9,5% abaixo do 4 anos de idades, posição diferente da apresentada neste cenário.

Abaixo, segue o total de usuários ativos[2] por faixa etária e sexo:

TABELA 4 - Caso 1 - Usuários x beneficiários por faixa etária

Usuários x Beneficiários			
Faixa Etária	**Número de Usuários Ativos**	**Número de Beneficiários Vigentes**	**Usuários x Beneficiários**
Faixa Etária 1	2.090	8.639	24,19%
Faixa Etária 2	2.570	8.819	29,14%
Faixa Etária 3	2.936	8.364	35,10%
Faixa Etária 4	1.287	3.799	33,88%
Faixa Etária 5	320	1.077	29,71%
Faixa Etária 6	22	171	12,87%
Total	**9.225**	**30.869**	**29,88%**

O número de usuários ativos reflete a adesão efetiva dos beneficiários à assistência farmacêutica, que neste caso é de 29,88% se considerarmos o número de usuários ativos frente ao número de beneficiários vigentes. Esta adesão retrata uma adesão bastante alta quando tomamos este percentual comparado ao consumo de medicamentos no Brasil, onde apenas 15% da população consome 48% dos medicamentos. Considerando que as doenças crônicas trazem as grandes demandas pelo consumo de saúde no mundo e que em média 75,5% daqueles com 60 anos ou mais são portadores de alguma doença crônica, vemos neste quadro um número significativo de doentes crônicos sem adesão ao tratamento por meio do consumo de medicamentos, pois apenas 12,88% desta população estariam sob controle de drogas.

[2] Usuários ativos: beneficiários vigentes que realizaram compra pelo sistema, no período analisado.

Segue o consumo por natureza do medicamento e suas despesas:

TABELA 5 - Caso 1 - Unidades consumidas por natureza

	Unidades vendidas	(%)
Genérico	28.798	17,91%
Marca	132.018	82,09%
Total	160.816	100,00%

TABELA 6 - Caso 1 - Consumo em valores por natureza

	Despesas (R$)	(%)
Genérico	R$ 517.397,90	13,34%
Marca	R$ 3.361.255,67	86,66%
Total	R$ 3.878.653,57	100,00%

A participação dos medicamentos genéricos, que possuem valores inferiores aos medicamentos de marca, é inferior ao apresentado pela média do mercado brasileiro, que segundo a PROGENÉRICOS (2010), é de 19,6% em unidades consumidas, ou seja, 6,3 pontos percentuais abaixo da média nacional. Isto reflete um consumo de medicamentos com valores mais altos que, consequentemente, trás maiores desembolsos aos patrocinadores do benefício farmacêutico.

Seguem as informações gerais do benefício:

TABELA 7 - Caso 1 - Informações gerenciais do benefício

Informações Gerenciais	
Número de beneficiários vigentes	30.869
Número de usuários ativos	9.225
Número de cupons	75.199
Total de unidades vendidas	160.828
Valor total das despesas	R$ 3.878.847,12
Média de cupom por beneficiário vigente	2,44
Média de cupom por usuário ativo	8,15
Média de unidades vendidas pelo total de beneficiários vigentes	5,21
Média de unidades vendidas por cupom	2,14
Média de unidades vendidas por usuário ativo	17,43
Média de despesa por cupom	R$ 51,58
Média de despesa por unidade vendida	R$ 24,12
Média de despesa por beneficiário vigente	R$ 125,66
Média de despesa por usuário ativo	R$ 420,47

As despesas apresentadas neste quadro geral mostram a influência do crédito e do subsídio sobre uma população assistida, sendo que estes fatores interferem no consumo de medicamentos. Em um país como o Brasil onde o consumo médio *per capita* é de US$19/habitante/ano, vemos neste caso gastos da mesma natureza mais de 3 vezes maior que a média nacional.

Com relação ao caso Clínico – Epidemiológico, segue o consumo por classe terapêutica (Órgão Classificador: IMS ALFA):

TABELA 8 - Caso 1 - Percentual de utilização por classe terapêutica (unidades vendidas)

Percentual de utilização por classe terapêutica (unidades vendidas)	
Classe Terapêutica	**(%)**
APARELHO DIGESTO E METABOLISMO	18,42%
APARELHO RESPIRATORIO	14,59%
SISTEMA NERVOSO CENTRAL	13,99%
ANTIINFECCIOSOS SISTEMICOS	10,40%
SISTEMA CARDIOVASCULAR	9,23%
SISTEMA GENITURINARIO/HORMONIOS SEXUAIS	8,27%
SISTEMA MUSCULO/ESQUELETICO	7,88%
DERMATOLOGICOS	6,86%
HORMONIOS SISTEMICOS EXCLUINDO HORMONIOS SEXUAIS	3,26%
ORGAOS DO SENSORIO	2,85%
PARASITOLOGIA	2,24%
SANGUE/ORGAOS HEMATOPOETICOS	1,53%
ANTINEOPLASICOS/IMUNOMODULADORES	0,37%
DIVERSOS	0,09%
Total	**100,00%**

TABELA 9 - Caso 1 - Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível I

Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível I	
Sub-classe terapêutica nível I (APARELHO DIGESTO E METABOLISMO)	**(%)**
VITAMINAS	27,96%
ANTIACIDOS/ANTIFLATULENTOS/CARMINATIVOS	25,89%
FARMACOS P/ DISFUNCAO GASTRO-INTESTINAIS	8,53%
TERAPEUTICA DA OBESIDADE	5,96%
FARMACOS PARA DIABETES	5,66%
LAXANTES	5,40%
ANTIDIARREICOS/SUBSTITUTOS ELETROLITICOS/ANTIINFECCIOSOS INTESTINAIS	5,33%
COLAGOGOS/HEPATOPROTETORES	5,01%
OREXIGENOS	3,58%
SUPLEMENTOS MINERAIS	2,51%
ANTIEMETICOS E ANTIVERTIGINOSOS	2,29%
ESTOMATOLOGICOS/PREP BUC/DENT MED	0,73%
DIGESTIVOS INCLUINDO ENZIMAS	0,57%
TONICOS	0,54%
ANABOLIZANTES VIA SISTEMICOS	0,03%
OUTROS PRODUTOS P/ APARELHO DIGESTIVO	0,02%
Total	**100,00%**

TABELA 10 - Caso 1 - Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível II

Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível II	
Sub-classe terapêutica nível II (VITAMINAS)	**(%)**
MULTIVITAMINICOS C/MINERAIS	38,49%
VITAMINA C INCLUSIVE ASSOCIADA C/MINERAIS	37,33%
MULTIVITAMINICOS S/MINERAIS	9,96%
VITAMINAS A/D PURAS E ASSOCIADAS	5,99%
VITAMINA B1-ASSOCIACOES	2,70%
OUTRAS VITAMINAS	2,56%
COMPLEXO VITAMINICO B	2,48%
VITAMINA B12 PURA	0,48%
Total	**100,00%**

Quando analisamos o consumo através das classes terapêuticas consumidas da população estudada podemos observar claramente a prevalência do consumo de medicamentos crônicos, embora o consumo de maior destaque seja o de medicamentos de uso agudo, conforme demonstram os quadros acima, onde há o detalhamento do item de maior consumo. Este fato confirma a análise dos órgãos mundiais que tratam das doenças crônicas como as grandes consumidoras dos recursos da saúde.

Em relação ao consumo de medicamentos de uso continuado foram analisadas, pela utilização de medicamentos, a prevalência de cinco condições patológicas: hipertensão, diabetes mellitus, DPOC, dislipidemia, depressão, eplepsia e insuficiência coronariana:

TABELA 11 - Caso 1 - Utilização de medicamentos de uso continuado

Utilização de Medicamentos de Uso Continuado		
Patologia	**Qtde de beneficiários elegíveis para monitoramento clínico**	**(%)**
HIPERTENSÃO	2.339	34,71%
DIABETES MELLITUS	522	7,75%
DPOC	2.352	34,90%
DISLIPIDEMIA	866	12,85%
DEPRESSÃO	660	9,79%
EPLEPSIA	0	0,00%
INSUFICIÊNCIA CORONARIANA	0	0,00%
Total	**6.739**	**100,00%**

TABELA 12 - Caso 1 – Percentual de escape presumido

Percentual de Escape Presumido	
Patologia	**Escape presumido (%)**
DEPRESSÃO	65,53%
DIABETES MELLITUS	65,82%
DISLIPIDEMIA	62,22%
DPOC	56,75%
EPLEPSIA	0
HIPERTENSÃO	42,08%
INSUFICIÊNCIA CORONARIANA	0

A prevalência do consumo de medicamentos crônicos é bastante clara quando tomamos os dados de consumo que evidenciam a utilização de medicamentos de uso continuado. Assim observamos que 73% dos usuários ativos são portadores de doenças crônicas e que 22% da adesão total, que é de 29,88%, são feitas por pacientes crônicos. Mais uma vez confirmando a premissa de que os portadores de doenças crônicas são os consumidores dos recursos da saúde. A análise ainda nos mostra que o número de pacientes crônicos que aderem a assistência farmacêutica, mas não aderem ao tratamento é assustador, em especial quando as doenças crônicas são a grande causa das mortes no mundo. Vemos que o escape presumido, ou seja, o número de pacientes que descontinuam os seus tratamentos é relevante. Nos casos de depressão, diabetes mellitus e dislipidemia estes abandonos passam de 60%.

4.3.2 Caso 2 – aspectos gerais

Empresa multinacional que atua no setor de energia, dando assistência farmacêutica aos seus colaboradores e dependentes, com subsídios que variam entre 50% a 90% nos gastos com medicamentos, e o gasto remanescente é considerado co-participação do colaborador e é liquidado de forma consignada, ou seja, com desconto em folha de pagamento. Essa empresa não utiliza qualquer forma de controle clínico ou de unidades, e os únicos controles aplicados nesse benefício são o limite financeiro vinculado a um percentual dos rendimentos líquidos dos beneficiados e uma lista de medicamentos autorizados. Abaixo, segue o total de beneficiários vigentes[3] por faixa etária (Tabela 13), sexo (Tabela 14) e consumo (Tabela 15):

TABELA 13 - Caso 2 - Faixa etária e sexo

	Número de Beneficiários Vigentes		
Faixa Etária	**Feminino**	**Masculino**	**Total**
Faixa Etária 1	1.100	1.227	2.327
Faixa Etária 2	924	959	1.883
Faixa Etária 3	736	597	1.333
Faixa Etária 4	846	872	1.718
Faixa Etária 5	623	585	1.202
Faixa Etária 6	617	718	1.335
Total	**4.846**	**4.958**	**9.804**

TABELA 14 - Caso 2 - Participação do consumo por faixa etária

%P do Consumo por Faixa Etária	
Faixa Etária	**(%)**
Faixa Etária 1	23,74%
Faixa Etária 2	19,21%
Faixa Etária 3	13,60%
Faixa Etária 4	17,52%
Faixa Etária 5	12,32%
Faixa Etária 6	13,62%
Total	**100,00%**

[3] Beneficiários Vigentes: cadastrados com direito vigentes no período analisado

Embora tenhamos a concentração de pacientes portadores de doenças crônicas nas faixas etárias mais altas, vemos neste caso a distribuição do consumo de medicamentos bastante equilibrada entre as várias faixas etárias. Este fato se da pelo fato da população analisada possuir uma faixa etária baixa, basicamente composta pelos colaboradores da organização estudada e seus respectivos dependentes. Esta distribuição do perfil estudado possui pouca convergência com a estrutura etária brasileira, que ao longo dos últimos anos vem demonstrando um achatamento da sua base e um alargamento do topo, com o envelhecimento da população, e ainda sem consistência com o perfil do consumo, que é concentrado entre as faixas etárias mais altas.

Segue o total de usuários ativos[4] por faixa etária e sexo:

TABELA 15 - Caso 2 - Usuários x beneficiários por faixa etária

Usuários x Beneficiários			
Faixa Etária	**Número de Usuários Ativos**	**Número de beneficiários vigentes**	**Usuários x Beneficiários**
Faixa Etária 1	904	2.327	38,85%
Faixa Etária 2	693	1.883	36,80%
Faixa Etária 3	707	1.333	53,04%
Faixa Etária 4	887	1.718	51,63%
Faixa Etária 5	665	1.208	55,05%
Faixa Etária 6	613	1.335	45,92%
Total	**4.469**	**9.804**	**45,58%**

O número de usuários ativos reflete a adesão efetiva dos beneficiários à assistência farmacêutica, que neste caso é de 45,58% se considerarmos o número de usuários ativos frente ao número de beneficiários vigentes. Esta adesão retrata uma adesão bastante alta quando tomamos este percentual comparado ao consumo de medicamentos no Brasil, onde apenas 15% da população consomem 48% dos medicamentos. Considerando que as doenças crônicas trazem as grandes demandas pelo consumo de saúde no mundo e que em média 75,5% daqueles com 60 anos ou mais são portadores de alguma doença crônica, vemos neste quadro doentes crônicos sem adesão ao tratamento pelo consumo de medicamentos, pois apenas 42,58% desta população estariam sob controle de drogas.

[4] Usuários ativos: beneficiários vigentes que realizaram compra pelo sistema, no período analisado

Segue o consumo por natureza do medicamento:

TABELA 16 - Caso 2 - Unidades consumidas por natureza

	Unidades vendidas	(%)
Genérico	14.032	18,11%
Marca	63.443	81,89%
Total	**77.475**	**100,00%**

TABELA 17 - Caso 2 - Consumo em valores por natureza

	Despesas (R$)	(%)
Genérico	R$ 297.852,20	11,87%
Marca	R$ 2.212.068,01	88,13%
Total	**R$ 2.509.920,21**	**100,00%**

A participação dos medicamentos genéricos, que possuem valores inferiores aos medicamentos de marca, é equivalente ao apresentado pela média do mercado brasileiro, que segundo a PROGENÉRICOS (2010), é de 19,6% em unidades consumidas. Isto reflete um consumo médio de medicamentos com valores similares aqueles consumidos pela população brasileira.

Seguem as informações gerais do benefício:

TABELA 18 - Caso 2 - Informações gerenciais do benefício

Informações Gerenciais	
Número de beneficiários vigentes	9.804
Número de usuários ativos	4.469
Número de cupons	34.757
Total de unidades vendidas	77.476
Valor total das despesas	R$ 2.509.934,95
Média de cupom por beneficiário vigente	3,55
Média de cupom por usuário ativo	7,78
Média de unidades vendidas pelo total de beneficiários vigentes	7,90
Média de unidades vendidas por cupom	2,23
Média de unidades vendidas por usuário ativo	17,34
Média de despesa por cupom	R$ 72,21
Média de despesa por unidade vendida	R$ 32,40
Média de despesa por beneficiário vigente	R$ 256,01
Média de despesa por usuário ativo	R$ 561,63

As despesas apresentadas neste quadro geral mostram a influência do crédito e do subsídio sobre uma população assistida, sendo estes fatores alavancas para o consumo de medicamentos. Em um país como o Brasil onde o consumo médio *per capita* é de US$19/habitante/ano, vemos neste caso gastos da mesma natureza quase 7 vezes maior que a média nacional.

Com relação ao caso Clínico – Epidemiológico, segue o consumo por classe terapêutica (Órgão Classificador: IMS ALFA):

TABELA 19 - Caso 2 - Percentual de utilização por classe terapêutica (unidades vendidas)

Percentual de utilização por classe terapêutica (unidades vendidas)	
Classe Terapêutica	**(%)**
SISTEMA CARDIOVASCULAR	22,03%
SISTEMA NERVOSO CENTRAL	17,28%
APARELHO DIGESTO E METABOLISMO	15,97%
APARELHO RESPIRATORIO	8,47%
ANTIINFECCIOSOS SISTEMICOS	6,83%
SISTEMA GENITURINARIO/HORMONIOS SEXUAIS	6,64%
SISTEMA MUSCULO/ESQUELETICO	6,59%
DERMATOLOGICOS	4,94%
HORMONIOS SISTEMICOS EXCLUINDO HORMONIOS SEXUAIS	3,72%
SANGUE/ORGAOS HEMATOPOETICOS	2,95%
ORGAOS DO SENSORIO	2,81%
PARASITOLOGIA	1,13%
ANTINEOPLASICOS/IMUNOMODULADORES	0,30%
MANIPULADOS	0,22%
DIVERSOS	0,10%
Total	**100,00%**

TABELA 20 - Caso 2 - Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível I

Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível I	
Sub-classe terapêutica nível I (SISTEMA CARDIOVASCULAR)	**(%)**
PRODUTOS C/ ACAO SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	28,01%
PREPARADOS ANTIATEROMATOSOS/HIPOLIPEMICOS	20,84%
BETABLOQUEADORES	17,01%
ANTAGONISTAS DO CALCIO	8,69%
DIURETICOS	7,84%
CARDIOTERAPIA	6,68%
TERAPIA VASCULAR CEREBRAL E PERIFERICA	5,95%
ANTIVARICOSOS/ANTIHEMORROIDARIOS	2,99%
HIPOTENSORES	1,99%
Total	**100,00%**

TABELA 21 - Caso 2 - Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível II

Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível II	
Sub-classe terapêutica nível II (PRODUTOS C/ ACAO SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA)	**(%)**
ANTAGONISTAS ANGIOTENSINA II ASSOCIADOS	36,58%
ANTAGONISTAS PUROS ANGIOTENSINA II	35,03%
INIBIDORES ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA PUROS	20,69%
INIBIDORES ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA COMBINADOS	7,70%
Total	**100,00%**

Quando analisamos o consumo através das classes terapêuticas consumidas da população estudada podemos observar claramente a prevalência do consumo de medicamentos crônicos, conforme demonstra nos quadros acima, onde há o detalhamento do item de maior consumo. Este fato confirma a análise dos órgãos mundiais que tratam a doenças crônicas como as grandes consumidoras dos recursos da saúde.

Com relação ao consumo de medicamentos de uso continuado, foram analisadas, pela utilização de medicamentos, a prevalência de cinco condições patológicas: hipertensão, diabetes mellitus, DPOC, dislipidemia, depressão, eplepsia e insuficiência coronariana:

TABELA 22 - Caso 2 - Utilização de medicamentos de uso continuado

Utilização de Medicamentos de Uso Continuado		
Patologia	**Qtde de beneficiários elegíveis para monitoramento clínico**	**(%)**
HIPERTENSÃO	1.091	32,01%
DIABETES MELLITUS	322	9,45%
DPOC	709	20,80%
DISLIPIDEMIA	773	22,68%
DEPRESSÃO	513	15,05%
EPLEPSIA	0	0,00%
INSUFICIÊNCIA CORONARIANA	0	0,00%
Total	**3.408**	**100,00%**

TABELA 23 - Caso 2 – Percentual de escape presumido

Percentual de Escape Presumido	
Patologia	**Escape presumido (%)**
DEPRESSÃO	48,44%
DIABETES MELLITUS	34,36%
DISLIPIDEMIA	27,44%
DPOC	62,28%
EPLEPSIA	0
HIPERTENSÃO	22,61%
INSUFICIÊNCIA CORONARIANA	0

A prevalência do consumo de medicamentos crônicos é bastante clara quando tomamos os dados de consumo através da utilização de medicamentos de uso continuado, ou seja, de medicamentos crônicos. Assim observamos que 76% dos usuários ativos são portadores de doenças crônicas e que 35% de adesão - 45,58% de adesão total - são feitas por pacientes crônicos. Mais uma vez confirmando a premissa de que os portadores de doenças crônicas são os consumidores dos recursos da saúde. A análise ainda nos mostra que o número de pacientes crônicos que não aderem ao tratamento é significativo, em especial quando estes são a grande causa das mortes no mundo. Vemos que o escape presumido, ou seja, o número de pacientes que descontinuam os seus tratamentos é bastante grande. Nos casos de DPOC passa de 60% e para depressão é de quase metade dos pacientes.

4.3.3 Caso 3 – aspectos gerais

Empresa multinacional que atua no setor de usinagem de metais, dando assistência farmacêutica aos seus colaboradores e dependentes, com subsídios de 20% para medicamentos de uso agudo e de 40% para medicamentos de uso crônico sobre o total dos gastos dos medicamentos relacionados. O gasto remanescente é considerado co-participação do colaborador, e é liquidado de forma consignada, ou seja, com desconto em folha de pagamento. Essa empresa não utiliza qualquer forma de controle clínico ou de unidades, e o único controle aplicado nesse benefício é o limite financeiro vinculado a um percentual dos rendimentos líquidos dos colaboradores beneficiados.

Abaixo, segue o total de beneficiários vigentes[5] por faixa etária (Tabela 24), sexo (Tabela 25) e consumo (Tabela 26):

[5] Beneficiários Vigentes: cadastrados com direito vigentes no período analisado.

TABELA 24 - Caso 3 - Faixa etária e sexo

	Número de Beneficiários Vigentes		
Faixa Etária	**Feminino**	**Masculino**	**Total**
Faixa Etária 1	2.981	2.790	5.771
Faixa Etária 2	2.429	2.311	4.740
Faixa Etária 3	1.965	2.000	3.965
Faixa Etária 4	1.140	1.533	2.673
Faixa Etária 5	273	444	469
Faixa Etária 6	25	34	59
Total	**8.813**	**9.112**	**17.925**

TABELA 25 - Caso 3 - Participação do consumo por faixa etária

%P do Consumo por Faixa Etária	
Faixa Etária	**(%)**
Faixa Etária 1	32,20%
Faixa Etária 2	26,44%
Faixa Etária 3	22,12%
Faixa Etária 4	14,91%
Faixa Etária 5	4,00%
Faixa Etária 6	0,33%
Total	**100,00%**

Embora tenhamos a concentração de pacientes portadores de doenças crônicas nas faixas etárias mais altas, vemos neste caso a distribuição do consumo de medicamentos bastante equilibrada entre as várias faixas etárias. Este fato se da pelo fato da população analisada possuir uma faixa etária baixa, basicamente composta pelos colaboradores da organização estudada e seus respectivos dependentes. Esta distribuição do perfil estudado possui pouca convergência com a estrutura etária brasileira, que ao longo dos últimos anos vem demonstrando um achatamento da sua base e um alargamento do topo, com o envelhecimento da população, e ainda sem consistência com o perfil do consumo, que é concentrado entre as faixas etárias mais altas. A população mundial possui uma distribuição média de 10,4% acima dos 60 anos de idade e de 9,5% abaixo do 4 anos de idades, posição diferente da apresentada neste cenário.

Segue o total de usuários ativos[6] por faixa etária e sexo:

TABELA 26 - Caso 3 - Usuários x beneficiários por faixa etária

Usuários x Beneficiários			
Faixa Etária	**Número de Usuários Ativos**	**Número de Beneficiários Vigentes**	**Usuários x Beneficiários**
Faixa Etária 1	2.617	5.771	45,35%
Faixa Etária 2	2.109	4.740	44,49%
Faixa Etária 3	2.202	3.965	55,54%
Faixa Etária 4	1.489	2.673	55,71%
Faixa Etária 5	331	717	46,16%
Faixa Etária 6	32	59	54,24%
Total	8.780	17.925	48,98%

O número de usuários ativos reflete a adesão efetiva dos beneficiários à assistência farmacêutica, que neste caso é de 48,98% se considerarmos o número de usuários ativos frente ao número de beneficiários vigentes. Esta adesão retrata uma adesão bastante alta quando tomamos este percentual comparado ao consumo de medicamentos no Brasil, onde apenas 15% da população consomem 48% dos medicamentos. Considerando que as doenças crônicas trazem as grandes demandas pelo consumo de saúde no mundo e que em média 75,5% daqueles com 60 anos mais são portadores de alguma doença crônica, vemos neste quadro doentes crônicos sem adesão ao tratamento por meio do consumo de medicamentos, pois apenas 54,24% desta população estariam sob controle de drogas.

Segue o consumo por natureza do medicamento:

TABELA 27 - Caso 3 - Unidades consumidas por natureza

	Unidades vendidas	**(%)**
Genérico	16.028	17,49%
Marca	75.625	82,51%
Total	**91.653**	**100,00%**

TABELA 28 - Caso 3- Consumo em valores por natureza

	Despesas (R$)	**(%)**
Genérico	R$ 232.511,80	12,67%
Marca	R$ 1.602.583,06	87,33%
Total	**R$ 1.835.094,86**	**100,00%**

[6] Usuários ativos: beneficiários vigentes que realizaram compra pelo sistema, no período analisado.

A participação dos medicamentos genéricos, que possuem valores inferiores aos medicamentos de marca, é equivalente ao apresentado pela média do mercado brasileiro, que segundo a PROGENÉRICOS (2010), é de 19,6% em unidades consumidas. Isto reflete um consumo médio de medicamentos com valores similares àqueles consumidos pela população brasileira.

Seguem as informações gerais do benefício:

TABELA 29 - Caso 3 - Informações gerenciais do benefício

Informações Gerenciais	
Número de beneficiários vigentes	17.925
Número de usuários ativos	8.780
Número de cupons	40.571
Total de unidades vendidas	91.656
Valor total das despesas	R$ 1.835.126,95
Média de cupom por beneficiário vigente	2,26
Média de cupom por usuário ativo	4,62
Média de unidades vendidas pelo total de beneficiários vigentes	5,11
Média de unidades vendidas por cupom	2,26
Média de unidades vendidas por usuário ativo	10,44
Média de despesa por cupom	R$ 45,23
Média de despesa por unidade vendida	R$ 20,02
Média de despesa por beneficiário vigente	R$ 102,38
Média de despesa por usuário ativo	R$ 209,01

As despesas apresentadas neste quadro geral mostram a influencia do crédito e do subsídio sobre uma população assistida, sendo estes fatores alavancas para o consumo de medicamentos. Em um país como o Brasil onde o consumo médio *per capita* é de US$19/habitante/ano, vemos neste caso gastos da mesma natureza quase 3 vezes maior que a média nacional.

Com relação ao caso Clínico – Epidemiológico, segue o consumo por classe terapêutica (Órgão Classificador: IMS ALFA):

TABELA 30 - Caso 3 - Percentual de utilização por classe terapêutica (unidades vendidas)

Percentual de utilização por classe terapêutica (unidades vendidas)	
Classe Terapêutica	**(%)**
APARELHO DIGESTO E METABOLISMO	18,11%
SISTEMA NERVOSO CENTRAL	15,59%
APARELHO RESPIRATORIO	14,33%
ANTIINFECCIOSOS SISTEMICOS	11,53%
SISTEMA MUSCULO/ESQUELETICO	8,23%
SISTEMA GENITURINARIO/HORMONIOS SEXUAIS	7,45%
DERMATOLOGICOS	7,08%
SISTEMA CARDIOVASCULAR	5,17%
PARASITOLOGIA	4,19%
HORMONIOS SISTEMICOS EXCLUINDO HORMONIOS SEXUAIS	3,53%
ORGAOS DO SENSORIO	2,54%
SANGUE/ORGAOS HEMATOPOETICOS	2,00%
ANTINEOPLASICOS/IMUNOMODULADORES	0,19%
DIVERSOS	0,08%
Total	**100,00%**

TABELA 31 - Caso 3 - Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível I

Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível I	
Sub-classe terapêutica nível I (APARELHO DIGESTO E METABOLISMO)	**(%)**
VITAMINAS	36,98%
ANTIACIDOS/ANTIFLATULENTOS/CARMINATIVOS	18,60%
FARMACOS P/ DISFUNCAO GASTRO-INTESTINAIS	9,99%
ANTIDIARREICOS/SUBSTITUTOS ELETROLITICOS/ANTIINFECCIOSOS INTESTINAIS	7,23%
COLAGOGOS/HEPATOPROTETORES	4,85%
FARMACOS PARA DIABETES	4,54%
TERAPEUTICA DA OBESIDADE	4,23%
ANTIEMETICOS E ANTIVERTIGINOSOS	3,56%
LAXANTES	3,50%
OREXIGENOS	3,14%
SUPLEMENTOS MINERAIS	1,42%
ESTOMATOLOGICOS/PREP BUC/DENT MED	0,81%
TONICOS	0,64%
DIGESTIVOS INCLUINDO ENZIMAS	0,37%
OUTROS PRODUTOS P/ APARELHO DIGESTIVO	0,09%
ANABOLIZANTES VIA SISTEMICOS	0,04%
Total	**100,00%**

TABELA 32 - Caso 3 - Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível II

Percentual de utilização por sub-classe terapêutica nível II	
Sub-classe terapêutica nível II (VITAMINAS)	**(%)**
VITAMINA C INCLUSIVE ASSOCIADA C/MINERAIS	45,64%
MULTIVITAMINICOS C/MINERAIS	33,14%
MULTIVITAMINICOS S/MINERAIS	9,99%
VITAMINAS A/D PURAS E ASSOCIADAS	4,27%
COMPLEXO VITAMINICO B	2,36%
OUTRAS VITAMINAS	2,13%
VITAMINA B1-ASSOCIACOES	2,05%
VITAMINA B12 PURA	0,41%
Total	**100,00%**

Quando analisamos o consumo através das classes terapêuticas consumidas da população estudada podemos observar claramente a prevalência do consumo de medicamentos crônicos, embora o consumo de maior destaque seja de medicamentos de uso agudo, conforme demonstra nos quadros acima, onde há o detalhamento do item de maior consumo. Este fato confirma a analise dos órgãos mundiais que tratam a doenças crônicas como as grandes consumidoras dos recursos da saúde.

Com relação ao consumo de medicamentos de uso continuado, foram analisadas, com a utilização de medicamentos, a prevalência de cinco condições patológicas: hipertensão, diabetes mellitus, DPOC, dislipidemia, depressão, eplepsia e insuficiência coronariana:

TABELA 33 - Caso 3 - Utilização de medicamentos de uso continuado

Utilização de Medicamentos de Uso Continuado		
Patologia	**Qtde. de beneficiários elegíveis para monitoramento clínico**	**(%)**
HIPERTENSÃO	677	22,73%
DIABETES MELLITUS	201	6,75%
DPOC	1206	40,50%
DISLIPIDEMIA	453	15,21%
DEPRESSÃO	441	14,81%
EPLEPSIA	0	0,00%
INSUFICIÊNCIA CORONARIANA	0	0,00%
Total	**2.978**	**100,00%**

TABELA 34 - Caso 3 – Percentual de escape presumido

Percentual de Escape Presumido	
Patologia	**Escape presumido (%)**
DEPRESSÃO	66,07%
DIABETES MELLITUS	57,32%
DISLIPIDEMIA	65,04%
DPOC	73,13%
EPLEPSIA	0
HIPERTENSÃO	56,02%
INSUFICIÊNCIA CORONARIANA	0

Embora haja um grande consumo de medicamentos de uso crônico, neste caso a prevalência é do consumo de uso de medicamentos de uso agudo. Através da análise dos dados de consumo de medicamentos de uso continuado, ou seja, de medicamentos crônicos, observamos que 34% dos usuários ativos são portadores de doenças crônicas e que 17% de adesão, 48,98% de adesão total, são feita por pacientes crônicos. A análise ainda nos mostra que o número de pacientes crônicos que não aderem ao tratamento é assustador, em especial quando estes são a grande causa das mortes no mundo. Vemos que o escape presumido, ou seja, o número de pacientes que descontinuam os seus tratamentos é relevante. Nos casos de depressão e de dislipidemia estes abandonos passam de 60% e nos casos de DPOC chega a 73%.

4.4 Resultados e discussões

Os casos estudados demonstram que a assistência farmacêutica traz ao ambiente informação valiosa a todos os atores do sistema de saúde. Os benefícios oferecidos pelas empresas analisadas são importantes ferramentas de incentivo ao acesso aos medicamentos prescritos, pois, em todo o Brasil, somente 15% da população são responsáveis por 48% de todo o consumo de medicamentos.

Da população dessas empresas, a adesão à assistência farmacêutica chega a 29,88% no Caso 1, 45,58% no Caso 2 e 48,98% no Caso 3. A adesão é bastante relevante se forem considerados os números do consumo de medicamentos da população brasileira. Essas

adesões são fruto de incentivos de subsídios financeiros e do crédito que possibilita maior poder de consumo à população contemplada neste estudo.

Por exemplo, pode-se constatar que os gastos mensais desses programas ficam bem acima dos níveis de consumo *per capta* do brasileiro, de US$51 anuais. Os consumos mensais desses programas foram de R$125,85 no Caso 1, de R$256,01 no Caso 2 e de R$102,38 no Caso 3. Ou seja, por meio desses programas de assistência farmacêutica, os beneficiários gastam em média, por mês, mais do que cada brasileiro gasta em média por ano, considerando ainda que os níveis de consumo de medicamentos genéricos, que são barateadores de custos, são equivalentes entre os casos estudados e o mercado brasileiro, conforme demonstram os estudos.

Porém, o ponto chave dessa adesão está no fato de que o consumo dos medicamentos dessa população se dá por meio de um programa de assistência farmacêutica administrada por uma PBM, ou seja, um consumo gerido e que produz informações qualificadas a todos os interessados na saúde.

Primeiramente, a simples informação de que há um consumo de medicamentos acima dos padrões do mercado já configura o fato de que há mais pessoas tratadas e, principalmente, de que há casos de tratamentos preventivos, em que a eficiência do medicamento no controle das doenças identificadas traz resultados positivos a todas as dimensões da saúde. O paciente melhora seu bem estar, o médico tem eficiência no seu tratamento e o lado econômico contém gastos futuros com tratamentos emergências. Assim, pode-se dizer que viver em um ambiente onde há acesso aos medicamentos prescritos configura-se viver em um ambiente de ganha-ganha.

Contudo, o ganha-ganha não se encerra nesse ponto. As informações qualificadas geradas pelas PBMs trazem à tona o mapeamento das carteiras cobertas, ou ainda, a estratificação da população. Possibilita aos interessados desse ambiente saber quem está consumido o quê. Nos casos estudados, constata-se que 73% dos beneficiários ativos (22% de toda a carteira) são portadores de doenças crônicas no Caso 1, enquanto 76% dos beneficiários ativos (34% de toda a carteira) são portadores de doenças crônicas no Caso 2, e no Caso 3, 33% dos beneficiários ativos (16% de toda a carteira) são portadores de doenças crônicas.

Essas informações são muito relevantes, se comparadas àquelas que descrevem o sistema de saúde brasileiro e mundial, em que um dos principais pontos de preocupação entre todos os atores desse ambiente está no fato de que a população está envelhecendo, e isso traz

como consequência doenças crônicas, uma das principais causas do aumento dos custos na saúde.

A partir da assistência farmacêutica, com a possibilidade da estratificação da população, o ambiente de saúde passa a contar com a informação privilegiada de quem são os portadores de doenças crônicas em fase preliminar, ou seja, antes de essas pessoas serem tratadas como sinistros pelos agentes econômicos da saúde. Dessa maneira, esses passarão a contar com a possibilidade de cuidar dessas pessoas, evitando assim gastos futuros desnecessários.

Por exemplo, no Caso 1, há 34,71% de Hipertensos e 34,30% de Diabetes Mellitus; no Caso 2, 32,01% de Hipertensos e 22,68% de Dislipidêmicos; e no Caso 3, 22,73% de Hipertensos e 40,50% de DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Se essas doenças são tratadas como as “vilãs” da saúde entre os atores do ambiente, então, questiona-se: por que informação acima não é utilizada na identificação dos portadores dessas doenças, com o fim de controlá-las preventivamente?

Ainda é possível extrair dos dados oriundos da assistência farmacêutica a informação de que há um escape médio, ou seja, uma falta de adesão ao tratamento dos pacientes crônicos de 58,48% no Caso 1, de 39,03% no Caso 2 e de 63,14% no Caso 3. Isso significa que esses percentuais alarmantes mostram que há pacientes crônicos, os quais iniciam o tratamento, mas não o seguem como deveriam. O fator chave nessa informação é que essa não está sendo usada pelos mesmos atores que condenam as doenças crônicas como um dos responsáveis pela crise da saúde.

Questiona-se ainda por que essa informação não é usada. Possivelmente, porque o ambiente de saúde não é gerido de forma sistêmica e não constitui uma rede organizada, de forma a beneficiar cada nó da sua teia. Como se nota, há informações para a formação da rede e para o benefício dos atores envolvidos, porém, não se materializam, e todos os atores do sistema de saúde continuam a atuar de forma isolada.

Nesse sentido, afirma-se que as informações geradas pelas PBMs são cruciais na contribuição de uma visão sistêmica na saúde, mesmo para uma organização em rede. O sistema de saúde trata a assistência farmacêutica com ator isolado que não mantém relação com os médicos e seus estabelecimentos correlatos, por exemplo.

Sabe-se que os medicamentos são prescritos pelos médicos, e o acesso a esses, bem como a adesão ao tratamento medicamentoso, são de interesse das operadoras de saúde e do Estado. Todavia, nenhum desses atores se beneficia das informações de assistência

farmacêutica sobre a identificação dos pacientes que tiveram acesso aos medicamentos, os quais estão controlados e gozam de bem estar.

Nesse caso, tomam-se apenas as PBMs como atores analisados, entre os demais do sistema de saúde, porém, há informações valiosas em todos os atores desse ambiente, que precisam ser compartilhadas para a formação de uma rede da saúde que possa beneficiar a todos e constituir um ambiente de relações integradoras.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fato de a saúde estar atualmente em crise pode não ser uma surpresa para muitos países. Contudo, neste momento, o caminho trilhado por muitos sistemas de saúde ao redor do mundo pode se tornar insustentável em um futuro próximo. Pode parecer uma conclusão controversa, dado o esforço de profissionais de saúde competentes e dedicados e as promissoras perspectivas da genômica, da medicina regenerativa e dos sistemas de informação. Todavia, também é verdade que os custos estão subindo desenfreadamente, que a qualidade está caindo e já se encontra baixa e desigual, ademais, o acesso ou as opções de escolha são cada vez mais inadequados.

Esses problemas, considerados com o surgimento de um novo ambiente moldado pelas exigências da globalização, do consumismo, das mudanças demográficas, da maior incidência de doenças crônicas, de tecnologias e tratamentos mais avançados e mais caros, já estão causando mudanças profundas no sistema de saúde. Se esses não se adaptarem ao novo ambiente, estarão condenados, e forçados a, tardiamente, enfrentar uma grande reestruturação.

As mudanças precisam ser feitas e as escolhas que restam aos atores dos atuais sistemas de saúde são apenas quando e como. Mudanças muito tardias podem levar os atores do sistema de saúde a um impasse, continuar no mesmo rumo do caos ou demandar uma reestruturação de grandes proporções.

Restrições financeiras, falta de alinhamento dos atores, planejamento a curto termo, incapacidade de acessar e compartilhamento de informações críticas e relevantes são alguns dos fatores que inibem e retardam a disposição e a vontade política de os sistemas de saúde mudar. Se a disposição e a capacidade de mudar não forem reunidas, o resultado será um ambiente de deterioração para todos os envolvidos.

De toda forma, há um cenário promissor para o sistema de saúde, mas que requer outros níveis de competência, maior responsabilidade e árduo trabalho colaborativo entre todos os envolvidos nesse ambiente. Nesse novo cenário, é necessário contar com prestadores de serviços de saúde que expandam seu atual foco no tratamento de cada caso, para também abranger o melhor controle de doenças crônicas e a prevenção das enfermidades.

Os pacientes deverão assumir responsabilidade pessoal pela própria saúde e maximizar os benefícios recebidos de um sistema de saúde transformado. As operadoras de

saúde e as empregadoras deverão ter a responsabilidade de ajudar a população a permanecer saudável e a obter mais benefícios dos sistemas de saúde.

Os prestadores de serviços deverão trabalhar em colaboração para gerar serviços que melhorem os resultados, considerando a qualidade crescente a custos mais acessíveis. Será também essencial que a população se conscientize da necessidade de mudança dos sistemas de saúde e passem a tomar decisões racionais, quanto aos estilos de vida e quanto a um comportamento mais saudável.

Por fim, é essencial o Estado tomar essa causa com liderança e força política necessárias para remover os obstáculos existentes, encorajar a inovação necessária e mover essa situação de insustentabilidade a uma solução sustentável. Para que os sistemas de saúde alcancem uma bem-sucedida transformação, os atores envolvidos devem basear suas decisões sobre saúde em uma definição comum de valor, para uma promoção de prestação de serviços mais eficazes.

Ocorre que, atualmente, determinar o valor na saúde é uma tarefa árdua. Há informação sobre custos incorridos, mas pouco consistentes e pouco compreensíveis, e informações relacionadas à qualidade são ainda mais escassas. Vive-se em um ambiente de saúde em que alguns atores ainda argumentam que qualidade de saúde não pode ser interpretada, tampouco mensurada.

O ponto central nessa questão é que a dificuldade de se obter dados ou informações normatizadas confirma essa hipótese. Como resultado, no atual ambiente de saúde, as decisões sobre valor são calcadas em fundamentos econômicos e suportadas em informações isoladas, longe de uma configuração sistêmica.

A transformação dos sistemas de saúde e da responsabilidade de seus atores será fortemente influenciada pela inter-conectividade e pela tecnologia da informação dos sistemas existentes. Atualmente, há redes de informação integradas na maioria dos sistemas de saúde, mas, ainda, de forma rudimentar.

Ressalta-se que o desafio da transformação requerida a ser enfrentado pelos atores dos sistemas de saúde em todo o mundo é bastante complexo. Essa transformação exigirá o estabelecimento de um claro e consistente esquema de responsabilidade, suportado por incentivos alinhados e conceitos comuns de valor entre os atores envolvidos.

Deve-se salientar que as transformações no ambiente de saúde vão requerer uma visão comum e um plano abrangente, criado com um processo aberto e inclusivo. Pode-se afirmar que a maioria das mudanças nesse ambiente pode ser realizada por meio de processos

segregados e de soluções isoladas a cada ator, que desenvolvem opções atrás de portas fechadas.

Fica claro que o resultado dessas ações é o caos sistêmico da saúde. Na verdade, o grande desafio dessa transformação consiste em gerar uma dinâmica que permita colocar em rede o que já existe, construir gradualmente a navegabilidade nesse universo e criar, aos poucos, a melhoria dos sistemas de elaboração de informação de cada ator do processo.

Ademais, é necessário que o ambiente de saúde funcione de maneira sistêmica, a fim de se obter resultados mais positivos. Não se pode deixar de reconhecer que a situação atual demonstra a necessidade da união das competências dos atores envolvidos, para preencher a lacuna existente na estrutura do sistema de saúde, formada pela falta de convergência e interconectividade entres os seus partícipes.

Pode-se enxergar no modelo em curso a falta de convergência, inter-relação e interdependência, essenciais aos atores nesse ambiente, em que o foco está mais nas relações isoladas do que nas perspectivas sistêmicas. Não se vê o ambiente em termos de relações e integrações dinâmicas, ou seja, organizadas em rede.

As redes são totalidades integradas, suas propriedades não podem ser reduzidas a unidades menores, e o sistema de saúde precisa se transformar para ser, a um só tempo, mais do que a soma das partes, visando a permitir o surgimento de novas potencialidades ao conjunto.

Manter o modelo atual do sistema de saúde é o mesmo que aceitar a irracionalidade e aceitar o caminho do caos. Sobre isso, Bernstein (1997, p. 265) ressalta que “talvez as pessoas não sejam irracionais, mas o modelo tradicional de racionalidade especifique um padrão de comportamento que capta apenas em parte a forma como os seres humanos racionais tomam suas decisões”.

A modelo de assistência farmacêutica, por meio das PBMs, pode ser um ponto de mutação do sistema de saúde atual. A gestão da dispensação de medicamentos gerando informações qualificadas pode se tornar um ponto chave nessa mudança necessária, para que o ambiente de saúde se organize em rede. A eficiente aplicação dessas informações de interesse comum aos atores do sistema de saúde traz novos conhecimentos ao sistema e, consequentemente, surge como uma nova oportunidade na resolução de alguns problemas persistentes na saúde. Assim esta análise pode contribuir para a ampliação da discussão sobre a eficiência do atual modelo do sistema de saúde, principalmente no que concerne à avaliação dos seus resultados, e assim lançar luz sobre as questões chaves.

REFERÊNCIAS

ADIZES, I. (2004). *Gerenciando os ciclos de vida das organizações.* São Paulo: Prentice Hall.

AGRANOFF, R.; MCGUIRE, M. (2001). After the network is formed: process, power and performance. In: M. P. Mandell, *Getting results through collaboration: network and network structures for public policy and management.* Westport: Quorum.

ANAND, V., GLICK, W. H.; MANZ, C. C. (2002). Capital Social: Explorando a Rede de Relações da Empresa. *RAE*, v. 42, n. 4, p. 57-73.

BAUER, R. (1999). *Gestão da mudança: caos e complexidade nas organizações.* São Paulo: Atlas.

BERNSTEIN, P. L. (1997). *Desafio aos deuses: a fascinante história do risco* (17 ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

BLAUG, M. (1994). *A Metodologia da Economia.* Tradução de V. Calvate. Lisboa: Gradiva - Publicações, Ltda.

BRASIL. (2003). *Acesso aos Medicamentos, Compras Governamentais e Inclusão Social.* Ministério da Saúde, Brasília.

_____. (1999). *Política Nacional de Medicamentos.* Brasília.

BRITTO, J. (2008). Redes empresarias: elementos estruturais e conformação interna. In: F. Duarte, C. Quandt, & Q. Souza. *O tempo das redes* (p. 97-131). São Paulo: Perspectiva.

BURT, R. S. (Setembro de 2004). Structural Holes and Good Ideas. *AJS*, v. 110, n. 2, p. 349-399.

CAPRA, F. (2006). *O Ponto de Mutação* (26 ed.). Tradução de Á. Cabral. São Paulo: Cultrix.

CARTA DE OTTAWA. 1996). Acesso em 15 de fevereiro de 2008, Disponível: em Organização Pan-Americana de Saúde: http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf

CASTELLS, M. (2007). *A Sociedade em Rede* (10 ed.). São Paulo: Editora Paz e Terra S/A.

CDCP. (2003**).** *The power of prevention: reducing the health and economic burden of chronic disease.* Atlanta: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.

CHALMERS, A. F. (1983). *O que é Ciência Afinal?*. Tradução de R. Fiker. São Paulo: Editora Brasiliense S.A.

CHANLAT, J.F. (2000). *Ciências Sociais e Management: reconciliando o econômico e o social.* São Paulo: Atlas.

COHEN, J. E. (2005). Human population grows up. *Scientific American 293*, p. 48-55.

DABAS, E. N. (1995). De la desestructuración de lo macro a la estructuración de lo micro: las redes sociales en la reconstrucción de la sociedad civil. In: E. N. Dabas, *Redes: el lenguaje de los vínculos* (p. 436-455). Buenos Aires: Paidós.

DOWBOR, L. (2002a). *A Reprodução Social: Descentralização e Participação: As Novas Tendências* (v. III). Petrópolis: Vozes.

_____. (2002b). *A Reprodução Social: Política Econômica e Social: Os Desafios do Brasil* (v. II). Petrópolis: Vozes.

_____. (2002c). *A Reprodução Social: Tecnologia, Globalização e Governabilidade.* (v. I). Petrópolis: Vozes.

_____. (2001). *Artigos Online.* Acesso em 15 de fevereiro de 2008, disponível em Ladislau Dowbor: http://dowbor.org/infomunic.asp

FEYERABEND, P. (2003). *Contra o Método.* São Paulo: Fundação Editora da UNESP (FEU).

FIALHO, S. (2005). Metodologia para Construção e Gestão de Redes de Cooperação Interorganizacionais. In: F. Teixeira, *Gestão de Redes de Cooperação Interempresariais* (p. 123-151). Salvador: Casa da Qualidade.

FLEURY, S., OUVERNEY, A. M. (2007). *Gestão de Redes: A estratégia de regionalização da política dde saúde.* Rio de Janeiro: FGV.

FONTES, S. S. (2005). Aprendizagem, Redes de Firmas e Redes de Aprendizado: identificando fatores e mecanismos para o desenvolvimento da capacidade competitiva. In: F. Teixeira, *Gestão de Redes de Cooperação Interrempresariais* (p. 15-39). Salvador: Casa da Qualidade.

FOX, P. D. et al. (1999). The ABCs of PBMs. *Issue Brief*, p. 2-12.

FRANCO, M. J. (2007). Tipologia de Processos de Cooperação Empresarial: uma Investigação Empírica sobre o Caso Português. *RAC* , v. 11, n. 3, p. 149-176.

FREY, K. (2003). Desenvolvimento sustentável local na sociedade em rede: o potencial das novas tecnologias de informação e comunicação. *Revista de Sociologia e Política* , v.21, p. 165-185.

FUCHS, V. R. (2006). *Who Shall Live? Health, Economics end Social Choices.* New Jersey: World Scientific.

GADREY, J., JANY-CATRICE, F. (2006). *Os Novos Indicadores de Riqueza.* São Paulo: SENAC.

GONÇALVES, M. (1990). *Contribuição ao estudo dos processos de interdependência organizacional e tecnológica.* Tese de Doutorado, Escola Politécnica: USP, São Paulo.

GRANT, R. M. (1996). Prospering in dynamically-competitive enviroments: organizacional capability as knowledge integration. *Organization Science,* v. 7, n. 4, p. 375-387.

HENDERSON, H. (1996). *Construindo um Mundo Onde Todos Ganhem: A vida depois da Guerra da economia global.* São Paulo: Cultrix.

HERZLINGER, R. E. (2006). Why inovation in health care is so hard. *Harvard Business Review* .

_____. (2002). Let`s put consumers in charge of health care. *Harvard Business Review*.

HUNTINGTON, S. P. (1996). *O Choque de Civilizações e a Recomposição da Ordem Mundial.* Tradução de M. H. Côrtes, Rio de Janeiro: Editora Objetiva Ltda.

IBGE. (2009). *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009.* Acesso em 2009 de 11 de 18, disponível em Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1445&id_pagina=1.

_____. (1996). *Pesquisa de Orçamentos Familiares.* Brasília.

INOJOSA, R. M. (1998). Redes e redes sociais: versão preliminar. *FUNDAP*, p. 18.

JOHANSSON, F. (2008). *O Efeito Medici.* Rio de Janeiro: BestSeller.

Junqueira, L. A. (2000). Intersetoriallidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *RAP* , 34 (6), p. 35-45.

KATZ, M. L., SHAPIRO, C. (1994). Systems Competition and Network Effects. *Jornal of Economic Perspectives,* v. 8, n. 2, p. 93-115.

KEAST, R. et al. (2004). Network structures: working differently and changing expectations. *Public Administration Review*, v. 64, n. 64, p. 363-372.

KEEHAN, S. P. (2004). Age estimates in the national health accounts. *Health Care Financing Review*, p. 1-16.

KUHN, T. S. (2003). *O Caminho desde a Estrutura.* São Paulo: Fundação Editora da UNESP (FEU).

LESSIG, L. (2002). *The Future of Ideas – The fate of the commons in a connected world.* New York: First Vintage Books Edition.

LOIOLA, E., MOURA, S. (1997). Análise de redes: uma contribuição aos estudos organizacionais. In: T. Fischer, *Gestão contemporânea: cidades estratégicas e organizações locais* (p. 53-68). Rio de Janeiro: FGV.

MANCE, E. (2000). *A Revolução da Redes: A colaboração solidária como alternativa pós-capitalista à globalização atual.* Petrópolis: Vozes.

_____. (2002). *Redes de colaboração solidária: aspectos econômico-filosóficos: complexidade e libertação.* Petrópolis: Vozes.

_____. (1941). *Reason and Revolution.* Londres.

MÁRQUEZ-GARCIA, A., HERNANDÉIA-ORTIZ, M., VALLEJO-MARTOS, L. (1998). *The role of trust in cooperation relationship.* Proceedimgs of the International Conference of the Association of Management and Bussiness Economics – AEDEM, Istambul.

MARTINS, C. E. (1996). Da globalização da economia à falência da democracia. Economia e Sociedade. *Revista do Instituto de Economia da UNICAMP*, n. 6, p. 1-23.

MCGUINTY, D. (2004). *CBC News Online*. (C. quotes, Produtor, & CBC News Online) Acesso em 1 de 6 de 2006, disponível em http://www.cbc.ca/news/background/

MENDES, V. L., CUNHA, F. J., TEIXEIRA, F. (2005). Redes Sociais de Colaboração: a experiência de uma rede de hospitais. In: F. Teixeira, *Gestão de Redes de Cooperação Interempresariais* (p. 77-95). Salvador: Casa da Qualidade.

Minhoto, L. D., Martins, C. E. (2001). As Redes Locais e o Desenvolvimento Social. *FUNDAP*, n.22, p. 81-101.

_____. (2001). As Redes Locais e o Desenvolvimento Social. *Caderno FUNDAP*, p. 81–101.

MOURA, S. (1998). A construção de redes públicas na gestão local: algumas tendências recentes. *RAC - Revista de Administração Conrtemporânea*, v.2, n.1, p. 67-85.

MULLER, P., SUREL, Y. (1998). *L'Analyse des politiques publiques.* Paris: Montchrestien.

MURRAY, J. (1995). Patterns in domestic vs. international strategic alliance: an investigation of U.S. multinational firms. *Multinational Bussines Reniew*, v. 3, n. 2, p. 7-16.

NAJMANOVICH, D. (1995). El lenguaje de los vínculos: de la independencia absoluta a la autonomia relativa. In: E. Dabas, *Redes: el lenguaje de los vínculos* (p. 33-76). Buenos Aires: Paidós.

NAKANO, D. N. (2005). Fluxos de conhecimento em redes interorganizacionais: conceitos e fatores de influência. In: J. A. Neto, *Redes entre organizações* (p. 54-67). São Paulo: Atlas.

NAVARRO, R. P. (2009). *Managed Care Pharmacy Practice* (2 ed.). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

_____. (2009). *Managed Care Pharmacy Practice* (2 ed.). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, LLC.

NETO, J. A. (2005). Redes dinâmicas de cooperação e organizações virtuais. In: J. A. Neto, *Redes entre organizações* (p. 17-38). São Paulo: Atlas.

O`TOOLE, L. J. (1997). Treating networks seriously: pratical and research-based agendas in public administration. *Public Administration Review*, v. 57, p. 45-53.

OECD. (s.d.). Acesso em 15 de fev de 2008, disponível em ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERARTION AND DEVELOPMENT: http://www.oecd.org.

_____. (2009). *Dataset: OECD Health Data 2009* . Acesso em 21 de 10 de 2009, disponível em Organisation for Economic Co-Operation and Development: http://www.oecd.org

_____. (2006). *OECD health data 2006: Statistics and indicators for 30 countries.* Organisation for Economic Co-operation and Developmente. Paris: OECD Publishing.

ONU. (2005). *Prevent chronic disease: a vital investment.* Organização das Nações Unidas, World Health Organisation, Genebra.

_____. (s.d.). *World Commission on Environment and Development, Our Common Future*. (N. Unidas, Produtor) Acesso em 18 de 11 de 2009, disponível em UN Documents - Gathering a Body of Global Agreements: http://www.un-documents.net/ocf-02.htm

OPAS. (2007). *Saúde nas Américas.* Publicação Científica e Técnica No. 622, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, Washington.

PNAD. (2003). *Suplemento de Saúde.* Acesso em 18 de 11 de 2009, disponível em Ministério da Saúde – Informações de Saúde: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pnad2003/pnaddescr.htm.

PODOLNY, J. M., PAGE, K. L. (1998). Network Forms of Organization. *Annual Review of Sociology*, v. 24, p. 57-76.

PORTER, M. E., TEISBERG, E. O. (2004). *Redefining Competition in Health Care.* Boston: Harvard Business Review.

PRICEWATERHOUSECOOPERS. (2007). *Pharmacy Benefit Management Saving In Medicare and the Commercial Marketplace & the Cost of Proposed PBM Legislation, 2008-2017.* Pharmaceutical Care Management Association.

PROGENÉRICOS. Acesso em 26 de mar de 2010, disponível em ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS: http://www.progenericos.org.br/mercado.shtml

REYES, E., KEIJZER, B. D. (1995). Organizaciones, redes y salud mental: una experiencia de construcción social em Mesoamérica. In: E. Dabas, *Redes: el lenguaje de los vínculos* (p. 303-309). Buenos Aires, Paidós.

SAIDÓN, O. (1995). Las Redes: pensar de outro modo. In: E. Dabas, *Redes: el lenguaje de los vínculos* (p. 203-214). Buenos Aires: Paidós.

SEM, A. (2007). *Desenvolvimento como Liberdade.* São Paulo: Schwarcz.

SKINNER, B. J. (2005). *Paying more, getting less 2005:measuring the sustainability of provincial public health expenditure in Canada*. (T. F. Institute, Produtor) Acesso em 1 de 6 de 2006, disponível em http://www.fraserinstitute.ca/admin/books/files/PayingMoreGettingLess2005.pdf

SOUZ, Q., QUANDT, C. (2008). Metodologia de análise de redes sociais. In: F. Duarte, C. Quandt, & Q. Souza. *O tempo das redes* (p. 31-63). São Paulo: Perspectiva.

SOUZA, C. M. (2005). Perspectivas Teóricas para o Estudo das Redes de Cooperação Interempresariais. In: F. Teixeira, *Gestão de Redes de Cooperação Interempresariais* (p. 41-57). Salvador: Casa da Qualidade.

STAKE. R. E. (2000). Case studies. In: *Handbook of qualitative research*. (p. 435-454) London: Sage.

TEIXEIRA, F. (2005). *Gestão de Redes de Cooperação Interempresariais: em busca de novos espaços para o aprendizado e a inovação.* Salvador: Casa da Qualidade.

TOFFLER, A. (2005). *A terceira onda* (28 ed.). Rio de Janeiro: Record.

TOFFLER, A., TOFFLER, H. (2007). *A riqueza revolucionária.* São Paulo: Futura.

TOURAINE, A. (1959). Entreprise et Bureaucratie. *Sociologie du Travail*, 1, p. 58-71.

TUCHMAN, B. W. (1984). *A Marcha da Insensatez* (6 ed.). Tradução de C. D. Gomes. Rio de Janeiro: José Olympio Editora.

TUOMI, I. (1999). *Corporate Knowledge: Theory and Practice of Inteligent Organizations.* Helsinki: Metaxis.

WHO. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance.* Genebra: World Health Organization.

_____. (2009). *World Health Statistics 2009.* Genebra: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

WOLFF, R. P. (1968). *The Poverty of Liberalism.* Boston.

WORLD COMMISSION ON ENVIRONMENT AND DEVELOPMENT: OUR COMMON FUTURE. (s.d.). Acesso em 15 de fev de 2008, disponível em UN Department of Economic and Social Affairs, Division of Sustainable Development: http://www.un.org/esa/sustdev/

ZINN, J., PROENÇA, J., ROSKO, M. D. (1997). Organizational and enviroment factors in hospital alliance menbership and contract management: a resourse-dependence perpective. *Hospital & Health Services Administration*, v. 42, n. 1, p. 67-96.

YIN, R. K. (1984). *Case study research: design and methods*. London: Sage.