

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL (UCS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO (PPGA)
CURSO DE MESTRADO

INOVAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE
CASO NO MUNICÍPIO DE MARAU-RS

JOSÉ PRETTO DA SILVA

Orientador: Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea

Caxias do Sul

2012

JOSÉ PRETTO DA SILVA

INOVAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE
CASO NO MUNICÍPIO DE MARAU-RS

Dissertação de Mestrado submetido à Banca designada pelo Colegiado do Mestrado em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como requisito final necessário à obtenção do Título de Mestre em Administração.

Linha de Pesquisa: Gestão da Inovação e Competitividade.

Orientador: Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea.

Caxias do Sul

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
UCS - BICE - Processamento Técnico

S586i Silva, José Pretto da
Inovação na atenção primária à saúde: um estudo de caso
no município de Marau-RS / José Pretto da Silva. -- 2012.
109 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Caxias do Sul,
Programa de Pós-Graduação em Administração, 2012.
“Orientação: Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea”

1. Saúde Pública – Marau, RS. 2. Atenção primária em
saúde. 3. Saúde pública – Inovação. 4. Serviços de saúde -
Administração – Marau, RS I. Título.

CDU 2.ed.: 614(816.5MARAU)

Índice para o catálogo sistemático:

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. Saúde Pública – Marau, RS | 614(816.5MARAU) |
| 2. Atenção primária em saúde | 614 |
| 3. Saúde pública – Inovação | 614:005.591.6 |
| 4. Serviços de saúde – Administração - Marau, RS | 614.2:005.6(816.5MARAU) |

Catalogação na fonte elaborada pela bibliotecária
Márcia Servi Gonçalves – CRB 10/1500

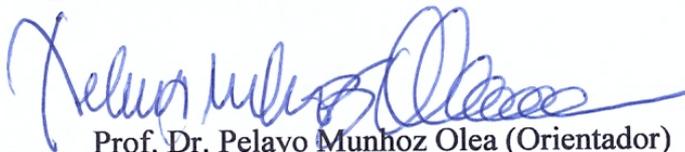
“Inovação na atenção primária à saúde: Um estudo de caso no município de Marau-RS”

José Pretto da Silva

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Administração, Área de Concentração: Administração da Produção.

Caxias do Sul, 31 de agosto de 2012.

Banca Examinadora:



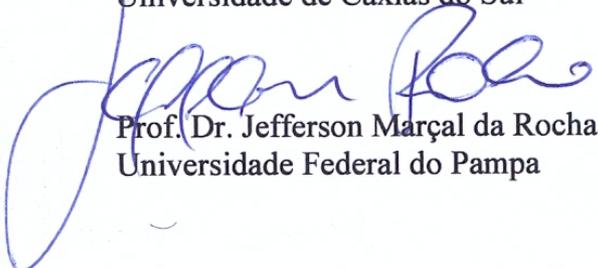
Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea (Orientador)
Universidade de Caxias do Sul



Prof. Dr. Eric Dorion
Universidade de Caxias do Sul



Prof. Dr. Ana Cristina Fachinelli
Universidade de Caxias do Sul



Prof. Dr. Jefferson Marçal da Rocha
Universidade Federal do Pampa

AGRADECIMENTOS

O findar deste estudo me permite dizer que o mesmo constitui-se em uma construção de muitas mãos. Dessas quero agradecer, em especial, a Deus, energia que nos move em força e fé; à família, base de valores que impulsionam à conquista; aos colegas de trabalho, convivência que ampara as dificuldades diárias; ao orientador, Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea, pelo conhecimento repassado; aos funcionários da Secretaria Municipal da Saúde do município de Marau, pelos dados fornecidos; aos professores do mestrado, pelos horizontes ampliados.

Dedico este trabalho à minha esposa Marli e minha filha Leticia, em reconhecimento ao apoio e incentivo, também, pela compreensão nas minhas ausências.

Um dos maiores desafios para o futuro da humanidade é disponibilizar saúde para a maioria dos habitantes deste planeta. Sonho? Utopia? Viável? Possível? O que importa é que uma nova ordem de inovação na gestão de saúde, baseada na ruptura dos sistemas vigentes, mostra-se urgente. E os líderes de hoje não devem encarar isso como ameaça, e sim como uma extraordinária oportunidade de crescimento, agregada à possibilidade real de construirmos uma sociedade mais justa.

Clayton M. Christensen

RESUMO

A inovação e a geração de conhecimento são objeto de estudo em todos os setores da economia, dentre estes, o da saúde. Neste sentido, esta dissertação de mestrado buscou identificar as inovações na Atenção Primária à Saúde no município de Marau-RS. Para tanto foi efetivada uma pesquisa de cunho qualitativo, exploratório, do tipo estudo de caso, aplicando-se como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas baseadas no Manual de Oslo (2004), referência na inovação de produtos ou serviços, processos, *marketing* e gestão. A amostra de pesquisa foi constituída por oito gestores das unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do referido município, bem como representantes de cada setor da gestão central das referidas estruturas. Sendo assim, tem-se como resultados finais que o município conta com a inovação em seu sistema de saúde pública, são, no entanto, apenas inovações locais e este tem uma atitude reativa, passiva, quanto à inovação. Dentre as inovações encontradas na saúde pública do município, destacamos as inovações em *marketing*, como a Campanha de Vacinação Hepatite B; as inovações em produtos e serviços, como a adequação tecnológica da farmácia municipal para a dispensação de medicamentos básicos, especiais e excepcionais e a promoção e adesão a programas como Saúde no Interior e Saúde na Estrada; inovações em processos, como a criação do Grupo de Trabalho de Humanização e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Inovações Organizacional ou de Gestão, destacando o remapeamento do município em função do elevado crescimento populacional e a criação do cargo de coordenador dos ESFs.

Palavras-chave: APS. Inovação. Saúde Pública. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Innovation and knowledge generation are objects of study on all economy areas, among them, health. This way, this mastering research searched to identify innovations on Health Primary Attention in the city of Marau-RS. To do so, a qualitative, exploratory, case study type survey was performed, applying as data collect instrument a semi structured interview with open and closed questions based on Oslo Manual (2004), reference of innovation of products and services, processes, marketing and management. A survey sample was formed by eight unit managers of Family Health Strategy (ESF) of the city cited above, as well as representatives of every department of central management of such structures. So, as final results it is possible to say the city has innovation on its public health system, but they are, however, just local innovations and it has reactive attitude, passive, regarding innovation. Among the innovations met on the city public health it is pointed innovations on marketing, such as Hepatitis B Vaccination Campaign; innovations on products and services, such as technological adaptation of municipal pharmacy to dispense basic, special and exceptional medicines and the promotion and adherence to programs such as Health at the Countryside and Health at the road; innovation on processes, such as the creation of Humanization Work Group and Family Health Support Center and Organizational or Management Innovations, pointing out city mapping due to elevated population growth and creation of ESFs coordinator post.

Key-words: APS. Innovation.PublicHealth.Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Cadeia de valor da saúde conforme Burns et al. (2002, p. 4 apud PEDROSO, 2010)	32
Figura 2- Estrutura de gestão do SUS nas três esferas de governo	33
Figura 3 - APS de Marau-RS.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Facilidades e desafios da APS em função de suas características.....	48
Quadro 2 - Média de atividades ESF/mês	57
Quadro 3- Demandas do sistema de saúde pública do município de Marau para Gestão a partir das Conferências Municipais de Saúde	60
Quadro 4- Demandas do sistema de saúde pública do município de Marau para Educação em	61
Quadro 5- Demandas do sistema de saúde pública do município de Marau para Rede Assistencial a partir das Conferências Municipais de Saúde	62
Quadro 6- Caracterização da amostra de pesquisa	68
Quadro 7- Caracterização dos ESF's pesquisados	69
Quadro 8- Inovações em produtos ou serviços (2009-2011) nos ESF's pesquisados.....	74
Quadro 9- Motivo das inovações em produtos ou serviços (2009-2011) nos ESF's pesquisados	76
Quadro 10- Classificação das inovações em produtos ou serviços (2009-2011) nos ESF's	77
Quadro 11- Inovações em processos (2009-2011) nos ESF's pesquisados	80
Quadro 12 - Inovações em <i>marketing</i> (2009-2011) nos ESF's pesquisados.....	84
Quadro 13- Inovações em gestão organizacional (2009-2011) nos ESF's pesquisados	87
Quadro 14- Inovações (2009-2011) a partir dos relatos da gestão central	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AFAVE: Associação dos Funcionários da Avemarau

AIS: Ações Integradas de Saúde

AMHE-C: Associação Marauense de Hepatite-C

APS: Atenção Primária à Saúde

art.: artigo

CAAMES: Centro de Acompanhamento e Aplicação de Medicamentos Especiais

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial em Processo de Habilitação

CEAP: Centro de Educação e Assessoramento Popular

CEFOP: Centro de Educação Formação Organizada

CF: Constituição Federal

CGR: Colegiado de Gestão Regional

CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas

CMS: Conselho Municipal de Saúde

CNPJ: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

CNS: Conferência Nacional de Saúde

CONASP: Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COOPEMARAU: Cooperativa Agrícola Marauense

CRS: Coordenadoria Regional de Saúde

DAS: departamento de assistência social

DNSP: Departamento Nacional de Saúde Pública

EC: Emenda Constitucional

ESF: Estratégia da Saúde da Família

ESP: Escola de Saúde Pública

FMS: Fundo Municipal de Saúde

FNS: Fundo Nacional de Saúde

GTH: Grupo de Trabalho de Humanização

HIPERDIA: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

HCR: Hospital Cristo Redentor

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS: Instituto Nacional Previdência Social
LACEN: Laboratório Central de Saúde Pública
MS: Ministério da Saúde
nº.: número
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB: Normas Operacionais Básicas
NUMESC: Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
NURESC: Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva
OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS: Organização Mundial da Saúde
P&D: Planejamento e Desenvolvimento
Pacs: Programa Agentes Comunitários de Saúde
PIM: Programa Primeira Infância Melhor
PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS: Plano Municipal de Saúde
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica
PNH: Política Nacional de Humanização
PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde
POP: Procedimentos Operacionais Padrão
PPGA: Programa de Pós-Graduação em Administração
PSF: Programa Saúde da Família
RES: Registro Eletrônico em Saúde
R\$: Reais
Samu: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESC: Serviço Social do Comércio
SERP: Sociedade Esportiva e Recreativa Perdigão
SIAB: Sistema de Informação Atenção Básica
SIMARAU: Sindicato dos Funcionários Públicos de Marau
SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINPAS: Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIPACS: Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
s/p: sem indicativo de página

STIA: Sindicato dos Trabalhadores da Alimentação

Suds: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TPP: Inovação tecnológica de processos e produtos

UCS: Universidade de Caxias do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 PROBLEMA DA DE PESQUISA	19
1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA	21
1.2.1 Objetivo geral	22
1.2.2 Objetivos específicos	22
1.3 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA	22
2 SAÚDE E INOVAÇÃO: ABORDAGEM TEÓRICA E CONTEXTUAL	24
2.1 SAÚDE.....	24
2.2 INOVAÇÃO.....	27
2.2.1 Inovação em saúde	29
2.3 O SUS.....	36
2.3.1 Processo histórico	37
2.3.2 Organização e estratégias	44
2.4 APS.....	45
2.5 ESF	48
3 O MUNICÍPIO DE MARAU: O CONTEXTO DA PESQUISA	52
3.1 MARAU: CARACTERÍSTICAS E DADOS GERAIS	52
3.2 MARAU E A ESTRUTURA DE GERENCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA: O SUS.....	53
3.3 MARAU E A PROMOÇÃO DA SAÚDE PRIMÁRIA POR MEIO DA ESF.....	55
3.3.1 A APS e a ESF no município de Marau: prioridades e dificuldades	59
4 METODOLOGIA DA PESQUISA	65
4.1.1 Caracterização da pesquisa	65
4.1.2 Universo da pesquisa	66
4.1.2.1 Caracterização dos ESF's representados pela amostra de pesquisa	68
4.1.3 Coleta de dados	70
4.1.4 Análise e interpretação dos dados	70
5 A GESTÃO DA ESF EM MARAU E O PROCESSO DE INOVAÇÃO: A PRÁTICA	72
5.1 CATEGORIAS DE ANÁLISE	72
5.1.1 Inovação em produtos ou serviços	72
5.1.2 Inovação em processos	79
5.1.3 Inovação em <i>marketing</i>	83

5.1.4 Inovação em gestão	86
5.2 A INOVAÇÃO NA PERSPECTIVA DA GESTÃO CENTRAL	89
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
6.1 SUGESTÃO DE PESQUISAS FUTURAS	95
6.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	96
7 REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	103
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevistas	103
APÊNDICE B - Autorização	109

1 INTRODUÇÃO

Apesar de haver unanimidade sobre sua importância e relevância para a condução da vida humana com qualidade, conceituar o termo saúde é algo extremamente complexo. Percebe-se pela gama de conceitos existentes que saúde não é simplesmente a ausência de doença, mas sim, a reunião de condições básicas ou essenciais ao bem-estar do ser humano. Neste ínterim, para efeito desta dissertação, entende-se a saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Para o contexto deste estudo, considerar-se-á a definição de saúde proposta pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), de que a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e **acesso a serviços de saúde** (CNS, 1986, p.5, grifo nosso).

A par da compreensão do conceito de saúde é oportuno salientar que o direito à saúde, assim como o é à educação, à moradia, à segurança e ao lazer, está garantido na Constituição brasileira de 1988.

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde o trabalho, a moradia, o lazer, segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância a assistência aos desamparados, na forma desta constituição (BRASIL, 1988, p.12).

Esta garantia, legitimada pela Constituição Federal (CF) como direito de todos os cidadãos brasileiros, independente de classe social, cor ou credo, se deu após muitas lutas de todas as classes sociais deste país, resultados de um processo histórico e social, que buscava interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira, que viu seus direitos finalmente serem contemplados. No entanto, ainda há muito a fazer, pois essa garantia universal e igualitária ainda figura na página dos sonhos, ainda é utopia: “Um dos maiores desafios para o futuro da humanidade é disponibilizar saúde para a maioria dos habitantes deste planeta” (BUENO, 2009 apud CHRISTENSEN, 2009, p. v). Assim, pode-se afirmar que para efetivar-se como um direito de todos, há que, passo a passo, buscar-se por qualidade na oferta dos serviços em saúde, a melhoria, a qualificação dos mesmos. E nesta busca, a construção de um sistema de saúde, iniciado em meados do século XIX, teve a sua institucionalização dada pela 8ª CNS que aprovou a criação de um sistema que privilegiava o atendimento à saúde do povo brasileiro, marcando a separação total da saúde em relação à

previdência, com a criação, mais tarde legitimada pela CF de 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir desta data, desencadeou-se uma série de outras mudanças, como a descentralização, a regionalização, a municipalização e a implantação e implementação de políticas de saúde.

De 1988 para cá, ou até os dias de hoje, pode-se dizer que o SUS está sofrendo um processo de busca da sua maturidade, contribuindo para esta dinâmica os serviços de gestão da saúde pública, que atualmente pautam-se na descentralização das responsabilidades, das atribuições e dos recursos para os estados e municípios. Assim, a nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente, com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre as distintas esferas de governo, federal, estadual e municipal, de acordo com o previsto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), (BRASIL, 2011a).

Nesta otimização da gestão da saúde e com a municipalização da mesma, surge, então, como importante ferramenta de gestão da saúde os esforços de Atenção Primária à Saúde (APS), também considerada, no Brasil, como Atenção Básica (AB). A APS é uma estratégia do SUS para integrar em todos os aspectos os serviços de saúde, tendo como perspectiva a saúde da população. Esse enfoque tem como valores a busca por um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a co-responsabilidade entre a população e o setor público, a solidariedade e um conceito de saúde bastante amplo (BRASIL, 2011b).

Analisando-se o conceito inicial de saúde abordado neste estudo, percebe-se a relevância que os serviços de saúde assumem na efetivação desta como um direito de todo o cidadão. E neste contexto, emerge a importância de se considerar que a APS não se dá somente em função de disponibilizar à população atendimento médico, solicitação de exames e dispensação de medicamentos; ou como forma de efetivar os preceitos da descentralização da saúde, mas sim, como um conjunto mais amplo e vasto de ações que visam à integralidade do cuidado da saúde da população. É necessário que a comunidade tenha acesso amplo e irrestrito atendimento odontológico, psicológico, enfermagem, dentre outras, e que isso se dê em forma de serviços não só curativos, mas também preventivos; que isso se dê não somente com a disponibilização de medicamentos e infraestrutura para atendimento médico, mas com o efetivo cuidado, com a educação, com ações que ponham em contato o usuário em saúde e os mais diversos profissionais da área, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal, psicólogos e agentes comunitários de saúde.

Neste sentido, surge, no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF), por volta do ano de 1993/1994, como estratégia essencial da APS no SUS. O PSF, assim entendido, configura-se numa forma de:

reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, a descrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersectorialidade e estímulo à participação social (BRASIL, 2011b, p.15).

No ano de 2006 (Portaria nº. 648/GM, do MS) este programa sofre algumas alterações e passa a chamar-se Estratégia da Saúde da Família (ESF). Independente da nomenclatura, importante se faz notar que o ESF é um processo dinâmico de alcance das diretrizes preconizadas pelo SUS de acesso e democratização dos serviços em saúde, ao passo que se ocupa do atendimento do primeiro ponto, primeiro contato, em que se dá a atenção primária em saúde: a família. Sendo assim, deve ser alvo primordial de investimentos em saúde, por parte da gestão deste serviço, fundamental, essencial, direito de todos.

No entanto, mesmo havendo esta estrutura do SUS no Brasil e havendo investimentos em saúde considerados, não ideais, mas aceitáveis, resultados de pesquisas demonstram que o impacto da expansão da APS, baseada na ESF, não é plenamente satisfatório. De acordo com estudos da CONASS (BRASIL, 2011b, p. 23): “A ESF, apesar dos enormes avanços e conquistas nos últimos anos, ainda enfrenta muitos desafios para se tornar hegemônica como uma proposta capaz de mudar o sistema de saúde e fazer frente ao modelo fragmentado existente”. O referido conselho indica algumas dessas deficiências: a) dificuldade de captação profissionais da medicina para atuar em ESF; b) dificuldades de reconhecimento e valorização política e social; c) duplicação das redes de atenção, gerando concorrência entre as mesmas; d) dificuldade de se fomentar boas prática no trabalho em equipe; e) dificuldades de financiamento; f) problemas na avaliação e instrumentos de gestão dos serviços oferecidos.

Tais dificuldades demonstram que apesar de contar com uma estrutura altamente organizada para dar conta da promoção da saúde a todos os brasileiros, garantindo-lhe a efetividade de um direito assegurado em Lei, ainda há muito que se fazer para que isto seja uma realidade. A saúde no Brasil, ainda é um desafio. Assim:

[...] refletir sobre a gestão da saúde é uma necessidade e um desafio àqueles que, da internalidade das estruturas do sistema de saúde, das instituições de ensino e pesquisa, das diversas áreas com interfaces ou não, ou mesmo do conjunto das instituições da sociedade, defendem o ousado sistema nacional de saúde gravado na Constituição (FERLA; FAGUNDES, 2002, p.7).

Neste sentido, aponta-se como um viés, um caminho a ser trilhado, uma necessidade: uma nova ordem em inovação na gestão da saúde pública. A inovação, seja ela de produtos ou de serviços, de processos, de *marketing* ou de gestão organizacional, consiste na implementação de um produto, bem ou serviço, novo ou significativamente melhorado, um processo ou um novo método de *marketing*, ou um novo método organizacional nas práticas de negócios, na organização, no local de trabalho ou nas relações externas (MANUAL DE OSLO¹, 2004).

A inovação, a par deste conceito, é entendida como a ruptura com o velho, gerando novas oportunidades, e como tal, ocupa um lugar de destaque no cenário atual. De acordo com o Manual de Oslo (2004), inovação pode ocorrer em qualquer setor da economia, dentre estes o de serviços em saúde. De acordo com Bueno (2009 apud CHRISTENSEN, 2009, p. v), os líderes de hoje devem encarar a inovação na gestão da saúde, não como uma ameaça, mas como uma oportunidade de crescimento, agregada à possibilidade real de construir-se uma sociedade mais justa. A inovação é então entendida neste estudo como a possibilidade que a APS, baseada na ESF tem de suplantar dificuldades, atingindo seus reais, e nobres, objetivos.

No Brasil, nos últimos anos, vem se consolidando a linha de investigação denominada de inovações em saúde (GUIMARÃES, 2004), embora tenha poucos estudos sobre o impacto da inovação na gestão ou na organização da APS. Em face dessa lacuna, este estudo dá-se com o intuito de obter informações sobre o processo de inovação na APS do município de Marau, Rio Grande do Sul.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A par do explanado na introdução, e de acordo com as prerrogativas do CONASS, evidencia-se que um sistema de saúde é um conjunto articulado de recursos e conhecimentos,

¹O Manual de Oslo (2004) é um instrumento que tem por objetivo fixar diretrizes para a coleta e interpretação de dados sobre inovação, fazendo parte de uma série de publicações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), uma instituição intergovernamental composta por 30 países, tendo, desta forma, uma maior abrangência das classificações de inovação.

organizado para atender as necessidades em saúde da população, para que todos os problemas decorrentes dessas possam ser enfrentados. No contexto brasileiro, a organização de sistemas de serviços públicos de saúde baseia-se, essencialmente, nas políticas de gestão do SUS, e são sistematizados a partir de uma estrutura de APS. Esta corresponde a um modelo assistencial, por meio do qual se busca integrar todos os aspectos dos serviços de saúde, e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011b).

Um sistema de saúde baseada na APS busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (BRASIL, 2011b). Diante destas perspectivas, evidencia-se que os ESF's precisam operar, de acordo com as normas estabelecidas pelo SUS, mas, também, considerando as características comuns à população a qual ele serve. Assim, deve-se levar em conta as características particulares a cada população, aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais, culturais e de saúde, que devem orientar a organização local de cada serviço.

Corroborando esta visão Merhy et al. (2007, p. 14). Para o autor, qualquer modelo de atenção à saúde faz referências não a programas específicos, mas ao modo como se constrói a “gestão de processo políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar, do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares, na promessa de construir a saúde”. De acordo com Fracolli (1999), enquanto o trabalho de gerência era baseado na observação dos processos de planejamento, na inspeção das atividades e na alimentação do sistema de informação, o novo trabalho do gestor em saúde exige desenvolvimento de conhecimentos epidemiológicos locais para subsidiar o planejamento, a coordenação e a avaliação das ações de saúde de forma ativa.

É evidente, assim, que os gestores dos ESF's devem ter em mente a promoção da saúde², a partir do conhecimento da realidade da população que atendem. Para tanto, devem estar disponíveis a tomarem decisões que impliquem, se necessário, na mudança de condutas, em novas aquisições, enfim, na inovação dos serviços oferecidos a clientela atendida em cada ponto de atendimento.

Neste contexto encontra-se o sistema de saúde pública do município de Marau, Rio Grande do Sul, regido pela estrutura do SUS, tem seus serviços de APS, estruturados de acordo com a estratégia do programa ESF. O referido sistema constitui-se em uma rede

²A promoção da saúde, definida na Conferência Internacional de Promoção da Saúde, é um processo que confere à população os meios para assegurar um maior controle e melhoria de sua própria saúde. Não se limita a ações de responsabilidade do setor saúde, mas propõe a capacitação das pessoas para uma gestão mais autônoma da saúde e dos determinantes dessa (BRASIL, 2011b, p.158).

horizontal interligado por 12 pontos de atenção à saúde, chamados no município de “postinhos” ou ESF’s. Estes são os locais onde efetivamente se dá a prestação de serviços, contando com ambulatorios de atenção primária, serviços de atenção domiciliar, sala de vacina, entre outras; onde são cadastrados 34.750 usuários (MARAU, 2011a).

De acordo com Czeresnia (2003), dentre os desafios colocados para aqueles que demonstram interesse ou têm experiência profissional no campo da promoção da saúde está o aperfeiçoamento dos conceitos, métodos e práticas nesta área. Esta tem sido avaliada de forma promissora por todos aqueles que, insatisfeitos com os modelos assistenciais vigentes, buscam alternativas mais eficazes para estender a vida com qualidade e assim contribuir com a plena realização do potencial de saúde de indivíduos e comunidades em todo o mundo. Na mesma linha, Bueno (2009 apud CHRISTENSEN, 2009, p. v) afirma que na gestão da saúde é urgente o estabelecimento de uma nova ordem, a ordem da inovação, que implica na ruptura dos antigos sistemas de gestão vigentes e na busca de novas soluções para reduzir custos, melhorar a qualidade e aumentar o acesso e à democratização aos serviços de saúde.

A inovação tende a assumir um papel cada vez mais destacado no mercado atual, as organizações necessitam desenvolver um modelo sistemático de gestão da inovação a fim de avaliar a sua capacidade, preparar seus recursos humanos e envolver gestores para dar início à formação de uma cultura inovadora. A busca pela excelência necessita de políticas e estratégias bem definidas para que os processos de inovação em toda a sua abrangência possam acontecer de forma espontânea ou induzida, gerando mudanças necessárias.

Com vistas a testar essa hipótese, apresenta-se o caso de Marau-RS, buscando a compreensão do funcionamento do seu sistema de saúde pública e a efetivação de inovação na referida área.

Nesta direção, a problemática definida para este trabalho é: A inovação está presente na Atenção Primária à Saúde, do município de Marau-RS?

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

Na busca de respostas para a questão problema e considerando que os serviços de saúde e o trabalho de gestão em saúde precisam sofrer profundas transformações para se adequar às propostas do SUS, constituindo-se, verdadeiramente em direito de todos, apresenta-se esta proposta de trabalho que teve os seguintes objetivos, geral e específicos.

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo precípua este estudo é o de “identificar as inovações na Atenção Primária à Saúde no município de Marau-RS”.

1.2.2 Objetivos específicos

Para atingir-se o objetivo geral, delimitou-se como objetivos específicos para o estudo a ser efetuado:

- a) contextualizar a organização do sistema de saúde em nível nacional e municipal;
- b) caracterizar a APS do Município de Marau-RS, descrevendo as estruturas de ESF's;
- c) identificar as principais inovações e dificuldades encontradas nos serviços de saúde oferecidos nos ESF's no município de Marau, na opinião dos gestores que neles atuam;
- d) propor sugestões que possam incrementar a gestão da inovação no sistema APS no município de Marau-RS.

1.3 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Em função do contexto apresentado no que tange à realidade da saúde pública no país, e considerando que o município de Marau-RS possui uma estrutura de saúde que serve de referência para as cidades da região, com uma cobertura em torno de 95% da população, em face à problematização apresentada, e a par dos objetivos estabelecidos, justifica-se a realização deste projeto de pesquisa. O estudo se deu no sentido de buscar como a gestão da APS, no município de Marau, promove, incentiva e produz inovação em saúde. O conhecimento científico levantado será apresentado neste estudo em cinco capítulos principais. O primeiro traz essas considerações introdutórias para o bom entendimento do conteúdo seguinte, contextualizando o assunto e abordando a problemática, os objetivos e a justificativa que moveu a pesquisa. No capítulo 2, tecem-se considerações teóricas buscando oferecer um aporte conceitual para o entendimento de termos essenciais a este estudo, como

saúde e inovação, passando-se a contextualização dos SUS, descrevendo-lhe o processo histórico e o estabelecimento das organizações e estratégias que “garantem” o seu funcionamento, com ênfase à APS e às estratégias de saúde da família, de forma a contextualizar a organização do sistema de saúde em nível nacional. O capítulo 3 apresenta dados básicos para o conhecimento do município de Marau e para a compreensão de como se dá a oferta da saúde pública neste, em especial àquela voltada à APS e os programas da ESF. Na sequência, o capítulo 4 aborda a metodologia utilizada para a efetivação da pesquisa; no capítulo 5, por sua vez, os principais resultados advindos desta, bem como a sua discussão. No capítulo seguinte apresenta-se as considerações finais e sugestões possibilitadas pela compreensão dos dados levantados; finaliza-se o trabalho com as referências utilizadas e os apêndices construídos.

2 SAÚDE E INOVAÇÃO: ABORDAGEM TEÓRICA E CONTEXTUAL

O presente capítulo traz, em sua essência, as principais considerações que se relacionam ao entendimento do conceito de saúde e a sua relação com o processo de inovação; passando-se por descrever como se estrutura o SUS e a suas estratégias vigentes para a busca da APS, com destaque à ESF, de modo a se delinear, teoricamente, o posterior entendimento das questões pertinentes ao processo de inovação no sistema público de saúde do município de Marau.

2.1 SAÚDE

A saúde é tratada como direito fundamental, assegurado, basicamente, no art. 6º e 196, da CF, sendo competência da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a sua garantia, conforme art. 23 deste aparato legislativo:

Capítulo II

Dos Direitos Sociais

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988, p.12).

[...]

Seção II

Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.133).

A definição de saúde proposta pela 8ª CNS pauta a mesma como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde (CNS, 1986, p.5). O conceito de saúde difundido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade (OMS, 1979 apud CNS, 1986). Percebe-se pela análise conceitual que a saúde vai além do estado de cura de uma doença, ter saúde não é não ter doença; mas sim,

um conjunto de condições que assegurem o bem-estar de um indivíduo, seja ele orgânico ou social.

O Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação, seguindo a tendência deste segundo paradigma, com a CF, em 1988, e pela criação do SUS, a partir das discussões prévias, consolidadas na 8ª CNS, pela luta dos sanitaristas, gestores e políticos comprometidos com a reforma do sistema até então vigente. De acordo com o CONASS, desta forma ofereceram ao povo brasileiro a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, fortalecendo a cidadania (BRASIL, 2011a).

Considerando a saúde como direito e fator essencial para o desenvolvimento humano; bem como o entendimento de saúde preconizado pelo SUS; e a par da importância que toma essa dimensão na vida humana, do termo saúde deriva o conceito moderno de atenção básica à saúde ou atenção primária, assim como a sua prática na saúde coletiva e individual. Assim, de acordo com definição proposta pela Conferência de Alma-Ata, promovida pela OMS no ano de 1978, a atenção básica à saúde consiste de:

[...] atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação [sic]. A atenção primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui-se como função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 1979 apud BRASIL, 2011b, p. 13).

De acordo com Czeresnia (2003) a promoção da saúde, assim entendida, surge e se desenvolve de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos, nos países desenvolvidos, particularmente no Canadá, nos Estados Unidos e nos países da Europa Ocidental. Três importantes conferências internacionais sobre o tema, realizadas entre 1986 e 1991, em Ottawa, Adelaide e Sundsväl, respectivamente, estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde.

Para Merhyet al. (2007), programas de atenção à saúde devem ser construídos em função de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com

a produção dos atos de cuidar: do individual, do social, do coletivo, dos meios, das coisas e dos lugares, na promessa de construir a saúde.

Quando se analisa o conceito de saúde e observa-se a prática da sua promoção, mesmo que empiricamente, fica evidente a contradição entre dois paradigmas: um que vê a saúde associada somente à cura da doença (tratamento); e outro que vê a saúde de forma mais ampla, como uma condição que congrega cuidados de prevenção a tratamento. De acordo com Feuerwerker e Sena (2004), o primeiro vê a saúde de um ponto de vista biologista, centrado na doença, na hegemonia médica, na atenção individual e na utilização intensiva de tecnologias; o outro que está baseado no fortalecimento do cuidado, da cura, da proteção, promoção e manutenção da saúde, na ação interpessoal e na crescente autonomia das pessoas e populações em relação à saúde.

Esse novo paradigma, na visão de Feuerwerker e Sena (2004), pretende reorientar as relações de profissionais da área da saúde e a população em geral e redefinir o peso e o papel do setor na prestação de serviços na construção da saúde. Este paradigma é, também, o que se defende e vislumbra na realização deste estudo.

A Norma Operacional Básica (NOB), de 1996, também refere que o modelo vigente de consideração da saúde concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica. Esta visão, no entanto, deve ser mudada, enriquecida, transformada, para que se busque a saúde da população dentro de uma outra perspectiva, do novo paradigma: a saúde como uma condição social, a saúde como direito, a saúde num enfoque epidemiológico, que atende ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais.

Para tanto, a referida norma prevê que a saúde deve ser gerida por um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade na qual estas pessoas estão inseridas, especialmente, com os seus núcleos sociais primários - as famílias. Tais práticas favorecem e impulsionam as mudanças globais e intersetoriais necessárias (NOB, 1996).

Considerando o conceito de saúde, e a importância da promoção da mesma, percebe-se a necessidade premente que os órgãos promotores de saúde, entre eles àqueles responsáveis pela APS, têm de, constantemente, aprimorarem seus serviços, de modo que o indivíduo que faz uso de tais serviços esteja como agente central do processo. E é justamente este indivíduo que, seguindo a lógica e a dinâmica do mundo moderno, apresenta novas e diversas

demandas, fazendo surgir a necessidade de novos e diversos processos, produtos, serviços, ações, atividades com vistas à promoção da saúde - direito de todos. Surge, assim, a necessidade da inovação.

2.2 INOVAÇÃO

As organizações que planejam aumentar sua competitividade sentem a necessidade de investir em práticas voltadas ao desenvolvimento sistemático de novas tecnologias, buscando novas formas de desenvolver suas atividades, seja na criação de novos produtos, serviços ou processos, ou ainda, melhorando os já existentes (DRUCKER, 1994). Diante de um cenário de globalização o mercado se caracteriza por uma demanda crescente de novos produtos, com maior rapidez, qualidade e preços menores. Os novos produtos são importantes para a prosperidade das organizações, que necessitam de um processo de inovação sustentado para responder ao desafio deste aumento de demanda (MATTOS, 2005).

Sendo assim, o processo de inovação no mundo organizacional tem adquirido crescente e relevante importância devido à acirrada concorrência e as diversas demandas dos consumidores, cada vez mais exigentes, buscando produtos e serviços de alto valor agregado, menor custo e maior qualidade.

Neste contexto, a abordagem conceitual de inovação tomou forma e alcançou maior espaço a partir da obra Schumpeter, com a Teoria do Desenvolvimento Econômico, colocando-a num lugar de destaque na área organizacional. Desta forma a inovação, de acordo com Schumpeter (1934), é a ação de inovar, a criação de processos que promovam a ruptura no sistema econômico, fazendo surgir novidades. Para o referido autor, nas economias capitalistas o desenvolvimento econômico é dirigido pelo impacto das inovações tecnológicas, ocorrendo através de um processo dinâmico de destruição criativa, sendo a inovação, então, caracterizada por um processo de criação do novo e destruição do que está se tornando obsoleto.

Para Schumpeter (1934), a inovação classifica-se a partir de quatro propriedades fundamentais: 1) incerteza gerada pela existência de problemas técnicos e econômicos cujas soluções são desconhecidas; 2) crescente dependência das novas oportunidades tecnológicas no conhecimento científico; devendo ser visto com ressalva quando se considera a importância do conhecimento tácito para o processo de inovação; 3) crescente formalização

das atividades de pesquisa e desenvolvimento e sua execução no interior das empresas; 4) aprendizagem por meio de atividades informais de solução de problemas de produção e esforços para satisfazer as necessidades dos clientes.

A partir das definições de Schumpeter, referente à abordagem conceitual de inovação, diversos autores propuseram outras propostas conceituais de inovação bem como variáveis e caminhos que interferem no estabelecimento da mesma. Para Carvalho (2009), a inovação é um processo que se inicia pela percepção de um novo mercado ou oportunidade de novos serviços para uma invenção de base tecnológica que conduz ao desenvolvimento, produção e *marketing*, em busca do sucesso comercial da inovação. Para Cassiolatto e Lastres (2000), a inovação é constituída de um processo de busca e aprendizado, fortemente influenciado pelos formatos locais e regionais. Existindo entre os sistemas de inovação de um país para outro, de uma região do mesmo país para outra e até mesmo de um local para outro. As organizações a nível local na forma de parcerias, associações, redes, sistemas de inovação, promovem o aumento da capacidade de aprendizado da região, devendo existir relações com órgãos governamentais, às empresas, o estado, a sociedade e as instituições de ensino.

Para Carvalho (2009), uma invenção só se torna inovação se chega ao mercado e se seu impacto econômico está intimamente ligado ao seu grau de difusão. Tigre (2006) afirma que quando uma inovação é introduzida pioneiramente por uma única empresa, seus impactos econômicos são limitados ao âmbito inovador e, eventualmente de seus clientes. Uma inovação só produz impactos econômicos abrangentes quando se difunde amplamente entre empresas, setores ou regiões, desencadeando novos empreendimentos e criando novos mercados.

Para Porter (1986), a busca pela vantagem competitiva através da diferenciação conduz a investimentos em inovação e em tecnologia, sempre com foco em necessidades específicas dos consumidores. Percebe-se, assim, que a atividade inovadora se constitui em vista do capital humano, tanto em seus meios (quem a produz) como em seus fins (quem dela se beneficia).

Percebe-se pela análise dos conceitos e dos vieses que cada autor aborda a inovação que esta impacta num processo de mudança. O processo de inovação envolve não só os conhecimentos teóricos ou práticos num plano estritamente tecnológico, como também conhecimentos nas áreas de *marketing* e gestão das organizações (REIS, 2008). Neste sentido, de acordo com a OCDE, existem quatro tipos principais de inovação, propostas no Manual de Oslo (2004):

1) Inovação de produtos ou serviços: pode assumir duas formas abrangentes: produtos tecnologicamente novos, cujas características diferem dos existentes no mercado; e, produtos tecnologicamente aprimorados, cujas características do produto tenham sido significativamente aprimorado ou elevado;

2) Inovação de processo: é a adoção de métodos e produção novos ou significativamente melhorados, incluindo métodos de entrega dos produtos ou serviços;

3) Inovação de *marketing*: consiste de atividades relacionadas com o lançamento de um produto tecnologicamente novo ou aprimorado. Podem incluir pesquisa preliminar de mercado, testes de mercado e propaganda de lançamento;

4) Inovação em gestão: a inovação organizacional inclui: a) introdução de estruturas organizacionais significativamente alteradas; b) implantação de técnicas de gerenciamento avançado; c) implantação de orientações estratégicas novas ou substancialmente alteradas. Em princípio, a mudança organizacional conta como inovação apenas se houver mudanças mensuráveis nos resultados, tais como aumento de produtividade ou vendas.

Percebe-se, pela análise destas categorias de inovação, que os resultados da mesma vão além do processo produtivo ou do mercado, promovendo um ganho no potencial produtivo para toda ou quase toda a economia e efeitos, também, no campo social e cultural. A partir da nova tecnologia pode ser estabelecida mudança nas relações capital x trabalho ou nos produtos ofertados que geram novos padrões de comportamento social.

Sendo assim, no campo da promoção da saúde, enquanto serviço ofertado como direito da população, a inovação dos processos e produtos envolvidos se faz necessária no sentido de que são muitas as lacunas que tornam o sistema de saúde, abordando-se aqui neste contexto especialmente àquele oferecido pelo SUS, carente de mudanças e melhorias que imprimam não só o aumento da oferta (e da equidade) como da qualidade do serviço oferecido. Surge, nesta direção, a necessidade da promoção da inovação em saúde.

2.2.1 Inovação em saúde

Como se evidenciou nos itens anteriores, para que se estabeleça um sistema de promoção da saúde pautada na integralidade do ser humano, considerado no individual e coletivo, com ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, fortalecendo a cidadania, a mudança se faz necessária. E mudar consiste em inovar: a saúde pública

brasileira, através do SUS, precisa de uma gestão comprometida com os processos de inovação em saúde.

As atividades inovadoras no setor de saúde caracterizam-se por uma forte interação como o setor científico. Por um lado, a infra-estrutura científica é origem de um fluxo de informações que apóia o surgimento de inovações que afetam a prática médica e a saúde: em linhas gerais, novos medicamentos, novos equipamentos, novos procedimentos clínicos e novas informações. Por outro lado a prática médica e a atuação do setor de saúde em geral são origens de um fluxo de informações inverso e constituem-se em questões, achados empíricos e práticas bem sucedidas que devem ser explicadas e compreendidas.

O material localizado neste campo de estudo não é vasto. Das referências analisadas pode-se citar a experiência descrita por Christensen (2009), referindo-se ao sistema de saúde privado, de que a inovação em saúde ocorre quando mudanças produzem serviços mais acessíveis, de menor custo e maior qualidade. Para tanto deve ocorrer a ruptura como o autor diz, do velho para o novo, o que pressupõe a presença de tecnologia sofisticada e inovadora; modelos de gestão inovadores; e, uma cadeia de valor economicamente coerente.

A tecnologia pode ser um meio de inovação em saúde. Christensen (2009, p.27) discorre, por exemplo, sobre os prontuários médicos eletrônicos. “Em alguns países [...] os prontuários eletrônicos são predominantemente mantidos em um formato-padrão, para que qualquer médico em qualquer hospital possa acessar instantaneamente os registros”. Essa condição, que pode ser oferecida a custo bastante baixo, tem capacidade de promover melhorias na forma de gerenciamento de dados, transferindo o controle da saúde para o próprio paciente, permitindo conexões com novos modelos de gestão e diversas cadeias de valor (farmácias, outros médicos, de outras especialidades). Outra questão apontada por Christensen (2009) é a que se refere ao uso da tecnologia para a prática da medicina empírica e de precisão e não a medicina da intuição, promovendo o diagnóstico preciso de doenças, o que, por conseguinte, diminuiria o custo de ter-se que fazer uma nova consulta, por exemplo, pois o paciente não saiu “curado”.

Neste sentido, o SUS considera, o Registro Eletrônico em Saúde (RES) como “um repositório de informação a respeito da saúde de indivíduos, numa forma processável eletronicamente” (BRASIL, 2011a, p.190). Constitui-se em uma ferramenta que tem um papel voltado a aumentar o acesso, a transparência e o controle dos recursos nos serviços de saúde, por meio do oferecimento ao usuário de cartões, chips, que, por vezes pelo alto custo não são, ainda, muito utilizados no sistema vigente. De acordo com Médici (2010 apud BRASIL, 2011a, p. 191), os RES, têm muitas vezes suas estratégias de

implementação malsucedidas, pela questão do valor, mas, contribuem para a universalização da saúde, ampliando o acesso e reduzindo o tempo de resposta dos serviços às necessidades dos pacientes, aumentando a transparência e a eficiência no setor.

Ainda na questão da tecnologia da informação, pode-se pontuar o Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS, que concebido juntamente com a implantação da NOB do SUS, em 1996, como um sistema de informação, utiliza os recursos da informática e as telecomunicações com o propósito de identificar o usuário do SUS, integrar informações e construir a base de dados de atendimentos em saúde. O porte e a utilização do Cartão SUS seria para o usuário a garantia dos princípios de universalidade de acesso, integralidade de atendimento, equidade, democratização e descentralização do SUS; e, ainda lhe garantiria o direito à preservação da autonomia, integridade moral e privacidade quanto às informações relacionadas à sua saúde (BRASIL, 2011a, p. 191). Mas várias questões tecnológicas e operacionais impediram o sucesso dessa ferramenta, que sofrendo ajustes, teve, a partir de 2001, por meio da Portaria SIS/SE n. 39, a operacionalização do processo de cadastramento nacional, trazendo os termos de adesão (municipal e estadual) e manual de preenchimento do formulário. Atualmente todos os usuários, tendo ou não o Cartão, são cadastrados no Cadsus³, no Cadsus Simplificado⁴, e no Cadweb⁵.

A importância destes recursos da tecnologia (RES e Cartão-SUS) como promotora da inovação está implícita nas políticas do SUS. De acordo com a NOB (1996), adotar novas tecnologias, promovendo os processos de educação e de comunicação social dentro do SUS, constituem parte essencial em qualquer nível ou ação, na medida em que permitem a compreensão globalizadora a ser perseguida, e fundamentam a negociação necessária à mudança e à associação de interesses conscientes. É importante, nesse âmbito, conforme a NOB (1996), a valorização da informação informatizada. No entanto, de acordo com o CONASS, “Salvo as soluções tecnológicas [...] que permitiram a ampliação do cadastramento de usuários, poucos foram os avanços na implementação do Cartão Nacional de Saúde” (BRASIL, 2011a, p.201). Portanto, constitui-se, ainda, uma lacuna para o SUS, inclusive em sua estratégia de APS, o que demanda novas mudanças no processo de tecnologia da informação vigente.

³Cadsus: aplicativo de cadastro e manutenção de usuários do SUS e seus domicílios de residência, destinado às secretarias municipais de saúde.

⁴Cadsus Simplificado: cadastro de usuários destinados às unidades de saúde. Sem informações de domicílio, mas com obrigatoriedade de motivo de cadastramento e de número provisório.

⁵Cadweb: tem por finalidade o cadastramento via internet dos usuários do SUS. É mais uma ferramenta da metodologia de implantação do Cartão - SUS 2011 em todo o território nacional.

Assim como a tecnologia, aumentar a cadeia de valor⁶ de produtos e serviços também se constitui num método de inovação em saúde. No entanto a cadeia de valor é bastante complexa, envolvendo, conforme mostra a Figura 1, cinco elos principais: pagadores, intermediários financeiros, provedores, compradores e fabricantes.

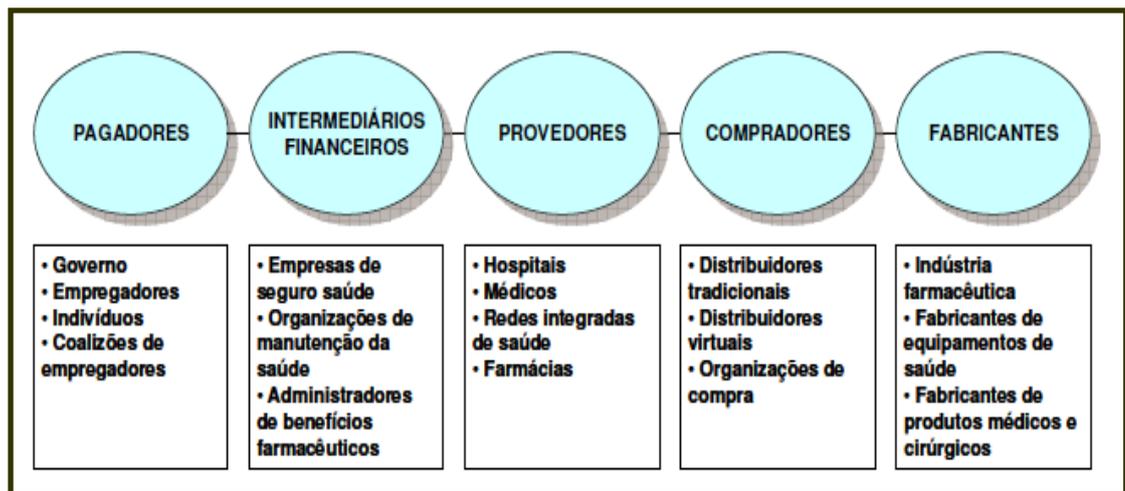


Figura 1- Cadeia de valor da saúde conforme Burns et al. (2002, p.4 apud PEDROSO, 2010)
Fonte: Pedroso (2010).

Analisando-se a Figura 1, pode-se dizer que, de acordo com a proposta de Burns et al. (2002 apud PEDROSO, 2010), aumentar o valor na prestação de serviços de saúde, incrementando esta cadeia, consiste em oferecer serviços com rapidez no atendimento, com alta qualidade e baixo custo, tendo o cliente (usuário do serviço de saúde) como figura central. Evidentemente que esse ideal ainda é utópico na realidade do SUS, o que permite apontar a inovação como uma ação estratégica na reversão desta realidade.

De acordo com Christensen (2009, p. 17), “Muitos dos procedimentos médicos realizados após um diagnóstico definitivo são atividades integrantes do processo para agregar valor”. Eles variam, conforme o autor, desde a prescrição de um medicamento até a realização de uma cirurgia, são, no entanto, difíceis de serem mensurados. Pode-se citar ainda que empiricamente, que o médico que atende a um paciente e não trata apenas de sua “doença” mais de sua integralidade, preocupando-se com os motivos de sua estada em um centro de saúde, recebendo bem o referido paciente, está agregando valor ao serviço de saúde.

⁶ A cadeia de valores, termo preconizado por Michael E. Porter, é constituída por atividades primárias (logística interna, operações, logística externa, *marketing* e vendas e serviço pós-venda) e por atividades de apoio (aquisição dos *inputs*, investigação e desenvolvimento para aperfeiçoamento do produto e/ou do processo produtivo, gestão de recursos humanos e a infraestrutura da empresa que é composta pela gestão geral, finanças e contabilidade, planejamento, entre outras áreas (PORTER, 1986).

Da mesma forma como a tecnologia e o gerenciamento da cadeia de valores serviços de saúde constituem aspectos básicos para que se dê o processo de inovação, os modelos de gestão⁷ também concorrem como variável de mudança. O SUS caracteriza-se por um modelo de gestão hierarquizado e articulado entre as três esferas principais (federal, estadual e municipal), conforme especificado na Figura 2.

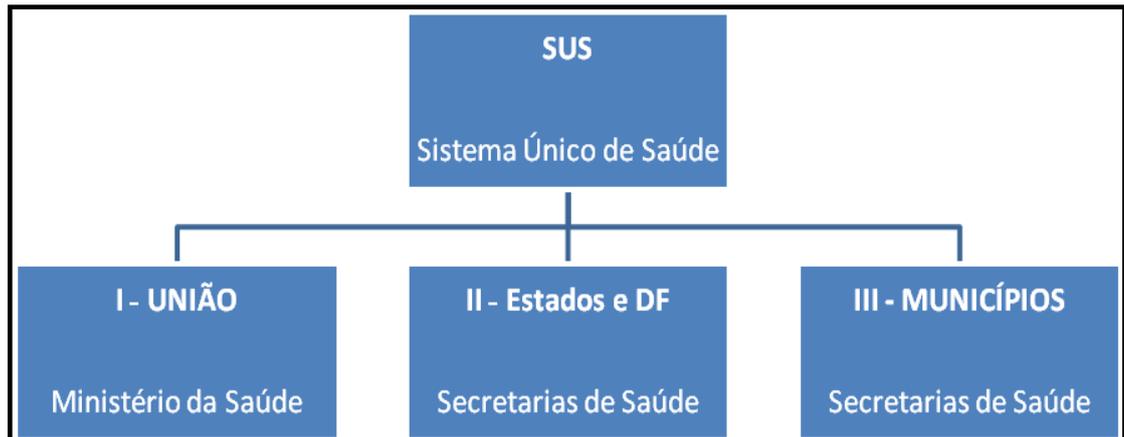


Figura 2- Estrutura de gestão do SUS nas três esferas de governo
Fonte: Elaborada pelo autor (2011).

A gestão, em cada esfera, vem, desde a criação do SUS, passando por constantes adequações no sentido de efetivar-se com uma concepção de sistema de saúde descentralizado e administrado democraticamente, com a participação da sociedade organizada, com distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade e entre as distintas esferas de governo - nacional, estadual e municipal - cabendo aos gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e das diretrizes preconizadas pelo SUS (BRASIL, 2011a).

Este ideal está sendo perseguido desde o ano de 1990, e da mesma forma como indicado para as outras variáveis que impactam na inovação, ainda é uma área lacunosa para o atual SUS. Neste contexto, tem-se o Colegiado de Gestão Regional (CGR) que efetiva, por meio do Pacto pela Saúde, a articulação permanente e contínua entre todos os municípios e o estado, na região de saúde na qual está inserido. A partir da implantação do Pacto, todos os gestores dos municípios têm assento e voz no CGR e, por meio da pactuação, procuram

⁷ Gestão é entendida como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. A gestão é exercida por representantes do poder público (secretários, ministro). Já, o termo Gerência, designa a administração de unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.) que se caracteriza como prestador de serviço do SUS; a administração ou a gerência, por sua vez, pode ser de ordem pública ou privada (administrador de um hospital conveniado com o SUS),(BRASIL, 2011a, p.33).

garantir que demandas dos diferentes interesses regionais possam ser organizadas e expressadas naquele território (BRASIL, 2011a, p.43).

A gestão também, além de intervir nas políticas organizacionais, atua sobre as formas de financiamento da saúde. Neste sentido, uma das principais inovações no que se refere ao financiamento da assistência médica ambulatorial e hospitalar, constituiu-se na habilitação imediata de municípios na condição de gestão semiplena, rompendo a relação financeira do governo federal com estados e municípios caracterizada pelo pagamento de serviços prestados, substituindo-a pelo repasse fundo a fundo de recursos. A implantação da gestão semiplena, porém, ficou condicionada a dois fatores: a regulamentação da forma de transferência de recursos aos fundos de saúde e as disponibilidades financeiras do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a, p.43).

Além das formas de estruturar e financiar a gestão do SUS, o enfrentamento de problemas, na área de saúde, exige do gestor e de sua equipe um esforço de apropriação de informações relevantes para a melhoria do desempenho institucional de sua organização, seja o MS, uma Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde, um órgão ou setor de qualquer uma dessas instituições. O aperfeiçoamento, ou a inovação em saúde compreende, então, um processo de planejamento⁸ e pesquisa permanente. Os quais demandam acesso a informações de natureza técnico-científica e político-institucional que contribuam para a incorporação de conhecimentos e tecnologias de formulação, a implementação e a avaliação de políticas, planos, programas, projetos, destinados a intervir sobre o estado de saúde da população e sobre o próprio sistema de serviços de saúde (TEIXEIRA, 2002).

Ainda falando-se dos modelos de gestão e a sua relação com a inovação em saúde, convém pontuar o compromisso destes com os atores envolvidos no processo- as pessoas. Segundo o CONASS, a APS e a sua gestão devem considerar o sujeito/usuário em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2011c, p.17).

O processo de planejamento no contexto de saúde deve considerar que a decisão de um gestor sobre quais ações desenvolver é fruto da interação entre a percepção do Governo e os interesses da sociedade. Dessa interação, motivada pela busca de soluções para os problemas de uma população, resulta a implantação de um plano capaz de modificar o quadro

⁸ O ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade (TEIXEIRA, 2002), e é um método indicado pelo SUS como requisito básico para fins de repasse de recursos, controle e auditoria nos serviços de saúde.

atual, de modo a atingir uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem estar e o apoio ao desenvolvimento social desta população (BRASIL, 2005).

Como rege a NOB (1996), de acordo com o modelo de atenção básica à saúde promovido e incentivado pelo SUS, a dimensão do coletivo deve incorporar e transcender a do individual. Do mesmo modo, deve ocorrer o incentivo à associação dos enfoques clínico e epidemiológico, o que implica, seguramente, a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde. Assim, a inovação nos sistemas de saúde deve dar conta, dentro do espectro da gestão, de promover uma nova relação entre os sujeitos envolvidos. O usuário deve ser estimulado a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra e, por meio de intervenção do SUS, ter facilitadas as condições indispensáveis à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

Percebe-se, então, que para a efetivação da saúde, dentro dos preceitos entendidos e difundidos pelo SUS, mudanças e avanços ainda devem ocorrer. Nesta direção:

[...] O SUS é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos. Seus avanços são significativos, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime. Esse é o desafio de todos (BRASIL, 2011a, p.7)

Se existem desafios, é porque existem novas demandas ou obstáculos a serem transpostos, e a exigência de mudanças. De acordo com a NOB (1996), é preciso que se promova conhecimentos - resultantes de identificações e compreensões- que se faziam cadavez mais particularizados e isolados (com grande sofisticação e detalhamento analítico) - numa visão mais globalizante, com o aprimoramento dos processos de síntese, sejam lineares, sistêmicos ou dialéticos.

Os processos de inovação em saúde sejam tecnológicos em produtos ou processos, organizacional de modelos de gestão ou os que se referem à criação de valor, deve se dar em consonância com os objetivos e diretrizes preconizadas pelo SUS, pois jamais devem prescindir ou desviar-se da condição da saúde como direito, em sua prevenção, promoção, cura ou reabilitação. Faz-se necessário, então, conhecer as bases conceituais, históricas e de estruturação do SUS.

2.3 O SUS

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Sua organização é baseada em redes regionais e hierarquizadas atuando em todo o território nacional, tendo direção maior por parte da esfera federal. O SUS é uma estrutura que não atua isoladamente na promoção dos direitos básicos de cidadania, está inserido no contexto das políticas públicas de seguridade social, abrangendo além da saúde, a previdência e assistência social (BRASIL, 2011a). Assim entendido, o SUS é, atualmente, o sistema público responsável pela garantia da oferta de serviços de saúde à população brasileira. Institucionalizado a partir da constituição cidadã de 1988 (art.196 a 200), tem na sua configuração escrita a expressão de medidas que vislumbram a saúde como um direito de todo o cidadão brasileiro.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988, p.134).

Assim como está configurado este sistema é conhecido até mesmo no exterior, considerado uma das maiores expressões das garantias sociais do povo brasileiro. No entanto, sabe-se que nem tudo o que é expresso em suas ordens, decretos ou manuais expressa-se na realidade do cidadão. E é justamente para promover o entendimento integral do funcionamento e das estratégias do SUS que parte-se da compreensão de sua trajetória histórica.

2.3.1 Processo histórico

Buscando-se a compreensão de como a saúde foi considerada e gerida no Brasil, desde o seu descobrimento até os dias atuais, abstrai-se que durante a administração portuguesa, pelo menos até a metade do século XVIII, a atenção à saúde da população se dava em função da organização do espaço social visando a um combate às causas das doenças. Antes do século XIX, não se encontra, seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho de Estado, a relação explícita entre saúde e sociedade. A atuação do Estado e dos médicos tinha como objetivo primordial evitar a morte (BRASIL, 2011a). Neste período pode-se destacar:

[...] A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808 determinou mudanças na administração pública colonial, até mesmo na área da saúde. Como sede provisória do império português e principal porto do país, a cidade do Rio de Janeiro tornou-se centro das ações sanitárias. Era necessário, então, criar rapidamente centros de formação de médicos, que até então eram quase inexistentes em razão, em parte, da proibição de ensino superior nas colônias (BRASIL, 2011a, p.10).

O século XIX assinala para o Brasil o início de um processo de transformação política e econômica que atinge igualmente o âmbito da medicina, inaugurando duas de suas características, que têm vigorado até o presente: a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médica, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado. Nasce um tipo específico de medicina que pode ser chamado de medicina social (BRASIL, 2011a). Convém pontuar alguns acontecimentos que marcaram este período, dentre estes, por ordem real, a fundação das academias médico-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e na Bahia, posteriormente transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do país (BRASIL, 2011a). Ainda, pode-se destacar:

[...] Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e, apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população. No entanto, é o momento em que instâncias médicas assumem o controle das medidas de higiene pública. Seu regulamento é editado em 20 de setembro de 1851 e Sistema Único de Saúde a transforma em Junta Central de Higiene Pública. Tem como objetivos a inspeção da vacinação, o controle do exercício da medicina e a polícia sanitária da terra, que engloba a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fábricas e, em geral, todos os lugares de onde possa provir dano à saúde pública (MACHADO, 1978 apud BRASIL, 2011a, p.10-11).

Percebe-se pelo exposto que até o ano de 1850 (Brasil Imperial), as atividades de saúde pública estavam restritas a delegação de atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos evidenciando a importância atribuída ao controle sanitário do país. No entanto, “A fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade” (BRASIL, 2011a, p.11).

Em 1889, com a Proclamação da República, o Brasil entra em um novo período histórico e a saúde, pautada no contexto de modernização que se instaurou, passou a contar com um serviço de medicina que assumiu o papel de guia do Estado não só para assuntos sanitários, mas comprometendo-se a “garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do país” (BERTOLLI FILHO, 2004 apud BRASIL, 2011a, p. 11). Neste momento histórico o Brasil caracteriza-se pela emergência das questões sociais associada às primeiras manifestações operárias urbanas, com intensos conflitos entre capital e trabalho acompanhados de violenta repressão e ausência de canais legais de articulação de interesses. No âmbito das políticas sociais, pela Constituição de 1891, cabia aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde, de saneamento e de educação (BRASIL, 2011a).

“Efetivamente, somente no século XX, iniciam-se políticas de saúde para enfrentar o quadro sanitário existente no país” (BRASIL, 2011a, p.10). Assim, no Brasil este século ficou visto como sendo o século do progresso, da ciência, da eletricidade e da medicina. Mesmo com toda esta evolução, por muitas décadas os pobres continuavam recebendo atendimento através dos hospitais filantrópicos que eram mantidos pela igreja, pois, o Estado não oferecia qualquer ou nenhum atendimento público de saúde. Enquanto isso, no Rio de Janeiro e São Paulo começam a epidemia da cólera, de febre amarela, malária, varíola e tuberculose tornando-se um problema para os navios que atracavam nos portos trazendo imigrantes considerados mão de obra livre e de boa qualidade necessários para o Brasil, então neste momento se fez necessário a tomada de uma atitude urgente para combater estas epidemias (BRASIL, 2006a). Reitera-se as características deste momento:

[...] No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste. Esse quadro acabou gerando sérias consequências, tanto para a saúde coletiva quanto para outros setores, como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em razão da situação sanitária existente na cidade (BRASIL, 2011a, p.12).

Diante desta situação, em 1904, assume o Dr. Oswaldo Cruz como diretor de Saúde Pública e cria o Instituto Bio Manguinhos, que começa a pesquisar e produzir vacinas, a partir de então propõe uma campanha organizada para vacinação obrigatória na população iniciando com a vacina contra a varíola. Porém, a população não estava preparada para receber a vacina, os próprios militares diziam que como obrigatória ela feria a liberdade e o direito do cidadão (Revolta da Vacina); nesta fase surge a febre amarela a gripe espanhola matando milhares de pessoas (BRASIL, 2006a). Lima (2005) destaca ainda, neste período, a criação de duas importantes instituições de pesquisabiomédica e saúde pública do país, atuantes até o dia de hoje: o Instituto Soroterápico Federal – transformadoposteriormente em Instituto Oswaldo Cruz (1908) e Fundação Oswaldo Cruz (1970) no Rio de Janeiro; e o Instituto Butantan, em São Paulo. Instituições essas que possibilitaram o trabalho de uma nova geração de médicos, formados segundo o paradigma da bacteriologia e influenciadospela pesquisa científica praticada na França e na Alemanha, começaria a exercer forte influência nas concepções sobre as doenças transmissíveis e nas propostas de ações em saúde pública (LIMA, 2005).

Em 1910 tem-se o marco de início efetivo das políticas de saúde, com contínua intervenção estatal nas questões relativas à saúde individual e coletiva. Isso em função da consciência estabelecida da relação entre os problemas de integração nacional e a interdependência gerada pelas doenças transmissíveis (que causavam verdadeiras epidemias). Tal entendimento foi resultado de um movimento sanitarista, “organizado em torno da proposta de políticas de saúde esaneamento, a partir da crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no país” (LIMA, 2005, apud BRASIL, 2011a, p.12). Estabelece-se a Reforma Sanitária, destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, base para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central.

Já em 1922 vem a proposta de criação da Assistência Médica através da contribuição previdenciária. Neste mesmo ano inicia-se a construção do 1ºCentro de Saúde com cunho social e educativo substituindo os guardas sanitários por Médicos Sanitaristas e Educadores Sanitários(BRASIL, 2006a). De acordo com CONASS:

[...] As medidas de proteção social e, em particular, a assistência médica só viriam a ter reconhecimento legal como política pública com a aprovação da Lei Eloi Chaves, de 1923, resultado do crescente impacto do que passou a ser definido como a questão social no país. Até então, muitas categorias de trabalhadores organizavam associações de auxílio mútuo para lidar com problemas de invalidez, doença e morte (BRASIL, 2011a, p. 13).

Em 1930, com a posse de Getúlio Vargas, cria-se o Decreto que centraliza e uniformiza as estruturas de saúde no país, começam a se realizar o sonho dos mais “pobres” e desprotegidos quais tinham o desejo de serem atendidos em suas necessidades, porém quem continuava a ter privilégios eram os empresários e industriais. Com a criação da Previdência Social alguns políticos contrários ao governo entendiam que nada mais era de que uma maneira de capitalização para aumentar o dinheiro que o governo emprestava para construção de hospitais particulares e outros (BRASIL, 2006a). Encontra-se nos escritos do CONASS, que:

[...] O primeiro governo Vargas é reconhecido pela literatura como um marco na configuração de políticas sociais no Brasil. As mudanças institucionais que ocorreram, a partir de 1930, moldaram a política pública brasileira, estabelecendo um arcabouço jurídico e material que conformaria o sistema de proteção social até um período recente (BRASIL, 2011a, p.13).

Em 1937 o Dr. Carlos Chagas começa a se preocupar com a Amazônia, volta-se a construir hospitais, baseados em modelos Europeus particulares com início de filantropia (BRASIL, 2006a). Este ano é marcado, também, pela promulgação da nova Constituição, que reforça o centralismo e a autoridade presidencial (ditadura). Em 1939, regulamenta-se a justiça do trabalho e, em 1943, é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), (BRASIL, 2011a).

Em 1945 cria-se o MS, surge a televisão e com ela começam os esclarecimentos para melhoria dos cuidados com a saúde, mostrando as propostas feitas por movimentos sociais para a construção de uma Saúde Pública para todos, da medicina de grupo logo em seguida vem a ditadura militar e volta o descaso com saúde pública (BRASIL, 2006a). “Além de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, Adolpho Lutz, Arthur Neiva e Vital Brasil, entre outros, destacam-se na definição de rumos para a saúde pública e na criação de instituições” (BRASIL, 2011a, p. 12). Destaca-se, ainda, a nova Constituição de 1946:

[...] Com a promulgação de uma nova Constituição em 1946, o país inicia um período de 19 anos de experiência democrática. A saúde pública, ainda que herdeira dos aparatos estatais construídos nos 15 anos do primeiro governo Vargas, teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias, assim como sua burocracia foi confrontada com novos contextos e contornos políticos e sociais que caracterizaram o Brasil até 1964 (BRASIL, 2011a, p.15).

Nota-se pelo histórico descrito que o Brasil sanitarista do início do século até 1965, apesar de muitas mudanças e incrementos, o modelo de saúde era médico assistencial privatista. Em 1966 cria-se o Instituto Nacional Previdência Social (INPS) - órgão que passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluísse dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais (BRASIL, 2011a).

No início dos anos 70 surgem os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária, o que vêm a ser aproveitado ou colocado em prática somente nos anos 80 quando acontece o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista que é substituído pelo modelo de atenção à saúde. Chega ao término o modelo assistencialista e filantrópico, porém, ele não deixa de existir; vem com novas denominações, começam a ter direito somente quem contribuísse ou tivesse carteira de trabalho assinada (BRASIL, 2006a).

Nesse período edita-se a Lei 6.229, de 17 de julho de 1975, que institucionalizou o Sistema Nacional de Saúde, tendo como órgão supremo o Conselho de Desenvolvimento Social, constituído pelos ministros da área social - Saúde, Trabalho, Educação e Cultura, Interior e Previdência Social, além do Ministro do Planejamento, sob orientação direta do presidente da República - transformando o sistema espontâneo existente de fato em um sistema organizado, o que ampliou em muito as atribuições do MS - acentuado a divisão entre as ações de saúde individual e coletiva (BRASIL, 2011a).

No entanto, em 1976, o Decreto 79.056, de 30 de dezembro, introduziu o conceito de atividades e medidas de interesse coletivo como atribuição primordial a ser cumprida pelo MS e estabeleceu a sua nova organização (BRASIL, 2011a). Surge, em decorrência, no ano de 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), sendo este visto como o símbolo do modelo médico (BRASIL, 2006a). O sistema nacional de saúde implantado no Brasil no período militar (1964-1984) caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde (BRASIL, 2011a).

Mesmo em tempo de ditadura militar um grupo de mulheres, de sanitaristas e estudantes reúne-se para discutir, reivindicar ônibus, creches e para a construção de mais postos de saúde organizando-se para tentar evitar o sucateamento da saúde pública. Em 1978 os trabalhadores da saúde fazem um movimento para eleger os conselheiros de saúde, nesse mesmo momento surgem experiências de saúde básica em alguns municípios e o direito à internação hospitalar, ainda durante este período cria-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), (BRASIL, 2006a).

Em 1980 inicia-se o movimento pelas eleições diretas e por uma saúde pública de fato e de direito que atinja a toda população, vem a falência do INAMPS e o descredenciamento de muitos hospitais, pois já não mais havia interesse do governo em continuar financiando-os (BRASIL, 2006). Esta crise da previdência social fez surgir o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que teve nas Ações Integradas de Saúde (AIS) um dos seus pilares, sendo um programa de atenção médica para as áreas urbanas. Os Secretários de Saúde criam, em fevereiro de 1982, o CONASS; também é instituída a Portaria nº. 3.046, de 20 de julho de 1982, estabeleceu parâmetros assistenciais, visando disciplinar o atendimento médico-hospitalar dos hospitais conveniados e da rede pública e que se corporificou no Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (BRASIL, 2011a).

Em março de 1986, em Brasília, ocorreu o evento político sanitário mais importante da segunda metade do século passado, a 8ªCNS, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde. O relatório final da conferência colocou três grandes referências para a reforma sanitária brasileira, um conceito amplo de saúde; a saúde como direito do cidadão e dever do Estado; e, a instituição de um sistema único de saúde (com separação total da saúde em relação à previdência), organizado pelos princípios da universalidade, da integridade, da descentralização e da participação da comunidade.

Visando atingir estes princípios cria-se, em 1986 a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, e, em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), norteado pelo princípio de que os recursos federais devessem efetivamente realizar o real acesso à atenção à saúde, por parte de toda a população, garantindo o aproveitamento máximo dos recursos destinados à saúde, buscando que os mesmos não se dispersassem nem fossem apropriados para outros fins. Tais movimentos possibilitaram, também, a chegada de propostas da nova visão da área da saúde à Assembleia Nacional Constituinte. Estas foram amplamente discutidas e legitimadas, do ponto de vista do ideário do movimento sanitário e das prerrogativas do novo SUS e da 8ª CNS na CF de 1988 (BRASIL, 2011a).

A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, neste sentido, o ano de 1990, no âmbito jurídico institucional, com as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (nº. 8.080/90⁹ e nº. 8.142/90¹⁰), vários decretos (em especial o Decreto

⁹ A Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, institui o SUS edispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em

nº.99.438/90) e as NOB's. Para o SUS, a partir desta nova visão, todo cidadão tem direito à saúde. Este passa a ser visto como um sistema que pretende a saúde como um direito universal para pobres e ricos fazendo com que a saúde não mais seja um favor ou uma caridade, e sim um direito de acesso à vacina, ao transplante, à água tratada, ao saneamento básico, ao esgoto tratado, enfim, ao medicamento básico, especial ou excepcional (BRASIL, 2006a).

O CONASS avalia a evolução do SUS desde a CF de 88 até os dias atuais e revela que os resultados são inquestionáveis, são positivos. Concorrem para isso:

- a) a ESF no ano de 2010 atuou com 30.300 equipes prestando serviços de APS em mais de 5.000 municípios e cobertura de 96 milhões de habitantes (SIAB, 2009 apud BRASIL, 2011a, p. 28);
- b) a redução significativa da mortalidade infantil, a ampliação do número de consultas de pré-natal, a diminuição da desnutrição e ampliação da adesão à vacinação;
- c) a eliminação do sarampo, em 2007; a interrupção da transmissão da cólera, em 2005, da rubéola, em 2009, e a transmissão vetorial de Chagas, em 2006;
- d) a redução das mortes de outras 11 doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase, malária e AIDS;
- e) a efetivação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) que atende 105 milhões de brasileiros e oferece uma resposta rápida à população;
- f) o desenvolvimento de políticas com reconhecimento nacional e internacional, com vistas a reduzir a incidência de doenças sexualmente transmissíveis e Aids;
- g) a ampliação do sistema de imunização da população por meio do Programa Nacional de Imunizações, realizado por meio de campanhas nacionais e rotineiramente nas 30.280 salas de vacina do País;
- h) o desencadeamento em 2008 da maior campanha de vacinação já realizada no mundo, passo importante para a eliminação da Síndrome da Rubéola Congênita. Em cinco meses, foram imunizadas mais de 67,2 milhões de pessoas, atingindo 95,8% de cobertura. (BRASIL, 2011a).

caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990a).

¹⁰ A Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Também instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990b).

Analisando-se a evolução histórica do Brasil no que tange aos seus serviços de saúde, percebe-se que o espaço econômico e institucional que envolve o setor de saúde passou por profundas transformações. Considera-se que as mais significativas e substanciais para o momento atual são aquelas que institucionalizam a saúde como direito, propostas pela CF de 1988, e às que se referem à criação do SUS e decisões subsequentes, pela modernidade que assumem e pela condição de garantirem, essencialmente, a equidade e a qualidade dos serviços em saúde. Neste sentido, para fortalecer a compreensão de como se dá efetivamente a realização destes dois pressupostos básicos, parte-se para o entendimento de como se organiza e conforma o SUS.

2.3.2 Organização e estratégias

As ações e serviços públicos de saúde, na contemporaneidade, e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são organizados de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da CF de 1988, obedecendo aos princípios organizativos e doutrinários do SUS, tais como:

- a) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- b) integralidade de assistência, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- c) equidade;
- d) descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;
- e) conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- f) participação da comunidade;
- g) regionalização e hierarquização (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2011a).

Para fazer frente a estes princípios e ao exposto na Carta Magna brasileira, uma das estratégias priorizadas pelo SUS é a APS. Conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, no atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais para a promoção da saúde básica, individual e coletiva da população brasileira.

Sendo esta a esfera a ser trabalhada neste projeto dentro da dinâmica da saúde pública municipal, passa-se a maior detalhamento.

2.4 APS

A sustentabilidade dos sistemas de saúde baseados nos modelos médico-hospitalocêntricos, aqueles que consideram essencialmente a doença e o seu tratamento, começaram a mostrar-se ineficientes na primeira metade dos anos 1990 nos Estados Unidos, quando surgiu, originalmente, a proposta de redes de atenção à saúde, que avançou pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e Canadá e depois atingiu alguns países em desenvolvimento, com foco na melhoria dos níveis de saúde da população (BRASIL, 2011b). As mudanças básicas observadas nessa evolução de concepções foi a integração da medicina preventiva e curativa; o papel central do médico generalista; a atenção primária à saúde prestada em famílias; a atenção secundária prestada em unidades ambulatoriais e a atenção terciária nos hospitais.

A Conferência de Alma-Ata, promovida pela OMS, adotou como chave conceitual para APS:

[...] uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação [sic]. A atenção primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui-se como função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (OMS, 1979 apud BRASIL, 2011b, p.13).

Além da questão da essencialidade considerada no conceito de APS e à garantia da saúde como direito à população, ainda é importante analisar-se a questão de a APS ser o primeiro nível de contato (cuidados primários) dos indivíduos (individual ou coletivamente) com os sistemas ou serviços de saúde:

Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde

residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 1979 apud BRASIL, 2011b, p.13).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está regulamentada pela Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS, para o PSF e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs):

[...] A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência [sic] e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b, s/p).

Em sua forma mais desenvolvida, a atenção primária é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2002). Corrobora com a ideia o CONASS:

As evidências demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde (STARFIELD, 1994), realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde (BRASIL, 2011b, p.29).

Essa eficiência atribuída à APS se dá em função de suas características básicas, que são, segundo o CONASS (BRASIL, 2011b, p. 29): 1) Primeiro contato (porta de entrada ao sistema de saúde); 2) Longitudinalidade do cuidado (ou vínculo e responsabilização); 3) Integralidade (capacidade da equipe de saúde em lidar com a ampla gama de necessidades em saúde do indivíduo, da família ou das comunidades, resolvendo-os); 4) Coordenação do

cuidado (ou organização das respostas ao conjunto de necessidades). A operacionalização destas ações em APS apresentam aspectos positivos e dificuldades, como será sintetizado no Quadro 1, a seguir.

Característica da APS	Aspectos positivos (facilidades)	Aspectos negativos (desafios)
Primeiro contato	<p>1) redução do número de hospitalizações, tempo de permanência no hospital quando ocorre hospitalização, número de cirurgias, uso de especialistas em doenças, número de consultas para um mesmo problema e número de exames complementares;</p> <p>2) são maiores o número de ações preventivas, a adequação do cuidado, a qualidade do serviço prestado e a oportunidade da atenção (maior chance que ocorra no tempo certo);</p> <p>3) as equipes de saúde, especialistas em APS, lidam melhor com problemas de saúde em estágios iniciais, utilizando a adequada abordagem.</p>	<p>1) a valorização da APS na rede de serviços de saúde;</p> <p>2) o aumento da resolutividade da APS;</p> <p>3) o cuidado de focar as necessidades em saúde da população;</p> <p>4) os serviços de emergência são ainda inadequadamente utilizados por grande parcela da população;</p> <p>5) a cultura da busca pelo especialista e da livre demanda, e não do clínico geral.</p>
Longitudinalidade do cuidado	<p>1) a menor utilização de serviços de saúde, melhor cuidado preventivo, atendimentos mais precoces e adequados, menor frequência de doenças preveníveis, maior satisfação das pessoas com o atendimento e custo total mais baixo;</p> <p>2) onde há estabilidade dos profissionais: os tratamentos instituídos são completados; são realizadas mais ações de prevenção; há melhor utilização dos serviços de saúde pela população que compreende e respeita os alcances e os limites das equipes de saúde; menor proporção de hospitalizações; aumenta a capacidade dos profissionais em avaliar adequadamente as necessidades das pessoas; há maior integralidade do cuidado e coordenação das ações e serviços; há maior satisfação dos usuários.</p>	<p>1) rotatividade de profissionais nas equipes de saúde;</p> <p>2) a qualidade do registro das informações em prontuários.</p>
Integralidade	<p>1) mais ações de prevenção;</p> <p>2) maior adesão aos tratamentos recomendados;</p> <p>3) maior satisfação das pessoas.</p>	<p>1) problemas estruturais, que limitam a gama de serviços oferecidos;</p> <p>2) problemas na organização dos serviços.</p>
Coordenação do cuidado	<p>1) melhor identificação dos problemas de saúde;</p> <p>2) melhor adesão a tratamentos, dietas, execução de exames e consultas de encaminhamento;</p> <p>3) menos hospitalizações e menor solicitação de exames complementares.</p>	<p>1) melhora da qualidade da informação nos prontuários, para permitir que haja coordenação do cuidado dentro da equipe multidisciplinar de saúde;</p> <p>2) implantação de prontuários eletrônicos;</p> <p>3) constituição de redes de atenção,</p>

		<p>otimizando o acesso e a utilização dos demais recursos de saúde da rede, assegurando os mecanismos de comunicação;</p> <p>4) informatização dos sistemas de informações, permitindo que o acompanhamento das informações relativas aos pacientes esteja disponível em qualquer ponto da rede de atenção à saúde.</p>
--	--	---

Quadro 1- Facilidades e desafios da APS em função de suas características

Fonte: Formulado pelo autor de acordo com Brasil (2011b, p.29-35).

A par dos conceitos, concepções, características e desafios apresentados convém ressaltar que a APS é considerada a basedos sistemas de saúde, ou seja, aquele sistema de saúde que desenvolve e prioriza a APS terá maiores chances de sucesso. Nos países com sistemas de saúde universais, como os da Europa, o Canadá e a NovaZelândia e outros países desenvolvidos, o tema APS está na pauta política dos governos e têm demonstrado que a APS TEM impacto positivo na saúde da população, no alcance de maior equidade, na maior satisfação dos usuários e nos menores custos para o sistema de saúde (BRASIL, 2011b).

Nesta direção, também, está o SUS, brasileiro. O Brasil também já apresenta estudos¹¹ que demonstram o impacto da expansão da APS, com capacidade de influir nos indicadores de saúde e com grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica¹², garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população.

A principal estratégia utilizada pela APS é a saúde da família. A ESF, neste sentido, é a “menina dos olhos” da APS; o local privilegiado para a operacionalização da promoção da saúde, por permitir o contato com a instituição primária básica onde esta deve se dar: a família. Pelo sentido e importância que toma esse aspecto, dentro deste projeto, discorre-se na sequência com maior ênfase sobre o ESF.

2.5 ESF

¹¹ MACINKO; GUANAIS; SOUZA (2006); MS (BRASIL, 2005).

¹² O termo alta densidade tecnológica refere-se a equipamentos e instrumentais médico-hospitalares, via de regra de alto custo (BRASIL, 2011b, p.12).

O PSF no Brasil, teve início na década de 1990, inspirado em países como Cuba, Inglaterra e Canadá, como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção primária. Sua implantação foi precedida, em 1991 pelo Pacs e, a partir de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do PSF, incorporando e ampliando a atuação dos ACS.

Desde há alguns anos, o PSF é definido como ESF, ao invés de programa utiliza-se estratégia, uma mudança basicamente de terminologia, tendo como pressuposto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização; e o PSF ou ESF, então, seria algo mais, se constitui em uma estratégia de reorganização da APS e não prevê um tempo para finalizar-se. Usa-se, então, doravante, apenas o termo ESF.

No ano de 2003 o CONASS, através de documento legal, propôs que o ESF deveria ser estabelecido como a estratégia prioritária para o desenvolvimento da APS no SUS, sendo fundamental a promoção de sua articulação, integração e negociações entre gestores e equipes do ESF. Considerado como:

[...] uma estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adescrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social (BRASIL, 2011b, p.15).

Percebe-se que a estratégia do ESF é um processo dinâmico, por sua abrangência, também complexo, que permite a implementação dos princípios e diretrizes da APS e do SUS. Assim, deve constituir-se como ponto fundamental para a organização da rede de atenção, como primeiro e preferencial contato da clientela do SUS com os serviços de saúde, sendo estes de qualidade e direito de todos.

No entanto essas premissas são muitas vezes inexistentes no dia a dia, no funcionamento, no cotidiano do ESF nos municípios. Não raras às vezes ouvem-se queixas no que se refere à oferta; não poucas às vezes a mídia divulga casos de filas de esperas; com frequência, embora empírica, percebe-se as lacunas existentes para que se concretizem as políticas do SUS no atendimento básico, no ESF.

Estas problemáticas são consideradas pelo CONASS, quando indica que ainda hoje os serviços de APS são considerados “assistência pobre para pobres” em contradição com o que

se preconiza nos textos legais, ser a “base para qualquer reforma de um sistema de saúde”, ou “a chave para alcançar a saúde para todos” (BRASIL, 2011b, p. 14).

Embora brevemente, algumas dificuldades já foram apontadas e discutidas no item 2.2.1, outras no Quadro 1 acima, mas se elenca aqui, as principais dificuldades, desafios, encontrados pelo ESF hoje (e que por isso demandam de soluções, podendo estas estar na área da inovação). De acordo com o CONASS (BRASIL, 2011b, p. 23), estes desafios são basicamente:

- 1) Valorização política e social do espaço da APS. A desvalorização da APS, vista ainda muito fragmentada reflete-se na dificuldade, por exemplo, de captação de médicos para atuarem na visita domiciliar; ainda, na dificuldade de muitos sujeitos (sejam usuários ou profissionais) de deixar de tratar a APS como o “postinho de saúde”, reconhecendo-o como espaço crucial de prestação de serviços de saúde;
- 2) Recursos humanos. Os desafios na área de recursos humanos vão desde o nível de na gestão nas três esferas de governo até a dificuldade de contratação pelo setor público, de profissionais com perfil adequado ao que se pretende e se espera da APS (médicos, visitantes, entre outros);
- 3) Duplicação das redes de atenção. Os desafios neste campo apresentam-se quando unidades tradicionais e unidades de saúde da família que atuam em um mesmo território, gerando, entre outros problemas, competição pela clientela, dificultando a vinculação da população, conflitos entre as equipes com desqualificação do trabalho destas diante da população usuária e gastos adicionais desnecessários;
- 4) Prática das equipes. Os desafios, neste sentido, referem-se às dificuldades de fazer com que a equipe multidisciplinar atue de forma integrada, tanto no fato de se articular internamente, em um trabalho em equipe e não em grupo quanto na prática cotidiana;
- 5) Financiamento. Os desafios nesta dimensão é garantir a universalização do acesso sem, no entanto, aumentar em demasia os custos, e assim, o ESF geralmente não conta com os recursos suficientes, devendo buscar a universalização do acesso e a racionalização dos custos sem, no entanto, impactar negativamente na qualidade do serviço;
- 6) Avaliação e instrumentos de gestão. Os desafios da avaliação e dos instrumentos de gestão se dão pelo fato de existir uma gama importante de instrumentos de gestão disponíveis, que ao mesmo tempo que qualificariam o processo, demandam de tempo e recursos humanos disponíveis.

Outras necessidades em saúde são apontadas pelo CONASS e merecem ser consideradas no escopo deste estudo, são elas:

- 1) Rastreamentos. Com o exponencial desenvolvimento tecnológico é necessário rastrear o aparecimento de doenças (para doentes e não doentes), por meio de exames como a mamografia, Papanicolau e pré-natal, privilegiando o caráter preventivo da saúde, o que impacta em alto custo e grande grau de planejamento de ações;
- 2) Medicina baseada em evidências. O medo de morrer ou de ficar doente e a expectativa de evitar eventos mórbidos por meio da intervenção do sistema de saúde estão cada vez mais difundidos, exigindo que os sistemas de saúde baseiem seus diagnósticos e procedimento em evidências (prever), às vezes faltando recursos financeiros ou humanos, não incorrendo em quaisquer erros;
- 3) Desejo e sofrimento. O binômio desejo-necessidade é o motor do capitalismo, porém não pode ser o motor do sistema de saúde. O sofrimento da população leva erroneamente, muitas vezes incentivado pela mídia, ao desejo por exames radiológicos ou laboratoriais, convertendo-se em ônus ao sistema de saúde: um desafio;
- 4) Oferta de serviços e necessidades da população. Sem incorrer na desumanização, os sistemas de saúde devem pautar a oferta de serviços nas necessidades da população (não nos desejos), manejando recursos para autorizar determinada intervenção em prol de outra;
- 5) Regulação, avaliação e controle. Essa demanda existe no sentido de que pode haver excesso de encaminhamento por parte de um ou mais médicos, excesso de pedido de exames, deficiência na cobertura vacinal e de colpocitologia oncótica, por exemplo; esses casos devem ser trabalhados com os profissionais das equipes na direção de “notificar” o problema e oferecer capacitação, de forma a promover controle da situação.

É necessário assim, diante de tantas demandas (não se excluindo que muitas outras podem existir), “corrigir os rumos para a construção do ideal de Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2011b, p. 14). E para esta construção aponta-se a inovação em processos, produtos, serviços ou *marketing*, de forma a tornar os serviços em saúde, dentro da ESF, qualificados para atender os preceitos do SUS.

3 O MUNICÍPIO DE MARAU: O CONTEXTO DA PESQUISA

Entender um sistema de saúde pública pressupõe, antes de mais nada, compreender as características fundamentais onde este se desenvolve, em termos de cultura, índices de desenvolvimento, infraestrutura, entre outros. Assim, o presente capítulo traz, em seu bojo, a caracterização do município de Marau e, a partir dela, a estrutura da saúde pública no mesmo, abordando-se a APS oferecido pelo mesmo através da ESF, destacando os principais problemas e dificuldades enfrentadas, na atualidade, neste campo.

3.1 MARAU: CARACTERÍSTICAS E DADOS GERAIS

O município de Marau foi emancipado em 28 de fevereiro de 1955, e sua população inicialmente era composta majoritariamente por imigrantes italianos, tendo na agricultura a principal atividade econômica. Nas últimas décadas, a economia se diversificou, com o criação de indústrias, inicialmente relacionadas ao setor frigorífico, e posteriormente se expandindo para os setores metal-mecânico e couro, além do fortalecimento do setor terciário, com a cidade se tornando referência microrregional para o comércio e prestação de serviços. O crescimento econômico teve como consequência uma forte migração, e conseqüentemente um alto crescimento demográfico, que é um dos maiores do Estado. Esta migração permite considerar que a população marauense atual é bastante diversificada, com moradores oriundos de várias regiões do Estado e do País (MARAU, 2011b).

Marau localiza-se no Planalto Médio do Rio Grande do Sul, na região da produção, com altitude média de 650m, clima temperado e temperatura média de 18°. Apresenta área física de 649,3km² (0,23% do Estado) e tem como limites os municípios de Passo Fundo e Mato Castelhano ao norte, Vila Maria, Camargo e Soledade ao sul, Nicolau Vergueiro a oeste, Ernestina a noroeste e Ibirapuitã ao sudoeste (MARAU, 2011b).

A população atual do município é de 36.364 habitantes (0,31% do Estado), conforme IBGE (2011), resultando numa densidade demográfica de 56hab/km². O crescimento populacional é acelerado, com aumento de 19,1% entre os anos de 2000 e 2007. A população é distribuída em 86,78% urbana e 13,21% rural. A população feminina compreende 50,5% do total. Apesar de ter uma expectativa de vida (74,64 anos) acima da média do Estado (72,05

anos), o contingente de pessoas com mais de 60 anos é menor (10,33%) que a média (12,39%), resultado da migração de trabalhadores jovens de outros municípios (IBGE, 2011).

A população conceituada como jovem (15 a 24 anos), conforme IBGE (2011), representa 18,9%, sendo maior que o percentual de 16,7% encontrada no Estado. A população considerada jovem-adulta (15 a 59 anos) representa 68,4% da população, percentual acima da média Estadual, que é de 64,8% da população. Da mesma maneira, tem-se um contingente grande de mulheres em idade fértil (mulheres entre 10 e 49 anos), equivalente a 65,4% do total de mulheres e 33% do total da população, acima dos valores estaduais de 60,6% e 31,0% respectivamente (MARAU, 2010).

3.2 MARAU E A ESTRUTURA DE GERENCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA: O SUS

A população marauense conta com uma estrutura de saúde pública, organizada e gerida, dentro dos níveis de organização do SUS, pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS), fundada em 11 de maio de 1988, tendo como responsabilidade precípua a atenção básica à saúde de seus munícipes. Desde a sua instalação até os dias atuais, passou por diversas mudanças estruturais e assistenciais e, atualmente, conta com 207 colaboradores, sendo que 147 são concursados, 37 terceirizados, 10 contratos emergências, 05 estagiários e 08 cargos de confiança que atuam nas diferentes esferas da secretaria. Com sede no centro da cidade, atualmente conta com o apoio deliberativo, amparado pela Lei Federal nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, do Conselho Municipal de Saúde (CMS), desde o ano de 1991, através de seus 22 membros.

Conforme a Lei Federal nº. 8.142/1990 a população pode e deve participar da gestão do SUS através do CMS e das conferências municipais de saúde. O CMS em Marau está regulamentado pela lei municipal nº. 1.577, de julho de 1991, a qual cria o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde (FMS), orientados pela Lei Orgânica Municipal, a qual trata em seu capítulo V, dos Conselhos Municipais. Por meio do Plano Municipal de Saúde (PMS), cuja atualização é regida pela Lei Federal nº. 8.080/90, em seu art. 15, inciso VIII, e requisito essencial para o recebimento dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), se expressam as metas e os objetivos pactuados pela gestão do referido sistema, que tem como missão, oferecer atendimento integral à saúde da população de Marau, na lógica da promoção à saúde, pautando-se nos princípios do SUS, com ênfase na humanização e cidadania.

A lei municipal nº. 2.255, de março de 1995, altera o art. 3º da lei 1.577/91, no que se refere à do CMS, dispondo a participação: do governo municipal; dos prestadores de serviço público e privado; dos profissionais de saúde; dos usuários. Assim, o referido Conselho é, atualmente, composto por 22 membros: 6 representantes do governo (representantes das Secretarias Municipais de Desenvolvimento Social, Relações Comunitárias, Educação, Desenvolvimento Rural, Saúde, Administração e Fazenda); 2 prestadores de serviços públicos e privados (Hospital Cristo Redentor), 3 profissionais da saúde (odontólogos, bioquímicos e médicos) e 11 representantes de usuários (Associação dos Agentes Voluntários de Saúde, Associação dos Portadores de Deficiência, Cooperativa Agrícola Marauense (Coopemarau), Associação dos Funcionários da Avemarau (AFAVE), Sindicato dos Funcionários Públicos de Marau (SIMARAU), Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Sindicato dos Trabalhadores da Alimentação (STIA), Centro de Educação Formação Organizada (CEFOP), Fundação Assistencial e Cultural José Fuga, Sociedade Esportiva e Recreativa Perdigão (SERP) e Associação dos Portadores de Hepatite C).

Normalmente quem faz a convocação para as reuniões e avisa sobre a mesma é a SMS, pois sempre algum funcionário da Secretaria comparece para prestar as informações e orientações sobre a saúde, fazer a prestação de contas, dentre outras. Percebe-se pouca participação dos conselheiros nas reuniões, bem como da comunidade em geral, mesmo sendo um espaço democrático que favorece a participação do cidadão na construção de políticas públicas. Verifica-se também a necessidade de educação permanente que proporcione aos conselheiros o entendimento de suas atribuições na tomada de decisões e fiscalização dos serviços de saúde (MARAU, 2010).

Além do estabelecimento do CMS, a lei nº. 8.142/90 institui, em cada esfera do governo, as Conferências de Saúde (federal, estadual e municipal). O CMS de Marau, em caráter permanente e deliberativo, de forma descentralizada e participativa envolvendo todos os bairros do município, promoveu a V Conferência Municipal de Saúde, no dia 30 de outubro de 2009, com a participação de 301 pessoas, sendo 146 representantes dos usuários e o restante dos demais segmentos (14 governo, 120 trabalhadores e 21 prestadores de serviços). O tema abordado foi “Fortalecendo a Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família”, com os seguintes eixos temáticos: Organização, Financiamento e Humanização.

Anterior à Conferência Municipal aconteceram as Conferências Locais de Saúde, realizadas nas 12 ESF do município de Marau, as quais tiveram autonomia e criatividade para mobilizar a sua área de atuação. O número de 656 participantes nas conferências locais é

considerado de grande significância, pelos gestores municipais da saúde, resultando em uma maior força e representatividade para as propostas apresentadas na Conferência Municipal (MARAU, 2010).

Assim estruturada, a SMS, conta, no município com os serviços da rede privada oferecidos por uma única unidade hospitalar; um pronto atendimento para casos de urgências e emergências (situado em anexo a este hospital e que atende os pacientes do SUS), bem como um número relevante de consultórios e clínicas médicas e serviços de farmácia. A SMS conta, ainda, com uma rede própria de serviços de saúde, da qual faz parte o Centro de Atenção Psicossocial em Processo de Habilitação (CAPS), Vigilância em Saúde, além do Centro de Acompanhamento e Aplicação de Medicamentos Especiais (CAAMES) e uma Farmácia Municipal, além dos 12 postos da ESF.

3.3 MARAU E A PROMOÇÃO DA SAÚDE PRIMÁRIA POR MEIO DA ESF

Considerando a gestão financeira dos sistemas de saúde municipais, o disposto na Lei 8.142/90, no Decreto 1.232/94 e na CF art.77, e face às normas relativas à inscrição dos FMS no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), da Receita Federal, em especial a Instrução Normativa nº. 1005, de 8 de fevereiro de 2010, o MS vem adotando providências que visam assegurar o cumprimento da legislação vigente, de modo a evitar que ocorra a suspensão de recursos transferidos na modalidade regular e automática (fundo a fundo). Marau, a partir de março de 2010, criou, neste sentido, o FMS com CNPJ próprio sob nº. 11.731.852/0001-75.

No que se refere ao financiamento da APS, não se tem dados específicos, mas de um modo geral, tem-se no PMS que por meio da Emenda Constitucional (EC) nº. 29, fica estabelecido os níveis mínimos de aplicação de recursos na saúde por parte das três esferas de governo (município, estado e união). Entretanto esta Emenda precisa ser regulamentada para que o SUS universal e integral aconteça de fato. Conforme está previsto na EC 29, os municípios devem aplicar 15%. Marau vem aplicando em média 17 a 18%. O saldo em dezembro de 2009 não representa dinheiro em conta, mas valores empenhados ainda não pagos (MARAU, 2010).

Os serviços de APS se dão pela estratégia do ESF. De acordo com o PMS (MARAU, 2010), nos últimos anos houve um aumento substancial na rede assistencial, particularmente

relacionada à APS, tendo como eixo estruturante a ESF, cuja implantação foi iniciada nos fins de 2002, sendo ampliada paulatinamente até atingir 96,28% da população do município em 2008, contando com nove equipes credenciadas junto ao Ministério da Saúde. Do ano de 2008 para o ano de 2009 ocorreu uma redução na cobertura da ESF, em decorrência do grande aumento populacional, ficando a cobertura de atendimento em 92,11%. Atualmente, os dados apontam para uma cobertura de 94,83 % da população (dados fornecidos pela SMS, em abril de 2011)¹³.

Além da atuação das nove equipes credenciadas, três outras estão sendo custeadas pelo próprio município enquanto ocorre o processo de habilitação e as adequações para posterior liberação da vigilância sanitária e encaminhamento da adesão ao MS. Em termos gerais, o funcionamento dos 12 ESF's se dá pela atuação de 232 profissionais, divididos em 12 equipes de trabalho mais o quadro administrativo que atua na SMS. Destas faz parte o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que realiza as visitas domiciliares; além de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário, auxiliar administrativo, conforme se demonstra na Figura 3.

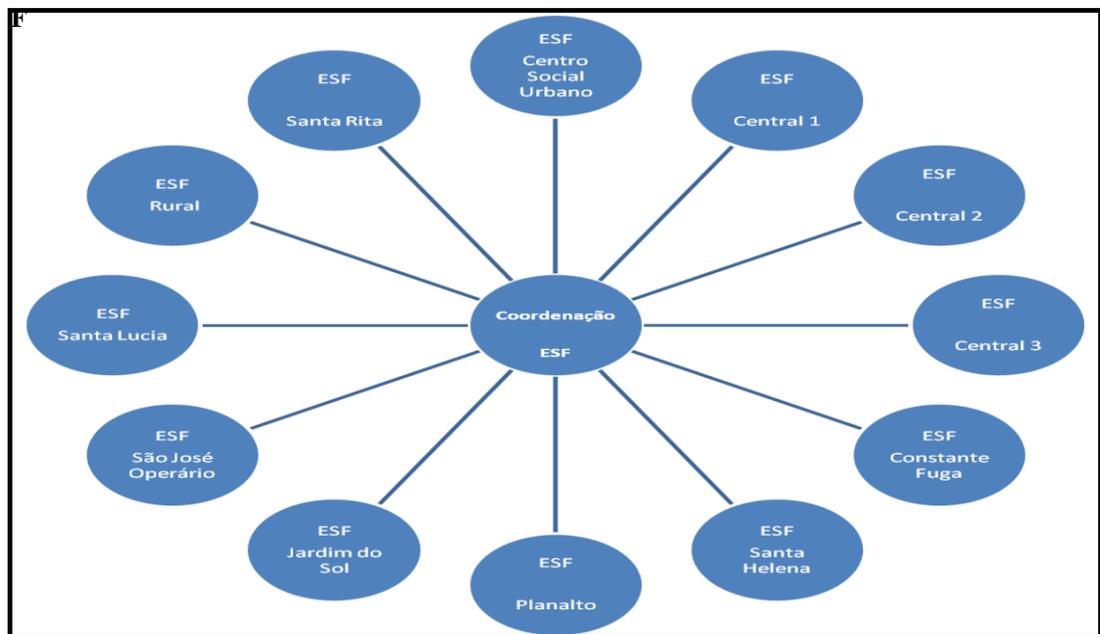


Figura 3- APS de Marau-RS
Fonte: Marau (2010).

¹³ A partir do ano de 2003, o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), partindo da APS, começou a ser formalizado no município, contando, atualmente, com quatro visitadoras que atuam junto a alguns ESF's.

A equipe de cada ESF é constituída por um médico (40 horas/semanais), uma enfermeira (40 horas/semanais), uma técnica de enfermagem (40 horas/semanais), uma psicóloga (20 horas/semanais), uma cirurgiã dentista (20 horas/semanais), uma auxiliar de consultório dentário (20 horas/semanais), uma auxiliar administrativa (40 horas/semanais), uma sanificadora (40 horas/semanais) e agentes comunitários de saúde (40 horas/semanais). O Quadro 2, a seguir, resume os principais procedimentos realizados por meio da ESF:

Atividades	Média por mês
Procedimentos de enfermagem(consulta de enfermagem, injeções, curativos, exame citopatológico, retirada de pontos, inalações, dentre outros)	2.500
Consultas médicas	5.000
Atendimento psicológico	450
Atendimento odontológico	800
Visitas domiciliares	5.000
Grupos educativos	120
Aplicação de vacinas (campanhas da hepatite B, H1N1, gripe sazonal e poliomielite)	17.791

Quadro 2 - Média de atividades ESF/mês

Fonte: Marau (2010).

Em decorrência do aumento acelerado da população marauense, se faz necessário com frequência realizar o remapeamento das microáreas, visto que em alguns momentos se está com o número de famílias acima do recomendado pela Portaria nº. 648 e também para garantir o atendimento da população adstrita:

DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família; (BRASIL, 2006b, s/p).

A inserção da saúde bucal na ESF representou a possibilidade de criar um espaço, no município de Marau, de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.

As ações que são realizadas referem-se a programas de prevenção da cárie dental, abrangendo os alunos de três a dez anos das escolas municipais de ensino fundamental e de educação infantil; continuidade do programa Sorrindo para o Futuro em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC) para prevenção de cárie dental e gengivite em alunos de 6 a 12 anos nas escolas municipais. Essas ações objetivam melhorar o padrão de saúde bucal da população, reduzir os índices de cárie e gengivite, prestar atendimento odontológico emergencial e curativo dentro da APS, orientando a população sobre cuidados com a saúde oral, ampliando o acesso à primeira consulta programática.

A implantação da ESF no município no final de 2002 mudou o perfil das notificações compulsórias, inicialmente com um aumento do total, seguido de uma redução e um número surpreendentemente baixo em 2006. Em 2007 e 2008, as notificações voltaram a aumentar de forma expressiva, sendo resultado de alguns surtos de varicela e pelo trabalho desenvolvido na abordagem das hepatites virais. A articulação entre a SMS e a sociedade civil organizada, de forma particular a Associação Marauense de Hepatite, permitiu uma maior identificação dos casos de hepatites virais, com a notificação dos mesmos, referência para serviços especializados quando necessário e sensibilização da comunidade sobre a importância do agravo (MARAU, 2010).

Outra ação dentro da APS que se relaciona à ESF é o PIM, implantado em 07 de abril de 2003, preconiza a promoção e o desenvolvimento da primeira infância, nas dimensões física, psicológica, intelectual e social. A finalidade do PIM é promover o desenvolvimento integral da criança desde a gestação até cinco anos e onze meses de idade, com ênfase na faixa etária de zero a três anos. A estrutura do Programa é caracterizada pelo Grupo Técnico Estadual, que capacita e acompanha e o Grupo Técnico Municipal, responsável pelos visitantes que realizam o trabalho com as famílias. Atuando junto às famílias - em especial, àquelas cuja renda per capita é de meio salário mínimo e respeitando as diferentes culturas familiares e suas experiências. O visitador do PIM orienta semanalmente os pais/cuidadores na promoção do desenvolvimento das capacidades e potencialidades de seus bebês e de suas crianças, através de atividades lúdicas, reforçando questões de saúde, higiene, coordenação motora, vínculos afetivos e de desenvolvimento da linguagem. Em Marau o PIM conta com a atuação de uma visitadora apenas que atendia 25 famílias no Bairro Santa Rita. Atualmente, o Programa conta com quatro visitadoras que atuam junto às ESF Centro Social Urbano, Santa Rita e Santa Helena.

A assistência farmacêutica disponibiliza todos os medicamentos da lista básica nas 12 unidades da ESF e na Farmácia Central, contando com um farmacêutico e três profissionais

sem formação específica. O município vem aplicando gradativamente recursos próprios para atender toda a demanda destas unidades, além da dispensação de medicamentos da AB provenientes da rede privada e dos convênios.

Os exames laboratoriais são realizados em sua grande maioria no próprio município através de quatro laboratórios conveniados, sendo que o município usa recursos próprios para garantir acesso a toda população a exames de laboratório. Uma pequena parcela dos exames são realizados no Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), principalmente dos agravos notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); sendo que os exames de HIV (para o diagnóstico da AIDS) e VDRL (para o diagnóstico da sífilis) são encaminhados ao laboratório da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). (MARAU, PLANO DE SAÚDE, 2010).

3.3.1 A APS e a ESF no município de Marau: prioridades e dificuldades

A parti da V Conferência Municipal de Saúde foram relacionadas algumas prioridades que, sendo viabilizadas no SUS do município, irão promover a qualidade dos serviços prestados, bem como a efetivação dos princípios da referida política, tais prioridades são apresentadas nos Quadros 3, 4 e 5, de acordo com as demandas, respectivamente, de Gestão, de Educação em Saúde e de Assistência Social, que se constituem também, em problemas e dificuldades a serem enfrentados pela APS, que, por esse motivo, podem ser sanadas com métodos, processos ou serviços inovadores.

Eixos	Prioridades e Estratégias	Prazo
	Manter o cumprimento da Emenda Constitucional nº29	2010-2013
	Ampliar a participação dos usuários e gestores no Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)	2010 - 2013
	Melhorar o sistema de auditoria	2011
	Discutir e implementar a co-gestão	contínuo
	Estudar a viabilidade da implantação de um Laboratório Municipal	2010 - 2013
	Priorizar os investimentos em ações preventivas	2010 - 2013
	Reivindicar da Gestão Estadual e Federal o cumprimento dos repasses de recursos	2010-2013
	Reduzir gastos com a judicialização da saúde, tendo um assessor jurídico na SMS	2010-2013
	Aderir ao Pacto pela Saúde	2010

Gestão	Melhorar o sistema de compra, dispensação e controle de estoque de materiais e equipamentos da SMS	2011-2013
	Melhorar o fluxo de compras e prestação de serviços entre a SMS e os setores responsáveis	contínuo
	Criar normas e rotinas ou Procedimentos Operacionais Padrão (POP)	contínuo
	Implantar o Núcleo de Informação em Saúde	2011
	Implantar setor de planejamento, controle e avaliação	2010
	Informatizar a rede de saúde	2011
	Incentivar a formação dos conselhos locais	2011
	Favorecer a participação de um representante dos conselhos locais no CMS	2011
	Incentivar a co-responsabilidade dos usuários	contínuo
	Promover gestão compartilhada nos bairros e distritos	2010-2013
	Fiscalizar os serviços prestados pelo Hospital Cristo Redentor (HCR) pelo CMS	contínuo
	Divulgar o PMS	2010
	Implantar ouvidoria do SUS	2011
	Incentivar a participação da população no CMS, divulgando previamente as datas	contínuo
	Ampliar a participação dos gestores e usuários no GTH	2010-2013
	Realização de Conferência Municipal de Saúde	2012
	Adequar às funções e atribuições dos profissionais de saúde	2011
	Criar cargos	2011
	Democratizar a escolha dos coordenadores de equipe da ESF	2011
	Solicitar concurso público para determinados cargos	2010
	Contratar profissionais: substituto de férias e licenças	2010
	Reivindicar junto ao governo do Estado maior agilidade dos resultados dos exames do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN)	2010-2013
	Contratar profissionais para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): farmacêutico, nutricionista, assistente social	depende da aprovação do MS
	Ampliar a equipe de profissionais: fonoaudióloga, médico veterinário, fitoterapia e homeopatia	2013
	Viabilizar adicional no salário dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da zona rural	2011
	Adquirir uniforme para os profissionais da secretaria e protetor solar, principalmente para os profissionais de campo.	2010
	Aumentar cobertura do cadastramento e acompanhamento dos diabéticos e hipertensos através do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA)	2010
	Alimentar os sistemas de informação estruturantes	contínuo
	Remapear as microáreas	2010
	Atender a população adscrita, respeitando a territorialidade	contínuo
	Ampliar o acesso aos exames laboratoriais, atendendo as especificidades de cada ESF e casos de urgência	2010
	Orientar a população sobre o trabalho desenvolvido pela ESF	contínuo
Implantar a Política de Prevenção do Tabaco	2011	
Ampliar o acesso ao atendimento psicológico e odontológico	2013	
Implantar a Política de Promoção da Saúde de maneira intersetorial	2011-2013	
Elaborar Protocolos e Políticas nas diferentes fases do ciclo vital, em conformidade com Ministério da Saúde e indicadores epidemiológicos do município	2010-2012	
Ampliar as visitas domiciliares	2011-2013	

Quadro 3- Demandas do sistema de saúde pública do município de Marau para Gestão a partir das Conferências Municipais de Saúde

Fonte: Marau (2010).

Eixos	Prioridades e Estratégias	Prazo
Educação em Saúde	Criar o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) com ênfase na Educação Permanente	2010
	Desenvolver programa de rádio com ênfase em educação em saúde	2010
	Promover ações e eventos referentes a datas comemorativas	2010-2013
	Incentivar os profissionais para formação na área do SUS	contínuo
	Elaborar Cartilha do SUS	2011
	Implantar uma Política de Educação em Saúde nas Escolas	2012
	Promover feiras de saúde, visando promover a educação em saúde, principalmente na zona rural	2011
	Ampliar as atividades coletivas de educação em saúde na comunidade	contínuo
	Discutir e implantar a co-gestão	2010-2013
	Estudar a viabilidade da implantação de um laboratório municipal	2012
	Discutir e melhorar os indicadores de saúde nas equipes ESF	contínuo
	Priorizar os investimentos em ações preventivas	contínuo
	Construir 03 novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para substituir prédios locados	2010-2011
	Credenciar junto ao Ministério da Saúde duas Unidades da ESFs	2010-2011
	Melhorar a estrutura física de quatro Unidades Básicas de Saúde: CSU, Santa Rita, ESF I e II	2010-2011
	Concentrar ações e serviços da ESF Fuga/Santa Helena numa Unidade de Saúde	2011
	Avaliar nas comunidades rurais o atendimento prestado pelas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF)	contínuo
	Plano de gerenciamento de resíduos de saúde	2011
	Implantar ações de cuidado aos animais doentes e abandonados	2011
	Melhorar as ações de zoonoses e vetores	2010-2013
	Implantar o código sanitário municipal	2010-2013
	Melhorar a qualidade da água do meio rural	2010
	Manter o monitoramento da qualidade da água	contínuo
	Implementar campanhas e ações para doenças endêmicas e emergentes	contínuo
Fortalecer a vigilância em saúde do trabalhador, incluindo as empresas na discussão das responsabilidades com relação à saúde dos funcionários	2011	

Quadro 4- Demandas do sistema de saúde pública do município de Marau para Educação em Saúde a partir das Conferências Municipais de Saúde

Fonte: Marau (2010).

Eixos	Prioridades e Estratégias	Prazo
Rede Assistencial	Implantar o Acolhimento com classificação de risco no Pronto Atendimento do HCR	2011
	Construção do CAPS para substituir prédio locado	2010
	Fortalecer o apoio matricial do CAPS à AB	2010
	Implantar o Ambulatório de Álcool e Drogas	2010
	Desenvolver ações intersetoriais na prevenção do uso de drogas e violência	2010-2013
	Avançar na Regionalização da Assistência	2011
	Manter e negociar os convênios e contratos de prestação de serviços	contínuo
	Melhorar o fluxo de referência e contra-referência, baseando-se nos princípios do SUS	2011
	Estudar a possibilidade de consórcios intermunicipais para ampliação de serviços	2012
	Reorganizar o acesso ao tratamento fisioterápico	2010
	Adesão Programa Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	2010
	Viabilizar autorização dos exames provenientes dos serviços públicos de saúde	2011
	Viabilizar plantão odontológico no Pronto Atendimento	2012
	Melhorar integração dos profissionais da atenção primária, secundária e terciária	contínuo
	Ampliar as especialidades médicas e exames	2011
	Melhorar a divulgação dos serviços prestados pela rede através dos meios locais de comunicação	contínuo
	Manter a adesão ao Programa Inverno Gaúcho	2010-2013
	Manter os leitos psiquiátricos	contínuo
Manter o programa estruturante de saúde perto de você (incentivos à saúde mental)	contínuo	
Realizar ações intersetoriais que incentivem o parto normal e aleitamento materno	2011	
Melhorar a rede de referência e contra-referência entre hospital e atenção básica, incluindo boletim de alta hospitalar	2011	

Quadro 5- Demandas do sistema de saúde pública do município de Marau para Rede Assistencial a partir das Conferências Municipais de Saúde

Fonte: Marau (2010).

Além destas muitas demandas e prioridades que a gestão da saúde no município de Marau considera importantes para o desenvolvimento do sistema, a leitura do Plano Municipal de Saúde permite levantar outras problemáticas, diretamente relacionadas à consecução dos objetivos da APS e da ESF, às quais se pode fazer frente por meio da inovação em saúde:

- 1) impulsionar o entendimento da população de que os cuidados com a saúde não se restringem ao profissional médico, à solicitação de exames e tratamento por medicamentos, divulgando os princípios norteadores da ESF, os quais são antagônicos à visão assistencialista e centralizado na doença;
- 2) estabelece vínculo da ESF com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidades dos profissionais com os usuários;

- 3) ampliar a cobertura do PIMAumentando o número de visitantes contratados, bem como a dificuldade de trabalhar a intersectorialidade preconizada na metodologia própria do Programa;
- 4) fortalecer as ações voltadas para a Primeira Infância;
- 5) selecionar e recrutar profissionais com formação específica para atuação em Farmácia Pública, buscar a melhoria de infraestrutura na qualidade e no uso racional dos medicamentos dispensados;
- 6) prover meios de suprir a demanda e as lacunas no fornecimento de medicamentos especiais e excepcionais pela esfera estadual, o que faz com que os usuários recorram ao judiciário acionando o município. Diante do exposto, verifica-se o aumento da judicialização da saúde, principalmente com a compra de medicamentos. Conforme dados da Secretaria da Fazenda foram gastos através de processos licitatórios R\$ 90.325,89, R\$ 146.103,58 e R\$ 177.726,92, em 2007, 2008 e 2009 respectivamente. Apesar da “saúde ser um direito de todos e dever do Estado” (art. 196, CF1988), a responsabilidade é solidária, ou seja, as três esferas de governo devem financiar o sistema público de saúde. Entretanto o município está tendo um ônus maior que as demais instâncias. Entende-se que tendo um assessor jurídico junto a SMS, podem-se diminuir estes problemas;
- 7) criar um setor contábil junto a SMS;
- 8) sanar dificuldades de mensurar a evolução dos indicadores de saúde a partir da ESF (2002) em função do crescente e constante desenvolvimento profissional em função da atração de mão de obra em face à crescente industrialização do município;
- 9) prover recursos humanos na área administrativa, para dar conta da alimentação de dados em relação aos sistemas de informação em saúde;
- 10) dar conta das dificuldades enfrentadas em função da escassez de recursos financeiros;
- 11) organizar e prover recursos que supram a falta de definição de papéis e estruturas gerenciais internas;
- 12) gerir dificuldade em relação ao fluxo de pedidos de compras e serviços até sua real efetivação, especialmente no que diz respeito à dispensação de medicamentos básicos, especiais e excepcionais;
- 13) buscar meios de aumentar a participação dos conselheiros no CMS e um trabalho de educação permanente que proporcione aos mesmos o entendimento de suas

atribuições na tomada de decisões e fiscalização dos serviços de saúde (MARAU, 2010).

Por meio de entrevistas individuais, para se conhecer o objeto de estudo e poder entendê-lo, posteriormente, na perspectiva da inovação, obteve-se com os gestores que atuam na esfera da gestão municipal da saúde, na SMS e nos demais programas aqui citados. O relato de problemas e dificuldades encontradas, no sentido de buscar as metas estabelecidas para a efetivação da ESF, que se referem à promoção à saúde com qualidade e equidade, de acordo com as prerrogativas do SUS, como já abordado anteriormente. Dentre estes obstáculos, é manifestado com maior frequência por esses profissionais, além, evidentemente, da escassez de recursos financeiros, a falta de definição de papéis e estruturas gerenciais internas; a dificuldade em relação ao fluxo de pedidos de compras e serviços até sua real efetivação, especialmente no que diz respeito à dispensação de medicamentos básicos, especiais e excepcionais (MARAU, 2010).

Ainda, encontra-se relatado como entrave ao sucesso buscando em relação à APS no município, a baixa participação dos conselheiros no CMS e à necessidade de um trabalho de educação permanente que proporcione aos mesmos o entendimento de suas atribuições na tomada de decisões e fiscalização dos serviços de saúde; outro fator que toma relevância, quando se busca a qualificação dos serviços de atenção básica em saúde, dentro dos preceitos da equidade e da qualidade, é a questão do aumento populacional, que faz com que haja necessidade de ampliação do atendimento da ESF, constantemente (MARAU, 2010). Tais identificações vão ao encontro do que conclama o CONASS:

[...] A Atenção Primária a Saúde, apesar dos enormes avanços e conquistas nos últimos anos, ainda enfrenta muitos desafios para ser tornar hegemônica como uma proposta capaz de mudar o sistema da saúde e fazer frente ao modelo fragmentado existente. (BRASIL, 2011b, p.23).

Diante de tantas necessidades, fica evidente a necessidade da inovação, e em consequência, a efetivação deste trabalho, com vistas, como já esclarecido, a busca de estratégias para melhorar a qualidade na oferta de serviços e produtos relacionados à APS, em especial por meio da ESF, no município de Marau. Apresenta-se a seguir a metodologia desenvolvida para fazer frente a esta necessidade e de acordo com os objetivos precípuos deste estudo.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

“A análise da situação de saúde é uma avaliação que envolve, entre outras questões, o diagnóstico de comunidade e o estudo de demanda” (BRASIL, 2011b, p.45). Neste sentido, com vistas ao diagnóstico da inovação em saúde praticada no município de Marau, apresenta-se na sequência a metodologia definida para este trabalho de pesquisa, abordando-se a caracterização da mesma, o universo de pesquisa, e os instrumentos de coleta e análise dos dados.

4.1.1 Caracterização da pesquisa

Gonçalves e Meirelles (2004, p. 26) afirmam que o método de pesquisa é um conjunto de procedimentos, protocolos, padrões, regras, normas e técnicas que permitem o acesso ao conhecimento científico e seu posterior compartilhamento ou comunicação. O método estuda as formas de investigação e apresenta seus resultados, indicando quais os caminhos a serem seguidos. Entende-se que para os autores o método de pesquisa é a forma usada para se chegar ao resultado final desejado.

A pesquisa qualitativa, na visão de Hair Junior et al. (2005), *se dá* através das narrativas dos grupos de focos, entrevistas pessoais e observação de comportamentos, sendo usados tipicamente no estado exploratório do projeto de pesquisa. Roesch (2005) comenta que as técnicas qualitativas são apropriadas para melhorar a efetividade de um programa, ou plano, ou mesmo quando é o caso da proposição de planos, que trata de selecionar as metas de um programa e construir uma intervenção.

Uma pesquisa exploratória, segundo Malhotra (2001), tem a finalidade de fornecer subsídios para a compreensão dos problemas propostos pelo entrevistador. Muito utilizada onde a definição precisa do problema é essencial. Reforça o autor que a pesquisa exploratória é “um tipo de pesquisa que tem como principal objetivo o fornecimento de critérios sobre a situação-problema enfrentada pelo pesquisador e sua compreensão” (MALHOTRA, 2001, p.106). De acordo com Diehl e Tatim (2004), os estudos exploratórios podem descrever a complexidade de determinado problema e a interação de certas variáveis, compreender e classificar os processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de

mudança de determinado grupo e possibilitar maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

Gonçalves e Meirelles (2004) expõem que o estudo de caso consiste num método adotado para explicar os fenômenos ou problemas que apresentam características peculiares. Segundo Yin (2005, p. 26), o estudo de caso é uma estratégia escolhida para examinar acontecimentos contemporâneos. Conta com muitas das técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, acrescentando duas fontes de evidências que não são incluídas no repertório histórico: observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados e entrevistas das pessoas envolvidas. O estudo de caso possui um diferencial, a sua capacidade de lidar com uma variedade de evidências, como documentos, entrevistas e observações.

Para Martins (2006, p. 03), o estudo de caso deve apresentar a verdadeira situação da vida real, cuja análise tem a possibilidade de revelar perspectivas que não foram abordadas em estudos anteriores. Deve apresentar planejamento e desenvolvimento do caso, da coleta de dados, das estratégias de trabalhos e pesquisas de campo, e o conjunto de questões que revelem as necessidades dos sujeitos ou situações pesquisadas.

De acordo com os conceitos expostos, para verificar o processo de inovação na APS do município de Marau-RS, optou-se pela realização, segundo a abordagem do problema, de uma pesquisa qualitativa. De acordo com o objetivo geral, optou-se pelo método de pesquisa exploratória e, por fim, quanto ao procedimento técnico de pesquisa, optou-se pelo estudo de caso. O referido estudo de caso se dá com base no Manual de Oslo (2004), referência na coleta de dados sobre inovação. De acordo com o referido instrumento, a pesquisa se dará com abordagem pelo sujeito, estas exploram não apenas uma inovação que tenha ocorrido, mas o comportamento inovador da organização (no caso o sistema de APS do município de Marau) como um todo. “A ideia é explorar os fatores que influenciam o comportamento inovador da empresa (estratégias, incentivos e barreiras à inovação) e o escopo das várias atividades de inovação” (MANUAL DE OSLO, 2004, p.51).

4.1.2 Universo da pesquisa

População ou universo de pesquisa, conforme Diehl e Tatim (2004), é um conjunto total de elementos passíveis de serem mensurados com respeito às variáveis que se pretende levantar. Segundo Malhotra (2001, p. 301), a população é, então, a soma de todos os

elementos que compartilham algum conjunto comum de características, conformando o universo para o propósito do problema de pesquisa.

A presente pesquisa, neste sentido, elegeu, na fase do projeto de pesquisa, como população os doze gerentes das ESFs bem como oito funcionários que exercem cargos de coordenação na SMS, totalizando vinte entrevistados. No entanto, no decorrer do tempo de execução do projeto e formalização das pesquisas, alguns dos gestores recusaram-se a responder o questionário, alegando motivos diversos, dentre estes, não sentirem-se preparados para tal ou, até mesmo, não deram motivos. Essa condição foi uma das principais limitações deste trabalho.

O próprio Manual de Oslo (2004, p.106), referencial para esta pesquisa, prevê esta condição ao afirmar que:

[...] As pesquisas sobre inovação podem ser voluntárias ou obrigatórias. Se forem voluntárias deve-se esperar taxas mais altas de não resposta. Taxas de respostas baixas podem levar a um número muito baixo de respostas que não possa ser utilizado para análises mais profundas. Este efeito poderia ser, até certo ponto, compensado no caso de pesquisas por amostragem, por frações mais elevadas de amostragem.

Neste sentido, os dados da pesquisa serão considerados sobre uma amostra formada por oito gestores (doravante identificados por meios de números: GESTOR 1 a GESTOR 8), que representam oito ESF's, de acordo com o Quadro 6 abaixo, bem como, compensando a limitação encontrada, uma amostra formada pelos responsáveis de cada departamento da Gestão Central do sistema de saúde do município de Marau, que atua na SMS:

Gestor	Bairro	ESF	Cargo	Formação
1	Santa Lúcia	Santa Lúcia	Gerente de ESF	Enfermagem
2	Fuga/Santa Helena	Fuga/Santa Helena	Gerente de ESF	Enfermagem
3	Planalto	Central III	Gerente de ESF	Enfermagem
4	Planalto	Planalto	Gerente de ESF	Enfermagem
5	Jardim do Sol	Jardim do Sol	Gerente de ESF	Enfermagem
6	Diversos do meio rural e do urbano	Centro Social Urbano	Gerente de ESF	Enfermagem
7	Centro	Central II	Gerente de ESF	Enfermagem
8	São José Operário	São José Operário	Gerente de ESF	Enfermagem

Quadro 6- Caracterização da amostra de pesquisa

Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor (2011).

4.1.2.1 Caracterização dos ESF's representados pela amostra de pesquisa

Como relatada no capítulo anterior, a estrutura de APS de Marau é constituída de 12 ESF's. No entanto, caracterizam-se neste item apenas aqueles de cujo gestor obteve-se dados para a efetivação desta pesquisa, como forma de melhor entender os resultados. De modo a caracterizar o contexto da pesquisa, apresenta-se no Quadro 7, a seguir, o número de funcionários de cada um desses ESF's, bem como o número de atendimentos¹⁴ e procedimentos¹⁵ mensais, ainda, a população atendida no referido ESF.

¹⁴ Considera-se atendimento todo aquele serviço prestado por um profissional, como consulta médica em suas diversas especialidades (ginecologista, pediatra, traumatologista, psicólogo, dentista, fisioterapeuta, entre outros), consulta de enfermagem ou visita domiciliar.

¹⁵ No rol dos procedimentos são considerados todos os serviços prestados em função do atendimento, retirada de pontos, troca de curativos, obturação ou extração de dente, coletas de sangue, aplicação de vacinas e injeções, exames diversos como o citopatológico ou mamografias, ultrassom, raio x, teste de diabetes, dentre outros.

ESF	Número de funcionários	Número de atendimentos/mês	Número de procedimentos/mês	População atendida
Santa Lúcia	11-20	<801	301 - 400	<1.601
Fuga/Santa Helena	11-20	<801	301 - 400	<1.601
Central III	11-20	<801	<401	<1.601
Planalto	11-20	<801	<401	<1.601
Jardim do Sol	11-20	<801	<401	<1.601
Centro Social Urbano	11-20	<801	301 - 400	<1.601
Central II	11-20	<801	<401	<1.601
São José Operário	11-20	<801	<401	<1.601

Quadro 7- Caracterização dos ESF's pesquisados

Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor (2011).

Observando-se o Quadro 7, pode-se dizer que as características dos PSF's não são muito heterogêneas, o que permite inferir que a pesquisa realizada com uma amostra e não com a população de gestores, não trará grandes diferenças na obtenção de dados.

Cada PSF classifica-se, de acordo com o Manual de Oslo (2004, p. 72) como uma unidade estatística, "entidade para a qual os dados solicitados são compilados". As referidas unidades, de acordo com este referencial podem se classificar em função do tamanho com base no número de empregados. Esta pesquisa, assim, classifica-se como tendo pequenas unidades estatísticas, já que cada ESF conta com até 20 empregados. Outro critério de classificação considerado pelo Manual de Oslo (2004) refere-se ao tipo de instituição das unidades estatísticas para pesquisa de inovação, sendo os ESF enquadrados em empresas públicas; e de acordo com as forma de atividades em unidades estatísticas de serviços.

De forma complementar, como meio de melhor caracterizar estes dados, obtidos por meio da aplicação da entrevista, buscou-se junto à SMS, a relação anual (referente ao período de 2009-2011), de todas as atividades realizadas em cada um dos setores da referida secretaria. Assim, por meio dos dados levantados junto ao sistema de informação da SMS, pode-se aprimorar o entendimento do sistema de inovações no referido município, indo-se além dos dados obtidos pela amostra pesquisada. Em cada um dos setores buscou-se analisar o relatório de atividades anual considerando o período 2009-2011; tal relatório foi lido e discutido com um responsável pelo setor, a fim de identificar-se as possíveis inovações, que complementaram e ampliaram a amostra de pesquisa.

4.1.3 Coleta de dados

Expõem Diehl e Tatim (2004) que existem diversos instrumentos de coleta de dados que podem ser utilizados a fim de se obter informações referentes a uma organização. Deve-se, no entanto, se ter ciência de que todas têm limitações e qualidades, e que sua eficácia dependerá de ajustes do pesquisador de acordo com o objetivo da pesquisa.

Segundo Roesch (2005), os dados coletados em uma pesquisa podem ser definidos como primários ou secundários. Os dados coletados por meio de entrevistas, questionários, testes e a observação são considerados dados primários porque os mesmos são colhidos diretamente pelo pesquisador. Esses dados não sofreram nenhum tratamento ainda. Dados secundários são aqueles dados existentes na forma de arquivos, banco de dados, índices ou relatórios.

Dentre os diversos instrumentos de coleta de dados que podem ser utilizados para a obtenção de dados primários em uma pesquisa qualitativa, se fez uso, neste estudo, da entrevista semiestruturada. Gil (2007) afirma que a entrevista é uma técnica de coleta de dados primários onde o entrevistador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção de dados que interessam à investigação, havendo, portanto, uma interação social entre os mesmos.

As questões propostas para a entrevista baseiam-se no Manual de Oslo (2004), referência em pesquisas de inovação organizacional, conforme Apêndice A. O roteiro de entrevista foi explicado pelo pesquisador em reuniões com os gestores e, após, respondido por estes e entregues no período de outubro e novembro de 2011, na SMS. Os dados secundários para esta pesquisa são aqueles provenientes do referencial teórico e das observações e contatos com a instituição pesquisada.

4.1.4 Análise e interpretação dos dados

Expõem Diehl e Tatim (2004) que em pesquisas, tanto de caráter qualitativo como quantitativo, existe a necessidade de organizar os dados coletados para que eles possam ser interpretados pelo pesquisador; existindo, para isso, instrumentos específicos de análise de dados, os quais se ajustam aos diferentes tipos de pesquisa e de material colhido. Segundo Gil (2007), na pesquisa de caráter qualitativo os dados coletados normalmente são submetidos à

análise estatística descritiva de modo que todos os dados são descritos, analisados e resumidos com objetivo de interpretar as informações levantadas. Ainda conforme o autor, entre os vários itens de natureza metodológica, o que apresenta maior carência de sistematização é o referente à análise e interpretação dos dados, sendo que o mais importante no caso de um estudo de caso é a preservação da totalidade da unidade social a que se quer caracterizar.

Ao finalizar a coleta de dados, na pesquisa qualitativa, o pesquisador se depara com uma quantidade enorme de dados, por não apresentar uma categorização prévia de alternativas para respostas, tendo em vista o objetivo de entender e capturar as perspectivas dos respondentes. Os dados se materializam em forma de texto, os quais precisam ser organizados e interpretados, tendo como propósito contar a frequência de um fenômeno e procurar identificar a relação entre eles, por meio da categorização das variáveis (ROESCH, 2005).

Especificamente para as características deste projeto, pode-se inferir que a análise dos dados primários coletados na fase da pesquisa exploratória/qualitativa/estudo de caso se dará pela análise de conteúdo das respostas obtidas.

5 A GESTÃO DA ESF EM MARAU E O PROCESSO DE INOVAÇÃO: A PRÁTICA

Este capítulo apresenta e discute os dados levantados, bem como elucida as sugestões advindas da análise e compreensão dos mesmos.

5.1 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Considerando-se a inovação como a implantação de um produto, bem ou serviço, de um processo, de uma técnica de *marketing* ou de gestão, novo ou significativamente melhorado, na organização (MANUAL DE OSLO, 2004); analisando-se a realidade local (objeto de estudo desta pesquisa) e buscando-se alcançar o objetivo central estabelecido para este estudo, parte-se para a análise dos dados fornecidos por cada gestor no que se refere à inovação, dentro de cada uma das categorias de análise, conforme Manual de Oslo (2004): categoria 1: inovação em produtos ou serviços; categoria 2: inovação em processos; categoria 3: inovação em *marketing*; e, categoria 4: inovação em gestão.

5.1.1 Inovação em produtos ou serviços¹⁶

Um produto tecnologicamente novo, segundo o Manual de Oslo (2004, p.55), é:

[...] um produto cujas características tecnológicas ou usos pretendidos diferem daqueles dos produtos produzidos anteriormente. Tais inovações podem envolver tecnologias radicalmente novas, podem basear-se em combinações de tecnologias existentes em novos usos, ou podem ser derivadas do uso de novo conhecimento.

Da mesma forma, importante referenciar que um produto tecnologicamente aprimorado é, na concepção do Manual de Oslo (2004, p.56):

¹⁶ O termo produto, a exemplo do Manual de Oslo (2004) é utilizado aqui para especificar bens (medicamentos, por exemplo) e serviços (aplicação de um medicamento intramuscular, por exemplo).

[...] um produto existente cujo desempenho tenha sido significativamente aprimorado ou elevado. Um produto simples pode ser aprimorado (em termos de melhor desempenho ou menor custo) através de componentes ou materiais de desempenho melhor, ou um produto complexo que consista em vários subsistemas técnicos integrados pode ser aprimorado através de modificações parciais em um dos subsistemas.

Aponta o referencial que deu base metodológica a este estudo, que, principalmente nos setores de serviços, “a distinção entre processo e produto pode ser nebulosa” (MANUAL OSLO, 2004, p.56). Esta realidade foi sentida na aplicação da pesquisa. No entanto, a partir de exemplos diversos e da compreensão do pesquisado sobre o que seja a inovação em produtos ou serviços, de acordo como Manual de Oslo (2004), como sendo melhoramentos significativos em especificações técnicas, componentes e materiais, novos *softwares*, facilitando o uso ou dotando um produto ou serviço de certas características funcionais, passou-se ao questionamento. O primeiro ponto abordado buscou saber se o ESF introduziu no município alguma inovação de produto ou serviço a partir do ano de 2009 até a data da pesquisa. Como resposta, obteve-se que 100% dos respondentes consideraram ter realizado algum tipo de inovação em produtos ou serviços neste período. Assim, fez-se importante saber quais foram estas inovações.

Para melhor depurar-se o sentido dessas inovações partiu-se por saber quais haviam sido. A frequência das respostas consta do Quadro 8, a seguir:

ESF	Inovações em produtos ou serviços 2009-2011
Santa Lúcia	Informatização da farmácia Informatização do controle de vacinas Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB) Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SispreNatal) Incubadora para teste de autoclave
Fuga/Santa Helena	Informatização da farmácia Informatização do controle de vacinas Incubadora para teste de autoclave
Central III	Informatização da farmácia Informatização do controle de vacinas Ar condicionado nos consultórios Incubadora para teste de autoclave e espéculos descartáveis para exames citopatológicos
Planalto	Informatização da farmácia Informatização do controle de vacinas Espéculos descartáveis para exames citopatológicos, ar condicionado nos consultórios e incubadora para teste de autoclave
Jardim do Sol	Informatização da farmácia Informatização do controle de vacinas Ar condicionado na sala de psicologia, incubadora para teste de autoclave e espéculos descartáveis para exames citopatológicos
Centro Social Urbano	Informatização da farmácia Informatização do controle de vacinas Ar condicionado nos consultórios, incubadora para teste de autoclave e espéculos descartáveis para exames citopatológicos
Central II	Informatização da farmácia Ar condicionado nos consultórios, incubadora para teste de autoclave Padronização de materiais de consumo
São José Operário	Informatização da farmácia

Quadro 8- Inovações em produtos ou serviços (2009-2011) nos ESF's pesquisados

Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor (2011).

A análise do Quadro 8 permite inferir que houve inovações em produtos ou serviços no período de 2009 a 2011, do mesmo modo, compreende-se que algumas destas inovações (como informatização da farmácia, por exemplo), ocorreu em todas as unidades. Disso depende-se que a inovação no produto ou serviço não partiu de uma necessidade de um ESF em específico ou por iniciativa do gestor desse, mas foi uma inovação estabelecida pela gestão central dos ESF, como forma de melhorar as condições de APS do município como um todo. Era uma necessidade prevista desde a realização da V Conferência Municipal de Saúde: “Informatizar a rede de saúde”, com previsão para 2011 (MARAU, 2010). Tal necessidade também está enfatizada no Plano Municipal de Saúde: “Gerir a dificuldade em relação ao fluxo de pedidos de compras e serviços até sua real efetivação, especialmente no que diz respeito à dispensação de medicamentos básicos, especiais e excepcionais” (MARAU, 2010),

bem como obteve-se o relato dessa necessidade quando em entrevista com os gestores na SMS, que afirmaram essa dificuldade em relação ao controle da dispensação de medicamentos básicos, especiais e excepcionais.

Outra questão que merece esclarecimento é quanto ao SIAB. Não se pode considerar como uma inovação que tenha surgido no PSF, pois é um sistema implantado, em nível nacional, em 1998, em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), pela então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus/SE, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes dos ESF (SIAB, 2012).

Da mesma forma pode-se considerar o SispreNatal. Este é um programa, também do MS, que tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neo-natal, subsidiando municípios, estados e o MS com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL, 2012).

Pode-se dizer então, que em ambos os casos, o que houve no ESF foi uma adesão aos programas, o que não deixa de caracterizar a inovação. No entanto, uma inovação que se deu, não ao nível local, mas sim ao nível de gestão nacional do SUS. Aderir a estes programas foi uma ação em resposta a fatores internos e sistêmicos do referido sistema. Isso não quer dizer que a mudança decorrente desta adesão foi sem importância, apenas quer-se pontuar, de acordo com o referencial seguido que “Não se trata de uma questão, simplesmente, de excluir mudanças que sejam insignificantes, menores ou que não envolvam um significativo grau de novidade” (MANUAL DE OSLO, 2004, p.50), mas sim de elucidar e classificar a inovação de melhorias significativas ou objetivas.

Referente à aquisição de ar condicionado para a sala de psicologia, incubadora para teste de autoclave e espéculos, são itens que melhoram sensivelmente o local de trabalho, oferecendo qualidade no atendimento (sala de psicologia) e nos procedimentos (incubadoras e espéculos para exames ginecológicos). De acordo com o Manual de Oslo (2004, p.65), em algumas situações “o ambiente ou local onde os serviços são oferecidos é importante. [...] se for associada a uma melhoria objetiva significativa no serviço/produto ou na forma como é

produzido ou entregue”. Assim, considerando que ocorreu uma melhora no ambiente e nos serviços de saúde oferecidos a população, considera-se uma inovação significativa.

Depois de levantadas quais as inovações, partiu-se a questionar o porquê das mesmas, o motivo que levou ou as necessidades que motivaram as inovações indicadas. A frequência das respostas consta do Quadro 9, a seguir:

ESF	Inovações em produtos ou serviços 2009-2011
Santa Lúcia	Atender reivindicações Facilitar o processo de trabalho
Fuga/Santa Helena	Atender reivindicações Facilitar o processo de trabalho Atingir melhores resultados
Central III	Facilitar o processo de trabalho Melhorar as condições de trabalho
Planalto	Facilitar o processo de trabalho Melhor resolutividade dos casos Melhor atender à demanda
Jardim do Sol	Facilitar o processo de trabalho Atender reivindicações Melhor resolutividade dos casos Padronização dos serviços Redução de gastos
Centro Social Urbano	Facilitar o processo de trabalho Atender reivindicações Melhor resolutividade dos casos
Central II	Atender reivindicações Maior controle e qualidade dos serviços prestados Segurança
São José Operário	Maior controle

Quadro 9- Motivo das inovações em produtos ou serviços (2009-2011) nos ESF's pesquisados

Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor (2011).

A análise do Quadro 9 permite inferir que a “melhoria do processo de trabalho” ou “facilitar” o mesmo foi a motivação das inovações citadas pela maioria dos pesquisados. Nenhum gestor descreveu objetivamente quais as necessidades reais que motivaram cada inovação em produtos ou serviços, deixando um pouco vaga esta questão. Essa dificuldade é evidenciada no Manual de Oslo (2004, p.52), quando descreve que “A inovação em serviços é frequentemente de natureza imaterial e, portanto, difícil de proteger. Serviços têm um maior grau de ajuste às necessidades particulares de cada cliente”.

A questão seguinte, buscou compreender como se deram as inovações indicadas no Quadro 8, buscando classificá-las como inovações em P&D, aquisição de tecnologias ou melhoramentos. Para melhor visualização dos dados apresenta-se o Quadro 10, na sequência.

ESF	Inovações em produtos ou serviços 2009-2011		
	P&D	Aquisição de tecnologia	Melhoramento
Santa Lúcia	-	Informatização da farmácia ¹⁷ SIAB SispreNatal	Incubadora para teste de autoclave
Fuga/Santa Helena	-	Informatização da farmácia Informatização do controle de vacinas	Incubadora para teste de autoclave
Central III	-	Informatização da farmácia Informatização do controle de vacinas	Ar condicionado nos consultórios; incubadora para teste de autoclave; espéculos descartáveis para exames citopatológicos
Planalto	-	Informatização da farmácia Informatização do controle de vacinas	Espéculos descartáveis para exames citopatológicos; ar condicionado nos consultórios; incubadora para teste de autoclave
Jardim do Sol	-	Informatização da farmácia Informatização do controle de vacinas	Espéculos descartáveis para exames citopatológicos; ar condicionado nos consultórios; incubadora para teste de autoclave
Centro Social Urbano	-	Informatização da farmácia Informatização do controle de vacinas	Espéculos descartáveis para exames citopatológicos; ar condicionado nos consultórios; incubadora para teste de autoclave
Central II	-	Informatização da farmácia	Ar condicionado nos consultórios; incubadora para teste de autoclave Padronização de materiais de consumo
São José Operário	-	Informatização da farmácia	

Quadro 10- Classificação das inovações em produtos ou serviços (2009-2011) nos ESF's pesquisados

Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor (2011).

¹⁷“O desenvolvimento de softwares é classificado como P&D se envolver a realização de avanço científico ou tecnológico /ou solução de incertezas científicas/tecnológicas em bases sistemáticas” (MANUAL OSLO, 2004, p.67).

A análise do Quadro 10 permite inferir que a inovação em P&D ainda não é uma realidade na ESF do município de Marau, de acordo com a amostra pesquisada. As inovações citadas são da ordem tecnológica ou de melhoramento com frequências mais ou menos equivalentes. Denota a questão levantada uma certa dificuldade do sistema na aquisição ou na geração de conhecimento relevante que seja novo para as ações da ESF, ou talvez, esse conhecimento não esteja sendo percebido pela amostra analisada. Evidentemente que se essa cultura da pesquisa e da experimentação for instituída nestas unidades, de forma sistematizada e científica, haverá dados para embasar as tomadas de decisões e promover as inovações necessárias para a, ainda, utópica, saúde pública ideal e de qualidade.

Ficou explícito, também, nas respostas dadas que a maioria das inovações ocorre em função de repetidas solicitações, não ficando claro o sujeito destas, mas dá a entender que seriam solicitações dos gestores de ESF (respondentes) ou demais profissionais das unidades, à gestão central. Ficou evidenciado também, em uma das entrevistas, a importância da criação do cargo de Coordenador de ESF, que possibilitou uma maior entendimento das demandas e necessidades das unidades, e, por consequência, a possibilidade da maioria das inovações citadas. Indica essa importância, afirmando “o novo coordenador das estratégias que implantou e visualizou esta inovação positiva para colaboradores e usuários” (GESTOR 8).

Nas questões seguintes da pesquisa buscou-se identificar um setor específico dentro do ESF onde, por ventura, tenham se dado as inovações em produtos ou serviços citadas. Mas não houve a evidência de um determinado setor. Evidentemente que as unidades são relativamente pequenas para que os gestores consigam fazer essa distinção, ou não houve, talvez, um bom entendimento da questão.

O Manual de Oslo (2004) deixa bastante evidente em relação a produtos e serviços a distinção quanto a produtos ou serviços novos ou significativamente melhorados. Apesar de “Produtos tecnologicamente modificados podem ter grandes e pequenos efeitos na empresa” (MANUAL DE OSLO, 2004, p.56), no entanto, a distinção entre um produto tecnologicamente novo e um produto tecnologicamente aprimorado pode apresentar dificuldades em alguns setores, especialmente no de serviços, como o é o de saúde. “A distinção entre um produto tecnologicamente novo e um produto tecnologicamente aprimorado pode apresentar dificuldades em alguns setores, especialmente no de serviços” (MANUAL DE OSLO, 2004, p.56). Assim, percebeu-se que ao serem perguntados se as inovações resultaram em produtos ou serviços novos ou significativamente melhorados houve como respostas, em sua maioria, “ambos”. Tal resposta denota essa dificuldade de percepção ou, até mesmo, de distinção entre um e outro.

A última questão referente a esta categoria de análise diz respeito à abrangência da inovação, buscando-se saber se ela tem efeito sobre o ESF ou sobre o mercado como um todo (considerado aqui a região a qual faz parte o sistema de saúde pública do município de Marau (6ª Coordenadoria Regional de Saúde), o estado ou o país). Foram unânimes os respondentes em mencionar que as inovações são significativas para o ESF. Evidentemente que isso implica na melhoria da qualidade do sistema público municipal de saúde, mas não deixa de ter, senão, uma abrangência local.

5.1.2 Inovação em processos

Inovação tecnológica em processos, de acordo com o Manual de Oslo (2004, p.56), é:

[...] a adoção de métodos de produção novos ou significativamente melhorados, incluindo métodos de entrega dos produtos. Tais métodos podem envolver mudanças no equipamento ou na organização da produção, ou uma combinação dessas mudanças, e podem derivar do uso de novo conhecimento. Os métodos podem ter por objetivo produzir ou entregar produtos tecnologicamente novos aprimoramentos, que não possam ser produzidos ou entregues com os métodos convencionais de produção, ou pretender aumentar a produção ou eficiência de produtos existentes.

Após compreensão do pesquisado sobre o que seja a inovação em processos, de acordo com o Manual de Oslo (2004), exemplificando-se como sendo a implantação de um método de produção ou distribuição novo ou melhorado, incluindo mudanças técnicas, em equipamentos ou softwares, passou-se ao questionamento. O primeiro ponto abordado buscou saber se o ESF introduziu no município alguma inovação de processos a partir do ano de 2009 até a data da pesquisa. Como resposta, obteve-se que 100% dos respondentes consideram ter realizado algum tipo de inovação nesta categoria de análise no referido período. Assim, buscou-se saber quais foram estas inovações.

Inicialmente primou-se em saber quais haviam sido as referidas inovações, cuja frequência das respostas consta do Quadro 11, a seguir:

ESF	Inovações em processos 2009-2011
Santa Lúcia	Curso a introdutório de informática Reativação do GTH Implantação do NUMESC Implantação do projeto NASF
Fuga/Santa Helena	Curso a introdutório de informática Reativação do GTH Implantação do NUMESC Implantação do projeto NASF
Central III	Curso a introdutório de informática Reativação do GTH Implantação do NUMESC Implantação do projeto NASF
Planalto	Curso a introdutório de informática Reativação do GTH Implantação do NUMESC Implantação do projeto NASF
Jardim do Sol	Reativação do GTH Implantação do NUMESC Implantação do projeto NASF
Centro Social Urbano	Curso a introdutório de informática Reativação do GTH Implantação do NUMESC Implantação do projeto NASF
Central II	Curso a introdutório de informática Reativação do GTH Implantação do NUMESC Implantação do projeto NASF
São José Operário	Reativação do GTH Implantação do NUMESC Implantação do projeto NASF

Quadro 11- Inovações em processos (2009-2011) nos ESF's pesquisados

Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor (2011).

A análise do Quadro 11 permite inferir que existe uma visão muito homogênea entre todos os respondentes da pesquisa, denotando que as realidades e necessidades devem ser bastante parecidas. De outra forma pode abstrair-se, também, que todas essas inovações partem da gestão central da saúde e são demandas do sistema de saúde pública do município de Marau a partir das Conferências Municipais de Saúde (vide Quadro 3, 4 e 5).

Analisando-se cada uma das inovações em processo indicadas, tem-se que o GTH é um dispositivo de participação, em forma de comitês, criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o SUS, por volta do ano de 2005, com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre

trabalhadores de saúde e usuários. A proposta do GTH não se restringe apenas aos serviços de prestação direta de assistência à saúde, como hospitais, outras unidades de saúde e o programa ESF. É também adequado ao âmbito das instâncias gestoras vinculadas ao SUS estadual e municipal (distritos sanitários, secretarias municipais e estaduais de saúde), do MS e, também, das parcerias entre municípios e cooperações interinstitucionais (entidades formadoras, conselhos profissionais, entre outros), (BRASIL, 2006c).

Para melhor entendimento do que seja o NUMESC, é importante compreender que existe o Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) que é a estrutura da regional de saúde responsável pela implementação da estratégia de descentralização da formação e capacitação dos trabalhadores do SUS em Saúde Coletiva, desde o ano 2000 (instituído pela Portaria nº. 39/2000). Isso, através da educação continuada, junto aos municípios e CRS, firmando a consolidação das diretrizes e princípios do SUS. A referida organização é de responsabilidade técnica da Escola de Saúde Pública (ESP) do RS, que desenvolve seu trabalho de assessoria e cooperação técnica de caráter interdisciplinar através da coordenação e equipe de trabalho NURESC/ESP de forma descentralizada e articulada com os NURESC/CRS e, a médio prazo, através dos NUMESC, promovendo a construção coletiva da integralidade das ações em saúde, por meio, essencialmente, de atividades educativas (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

Visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, garantindo a continuidade e integralidade da atenção, o MS criou o NASF, por meio da Portaria GM nº. 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008. O referido programa é entendido como uma potente estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das ESF's, bem como sua resolubilidade, uma vez que promove a criação de espaços para a produção de novos saberes e ampliação da clínica. Tem como *modus operandi* o apoio matricial para atuarem em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado. Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de ESF. Tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família. O NASF pode funcionar em duas modalidades: 1) NASF 1: no mínimo cinco profissões de nível superior - vinculado de oito a vinte Equipes de Saúde da Família; 2) NASF 2: três profissões de nível superior - vinculado a, no mínimo, três equipes de Saúde da Família. Assim estruturados e a partir das a partir das necessidades locais são responsáveis pela organização de atividades em até oito áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares;

reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/adolescente/adulto jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (SESAB, 2012).

Com foco nesses programas, pode-se abstrair que, em relação aos processos, a inovação ocorre em nível local. Mas não é algo ímpar ou original, parte sempre de uma oferta do MS ou da secretaria estadual de saúde. O que ocorre é uma adesão do município ao programa. Positivo no sentido de que todo esforço é válido para promover a qualificação das ações de APS, no entanto, percebe-se que, nesta categoria de análise (processos), a despeito da anterior (produtos) a capacidade de inovação é mais reativa do que pró-ativa. Da mesma forma, ocorre de maneira hierarquizada (de forma verticalizada) e não ao contrário, denotando a ação em função da vivência de realidades e a instituição de uma das metas básicas que se busca em termos de APS, a integralidade, considerada, como já se viu anteriormente, como a capacidade da equipe de saúde em lidar com a ampla gama de necessidades em saúde do indivíduo, da família ou das comunidades, resolvendo-os, ou seja, propondo inovações.

Depois de levantadas quais as inovações, partiu-se a questionar o por quê das mesmas, o motivo que levou ou as necessidades que motivaram as inovações indicadas. Para 100% dos pesquisados o motivo das inovações em processo foi a necessidade de qualificação técnica dos profissionais para dispensar melhor atendimento na assistência aos usuários das unidades de ESF (referindo-se, possivelmente ao curso de informática). A adesão aos demais programas citados (GTH, NUMESC e NASF), na visão dos respondentes, foram motivados pela necessidade de melhoramento dos “processos internos” (GESTOR 2). Evidentemente que ao ter acesso a esses grupos e projetos os profissionais qualificam-se pela troca de experiência e treinamentos realizados, e o usuário pelas novas possibilidades de serviços que surgem e por terem maior chance de ver sua realidade constatada e trabalhada. Segundo Manual de Oslo (2004, p. 69), “O treinamento é uma atividade de inovação quando for necessário para implantação de um produto ou processo tecnologicamente novo ou aprimorado”, no caso em questão, ao controle informatizado da farmácia na dispensação de medicamentos.

No que tange à área de classificação das inovações em processo (pesquisa e desenvolvimento (P&D)¹⁸, aquisição de tecnologias ou melhoramentos), percebe-se que nesta categoria tenham se concentrado em melhoramentos. É possível, no entanto, que este projetos citados (GTH, NUMESC e NASF), sejam marco de partida para as inovações em P&D, pois

¹⁸De acordo com Manual de Oslo (2004, p.66), “Pesquisa e desenvolvimento experimental (P&D) compreendem trabalho criativo executado de forma sistemática para aumentar o estoque de conhecimento, inclusive o conhecimento sobre o homem, a cultura, a sociedade”.

são campos que possibilitarão coleta de dados dos usuários, e, por conseguinte, o desenvolvimento de ações que visem a ampliar a qualidade do serviço em saúde oferecido, objetivo maior dessa estrutura.

Assim como descrito para as inovações em produtos, anteriormente, não identificou-se um setor específico dentro do ESF onde, por ventura, tenham se dado as inovações em processo citadas. As referidas inovações vieram para a melhoria das unidades como um todo e se deram pela participação de todos os setores, indistintamente. Encontra-se no Manual que deu base a esta análise que esta dificuldade em definir com exatidão os processos em inovação é bastante comum: “Tais processos têm uma dimensão fortemente intangível, mas tomados juntos eles compõem a capacidade de aprendizagem de uma empresa e, assim sendo, constituem um elemento central da capacidade de inovação” (MANUAL DE OSLO, 2004, p.50).

Quanto à distinção de processos novos ou significativamente melhorados, evidencia-se uma dificuldade de interpretação da questão e dos dados respondidos. Configurando-se uma limitação da pesquisa. Pois, ao se aderir a um programa, reproduz-se o mesmo, não se podendo classificá-lo como novo ou melhorado, pelo menos até o momento da pesquisa. A última questão referente a esta categoria de análise diz respeito à abrangência da inovação, buscando-se saber se ela tem efeito sobre o ESF ou sobre o mercado como um todo (considerado aqui a região a qual faz parte o sistema de saúde pública do município de Marau (6ª Coordenadoria Regional de Saúde), o estado ou o país). Foram unânimes os respondentes em mencionar que as inovações são significativas para o ESF. Evidentemente que isso implica na melhoria da qualidade do sistema público municipal de saúde, mas não deixa de ter, senão uma abrangência local, como apontado na categoria de análise anterior (produtos).

5.1.3 Inovação em *marketing*

De acordo com o Manual de Oslo (2004, p.69, grifos do autor):

[...] O *marketing* constitui uma atividade de inovação TPP¹⁹ quando é necessária para implantação de um produto tecnologicamente novo ou aprimorado (ou, mais raramente, um novo processo). Não é uma atividade de inovação TPP quando é executada puramente para inovação organizacional, *por exemplo, uma campanha para promover as novas estruturas e imagem corporativa de uma empresa.*

A partir da compreensão do pesquisado sobre o que seja a inovação em *marketing*, de acordo como Manual de Oslo (2004), como sendo implantação de um método de *marketing* através de mudanças significativas na concepção de um produto ou de um serviço oferecido, no seu posicionamento, na sua promoção (divulgação, disponibilização), passou-se ao questionamento. O primeiro ponto abordado buscou saber se o ESF introduziu no município alguma inovação de *marketing* a partir do ano de 2009 até a data da pesquisa. Como resposta, obteve-se que 100% dos respondentes consideraram ter realizado algum tipo de inovação nesta categoria de análise neste período. Assim, fez-se importante saber quais foram estas inovações.

Para melhor compreende-se o sentido dessas inovações partiu-se por saber quais haviam sido. A frequência das respostas consta do Quadro 12, a seguir:

ESF	Inovações em <i>marketing</i> 2009-2011
Santa Lúcia	Campanha de vacinação contra hepatite-B para toda população Feiras de Saúde
Fuga/Santa Helena	Campanha de vacinação contra hepatite-B para toda população Feiras de Saúde; Ações educativas Conferências de Saúde
Central III	Campanha de vacinação contra hepatite-B para toda população Campanha de vacinação para vacinas de rotina Mateada e Feiras de Saúde
Planalto	Campanha de vacinação contra hepatite-B para toda população Campanha de vacinação para vacinas de rotina Mateada; Feiras de Saúde e Ações educativas
Jardim do Sol	Campanha de vacinação Mateadas; Feira de saúde em todas as comunidades do interior e Ações educativas e conferências
Centro Social Urbano	Campanha de vacinação (Hepatite-B, H1N1, pólio, rubéola, <i>Influenza</i>) Mateadas, Feira de saúde em todas as comunidades do interior Ações educativas e conferências
Central II	Campanha de vacinação contra hepatite-B para toda população Mateada; Feiras de Saúde e Ações educativas
São José Operário	Campanha de vacinação (Hepatite-B, H1N1, pólio, rubéola, <i>Influenza</i>)

Quadro 12- Inovações em *marketing* (2009-2011) nos ESF's pesquisados

Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor (2011).

¹⁹ Inovação tecnológica de processos e produtos.

A análise do Quadro 12 permite inferir que existe uma visão muito homogênea entre todos os respondentes da pesquisa, denotando que as realidades e necessidades devem ser bastante parecidas. De outra forma pode abstrair-se, também, que todas essas inovações partem da gestão central da saúde e são demandas do sistema de saúde pública do município de Marau a partir das Conferências Municipais de Saúde (vide Quadro 3, 4 e 5), ou, até mesmo, ações requisitadas pelo SUS. Não se reconhece como inovação em *marketing* a realização de campanha de vacinação, anti-pólio, por exemplo, que é veiculada a nível nacional; para a qual o MS manda material de *marketing* para cada município.

As campanhas de vacinação são sim campanhas de *marketing*²⁰, mas não uma inovação, de acordo com o conceito de inovação em *marketing* considerado pelo Manual de Oslo (2004) e acima descrito, com exceção àquela concernente à campanha de vacinação contra hepatite-B citada pela maioria dos gestores como sendo para “toda população” (GESTOR 1, 2, 3, 4 e 7). Pois esta é uma inovação do município, uma vez que o MS garantiu no ano de 2011 a vacinação para a população de até 24 anos²¹ (salvo os profissionais da saúde e outros profissionais mais vulneráveis, independentes de faixa etária, como gestantes, manicures, pedicures, podólogos, caminhoneiros, bombeiros, policiais civis, militares e rodoviários, doadores de sangue e coletores de lixo domiciliar e hospitalar). A SMS de Marau, no entanto, devido à alta frequência de casos da doença no município, ofereceu as doses de vacina a todos os munícipes. Tal ação foi impulsionada, em muito, pela criação do AMHE-C (Associação Marauense de Hepatite-C), que será posteriormente melhor descrita.

As Feiras de Saúde, Ações Educativas e Mateadas também são campanhas que dão vistas de promover a saúde entre os usuários dos serviços de saúde públicos do município. Não serviços inovadores, mas sim, serviços regularmente e há tempos oferecidos, como teste de diabetes, anti-HIV, colesterol, visão, mamografia, audiometria, entre outros, bem como a distribuição de material informativo alertando para a prevenção de doenças diversas. Por isso vale reconsiderar, são inovações aos olhos do pesquisado e do pesquisador, não efetivamente de acordo com o conceito de inovação em *marketing* proposto pelo Manual de Oslo (2004).

Depois de identificadas quais as inovações em *marketing* (na visão do respondente), buscou-se questionar o porquê das mesmas, o motivo que levou ou as necessidades que motivaram as inovações indicadas. Para 100% dos pesquisados o motivo das inovações foi

²⁰ Apesar desta dificuldade em limitar o tipo de inovação e o fato de ser ou não uma inovação, tem-se muito claro aqui algumas considerações do Manual de Oslo, dentre estas que o juízo final sobre a natureza da mudança fica com os que respondem à pesquisa e/ou com as pessoas que selecionam a informação (MANUAL DE OSLO, 2004, p.62).

²¹ Neste ano de 2012 o governo federal ampliará a faixa, estendendo a vacinação para pessoas até 29 anos (COELHO, 2012).

anecessidade de promover-se ações em saúde, de fomentar a prevenção e a promoção da saúde da população. Ao perguntar-se como se deram estas inovações, de quem partiu a ação, ou qual o principal fator que possibilitaram as mesmas, todos os respondentes citaram o empenho técnico dos envolvidos nas atividades como primordial para que as inovações em *marketing* acontecessem.

Assim como descrito para as inovações em produtos e serviços, anteriormente, não se identificou um setor específico dentro do ESF onde, por ventura, tenham se dado as inovações em *marketing* citadas. As referidas inovações vieram para a melhoria das unidades como um todo e se deram pela participação de todos os setores, indistintamente.

Quanto à distinção de processos novos ou significativamente melhorados, evidencia-se uma dificuldade de interpretação da questão e dos dados respondidos. Configurando-se uma limitação da pesquisa, pois 100% dos respondentes propuseram que a inovação é tanto nova quanto significativamente melhorada, não especificando quais. Do mesmo modo, também se revelou um pouco vaga a compreensão da questão que diz respeito à abrangência da inovação, buscando-se saber se ela tem efeito sobre o ESF ou sobre o mercado como um todo (considerado aqui a região a qual faz parte o sistema de saúde pública do município de Marau (6ª Coordenadoria Regional de Saúde), o estado ou o país), pois foram unânimes os respondentes em mencionar que as inovações são significativas para “ambos”, sem especificações que pudessem esclarecer quais inovações para qual setor.

5.1.4 Inovação em gestão

Na visão exposta no Manual de Oslo (2004, p.61), a inovação em gestão organizacional inclui: a) introdução de estruturas organizacionais significativamente alteradas; b) implantação de técnicas de gerenciamento avançado; c) implantação de orientações estratégicas novas ou substancialmente alteradas. Em princípio, de acordo com este referencial, a mudança organizacional:

[...] conta como inovação apenas se houver mudanças mensuráveis nos resultados, tais como aumento de produtividade ou vendas. [...] Enquanto a reorganização total de uma empresa é uma “inovação organizacional”, a reorganização de instalação de produção pode ser considerada como inovação TPP (MANUAL DE OSLO, 2004, p.62).

A partir da compreensão do pesquisado sobre o que seja a inovação da gestão organizacional, de acordo como Manual de Oslo (2004), como sendo implantação de um método de inovação organizacional nas práticas de negócios da empresa, na melhoria de seu local de trabalho ou na vida daqueles que utilizam-se dele, partiu-se para o questionamento. O primeiro ponto abordado buscou saber se o ESF introduziu no município alguma inovação organizacional a partir do ano de 2009 até a data da pesquisa. Como resposta, obteve-se que 100% dos respondentes consideraram ter realizado algum tipo de inovação nesta categoria de análise neste período. Assim, fez-se importante saber quais foram estas inovações.

Para melhor compreende-se o sentido dessas inovações partiu-se por saber quais haviam sido. A frequência das respostas consta do Quadro 13, a seguir:

ESF	Inovações em gestão organizacional 2009-2011
Santa Lúcia	Remapeamento do município
Fuga/Santa Helena	Remapeamento das micro-áreas
Central III	Remapeamento das micro-áreas
Planalto	Remapeamento das áreas adstritas ao PSF
Jardim do Sol	Remapeamento
Centro Social Urbano	Remapeamento
Central II	Remapeamento
São José Operário	Remapeamento

Quadro 13- Inovações em gestão organizacional (2009-2011) nos ESF's pesquisados

Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor (2011).

A análise do Quadro 13 permite inferir que existe uma visão muito homogênea entre todos os respondentes da pesquisa, denotando que as realidades e necessidades devem ser bastante parecidas. Percebe-se que, com pequenas variações linguísticas, parece que todos os respondentes quiseram indicar o mesmo processo de inovação, remapeamento. O referido mapeamento manifesta-se como necessidade para os ESF's em virtude do aumento constante e acelerado da população marauense, obrigando a gestão do SUS no município a, constantemente, realizar o remapeamento das micro-áreas, visto que em alguns momentos se está com o número de famílias acima do recomendado pela Portaria nº. 648 (conforme citado

no capítulo 3, p. 57) não se garantindo o atendimento da população adstrita de acordo com a referida legislação.

Em virtude das especificações contidas na referida Portaria, que consideram o ato do mapeamento ou remapeamento como parte do processo de trabalho com saúde da família, e, também como uma das atribuições básicas ou comuns das equipes de saúde, não pode-se considerar tal ato como uma inovação, e sim, como uma ação que garante a funcionalidade do processo e o cumprimento da lei vigente:

4. DO PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família: [...]

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

[...]

ANEXO I

AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE ACS [...]

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; (BRASIL, 2006b, s/p).

Seguindo-se no questionamento, os respondente, em sua totalidade, manifestaram que a realização do remapeamento se dá em face da “melhora da atenção aos usuários” (GESTOR 1) e ocorreu em função do “empenho dos enfermeiros” (GESTOR 1). Assim como descrito para as inovações anteriormente descritas, não se identificou um setor específico dentro do ESF onde, por ventura, tenham se dado a considerada inovação organizacional. As referidas inovações vieram para a melhoria do “atendimento dos usuários do SUS e suas demandas” (GESTOR 7).

Quanto à distinção de processos novos ou significativamente melhorados, 100% dos respondentes propuseram que a inovação é melhorada, talvez justificando o fato de ser uma ordem estabelecida em Portaria e não uma “inovação”, o que ratifica a ideia referente à visão do pesquisador. No que se refere à compreensão da questão que diz respeito à abrangência da inovação, buscando-se saber se ela tem efeito sobre o ESF ou sobre o mercado como um todo (considerado aqui a região a qual faz parte o sistema de saúde pública do município de Marau (6ª Coordenadoria Regional de Saúde), o estado ou o país), foram unânimes os respondentes

em mencionar que a referida inovação (remapeamento) é significativa para todas as esferas, cumprindo com as “necessidades do sistema” (GESTOR 7), uma vez que serve como uma base de dados, tanto para o município quanto para o SUS, tanto no planejamento de ações em saúde, quanto na previsão orçamentária. Precisa, nesta questão, esclarecer que mesmo não tendo-se abordado neste estudo a questão econômica como viabilizadora ou não da inovação, a verba financeira do município aumenta em função do aumento do número de pessoas cadastradas em cada ESF e não em função dos atendimentos e procedimentos. Por esse fato é que, novamente, frisa-se o remapeamento não como uma inovação, mas como uma atividade de interesse da gestão central.

5.2 A INOVAÇÃO NA PERSPECTIVA DA GESTÃO CENTRAL

Em função da limitação dos gestores de ESF's que se disponibilizaram a responder a pesquisa, e em virtude de a análise dos dados dos respondentes ter sinalizado que a maioria das inovações parte da gestão central deste sistema, achou-se conveniente explorar mais dados que pudessem dar mostras da realidade da inovação no sistema de saúde marauense. Para tanto, buscou-se entrevistar cada um dos responsáveis por cada setor dentro da SMS, quais sejam: a) departamento de vigilância sanitária; b) departamento de assistência social (DAS); c) departamento de gestão; d) departamento de recursos humanos; e) departamento de controle social; f) departamento de saúde mental; g) departamento de saúde bucal; h) departamento de saúde do trabalhador; i) departamento de assistência farmacêutica; j) NUMESC.

Em cada um dos referidos setores buscou-se analisar o relatório de atividades anual considerando o período 2009-2011; tal relatório foi lido e discutido com um responsável pelo setor, a fim de identificar-se as possíveis inovações. Constatou-se, como se demonstra no Quadro 14, a seguir, algumas ações que podem ser consideradas inovadoras.

Categoria de inovação	Inovações 2009-2011	Classificação	Abra ngên cia
Inovação em produtos	Feiras de Saúde	Melhoramento	Local
	Projeto Saúde na Estrada (11/11/2011 - Posto Sander)	Melhoramento	Local
	Projeto Saúde no Interior	Melhoramento	Local
	Projeto Saúde do Trabalhador (oficinas de saúde para funcionários da SMS)	Melhoramento	Local
Inovação em processos	Lançamento Rede Cegonha em Marau	Melhoramento	Local
	Adesão ao NASF	Melhoramento	Local
	Adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) programa de melhoria na APS	Melhoramento	Local
Inovação em marketing	Semana da Divulgação das Hepatites Virais (parceria com AMEHE-C)	Melhoramento	Local
	Seminário Municipal de Hepatites Virais	Melhoramento	Local
Inovação organizacional	Início do processo de Adesão ao Pacto pela Saúde	Melhoramento	Local
	Criação da equipe gestora com a função de coordenador de ESF	Melhoramento	Local
	Início das atividades do SAMU	Melhoramento	Local

Quadro 14- Inovações (2009-2011) a partir dos relatos da gestão central

Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor (2011).

Apesar de pelos respondentes que compuseram a amostra de oito gestores dos ESF'a as feiras e projetos em saúde foram considerados como sendo inovação em *marketing*, para a construção deste quadro foi considerado como inovação em produtos, mais especificamente serviços. Pois é óbvio, quando a gestão organiza uma feira ou um projeto para atender à saúde do trabalhador da estrada ou do campo, ofertando-lhe exames diversos, é um serviço que lhe está sendo posto a disposição. Dentre as inovações citadas, nenhuma está dentro da área de P&D e nem na área tecnológica, classificam-se sim como inovações em melhoramento, apesar da dificuldade de classificação. São inovações de abrangência local, e ligam-se mais a um caráter de adesão do que de originalidade como pressupõe a palavra inovação. Veja-se, por exemplo, que o Projeto Saúde na Estrada é uma inovação para a referida unidade de gestão de saúde, pois o projeto já vige há tempo a nível nacional, motivado pela Rede Ipiranga de Combustíveis²².

²² O Programa Saúde na Estrada é desenvolvido pela Rodo Rede Ipiranga para cuidar da saúde de motoristas de caminhão de todo o Brasil. São exames gratuitos como pressão arterial, teste de glicose, tipagem sanguínea e vacinas. Já foram assistidos mais de 20.000 caminhoneiros em sete estados brasileiros, beneficiados com mais de 100 mil procedimentos realizados (SAÚDE NA ESTRADA, 2012).

As inovações em processos também denotam os mesmos aspectos, são inovações locais por força de adesão a programas oferecidos pelo governo federal. A Rede Cegonha é uma estratégia do MS, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde às mulheres, recém-nascidos e crianças são assegurados, respectivamente, o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério; e, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis (REDE CEGONHA, 2012), projeto este a que as SMS tem o poder facultativo de participar. O NASF, já anteriormente comentado (à página 82), e também pontuado pelos gestores de ESF, tem o mesmo caráter (inovação local por adesão) e fins semelhantes ao PMAQ, programa de melhoria na APS, que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da APS: 1) adesão e contratualização; 2) desenvolvimento; 3) avaliação externa; e, 4) contratualização (PMAQ, 2012).

No que tange às inovações em *marketing*, foi destacado pela gestão a Semana da Divulgação das Hepatites Virais (parceria com AMEHE-C). Tal ação constitui-se, efetivamente, em uma inovação em *marketing* em função, como já comentado da condição de amplitude da vacinação no município em relação ao país. Esta abrangência tem uma forte influência da AMEHE-C, em suas ações pró-ativas em prol dos portadores de hepatites e em função de sua prevenção. A AMHE-C, foi fundada em 01 de outubro de 2005, por um grupo de portadores de hepatite C e familiares (30 pessoas), com o incentivo do especialista Dr. Paulo Roberto Reichert e da Vigilância Epidemiológica da SMS de Marau-RS, com características de uma organização não-governamental de defesa dos direitos humanos de portadores de hepatites A,B e C. Todos os serviços são gratuitos, sendo que algumas ações são financiadas pelo governo municipal, algumas empresas locais e a comunidade marauense. No dia 14 de outubro, do referido ano, foi realizada a assembleia geral para a aprovação do estatuto e eleição da diretoria, que ocorreu por aclamação. Os associados reúnem-se no último sábado de cada mês, para trocar informações, experiências, falar de seus medos, preocupações, efeitos colaterais, como solicitar exames, remédios, enfim, considera-se um espaço de diálogo entre os pares. A reunião é aberta à comunidade. Nas reuniões também se planeja as ações que a AMHE-C realiza junto à comunidade, muitas das quais em parceria

com a SMS, dentre estas as campanhas de vacinação anti-hepatites para toda a população; trabalho educativo de prevenção e a organização do Seminário Municipal de Hepatites Virais.

Referente às inovações organizacionais, o início do processo de Adesão ao Pacto pela Saúde, também denota um caráter local e de adesão (até mesmo um pouco tardia), apesar da importância para o município. O Pacto pela Saúde é um movimento que se iniciou, a nível nacional, desde o ano de 2006. Trata-se de um esforço das três esferas de governo (municípios, estados e União) para, juntamente com o CNS, discutir a organização e o funcionamento do SUS. Seu objetivo principal é avançar na implantação dos princípios constitucionais referentes à saúde no Brasil e definir as responsabilidades de gestão de cada ente federado (CEAP, 2009).

Importante ação de inovação foi a que dá conta da gestão do sistema, a criação da equipe gestora com a função de coordenador de ESF, também sinalizada por um dos Gestores de ESF componentes da amostra pesquisada. Esta especialização na gestão da estrutura estratégica estava prevista nas demandas do sistema de saúde pública do município de Marau a partir das Conferências Municipais de Saúde, na área de gestão (Vide Quadro 3). No mesmo sentido, o início das atividades do SAMU sinaliza uma inovação local e dá maior agilidade aos serviços de emergência e urgência, no que tange ao transportes de usuários até o local de atendimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando-se este estudo, apresenta-se neste capítulo as considerações finais, advindas da apreciação dos objetivos propostos em relação às informações obtidas pelas análises dos dados. Em face à retomada do conceito de saúde, como uma condição ampla que vai além da mera inexistência de uma doença ou enfermidade, mas sim se constitui em um estado de bem-estar físico, mental e social do ser humano, e considerando-se que as prerrogativas do SUS dão conta da saúde como um direito de todos, com garantia de acesso e qualidade nos serviços, o objetivo proposto para este estudo foi o de identificar as inovações na APS no município de Marau-RS, como necessárias à concretização das referidas condições.

Considerando o Manual de Oslo (2004), referência que embasou a pesquisa em inovação, este considera que é uma organização inovadora aquela que tenham implantado produtos (bens ou serviços) ou processos tecnologicamente novos ou com substancial melhoria durante o período de análise. A par desta base conceitual, e com base nos fatos e dados apontados no capítulo anterior, podemos dizer, que se foram identificadas algumas inovações no sistema de saúde pública marauense, muito especialmente no que tange às inovações em *marketing* - Campanha de Vacinação Hepatite B; a adequações tecnológica da farmácia municipal para a dispensação de medicamentos básicos, especiais e excepcionais, que refere-se a inovação em produtos e serviços. No entanto, nas outras categorias de análise percebe-se uma grande carência em inovação. Na categoria de produtos e serviços, bem como na de processos, perceberam-se muito mais adesões a programas pré-estabelecidos do que, efetivamente, inovações; de igual forma, nenhuma inovação de melhora ou novo produto ou serviço foi percebido na área de P&D.

Outra questão que convém ser ressaltada é a que diz respeito à abrangência das inovações. Todas, sem exceção, em todas as categorias de análise de deram a nível local. Oportuno, no entanto frisar, de acordo com o Manual de Oslo (2004, p.54), que para ser considerada uma inovação “A exigência mínima é que o produto ou processo deve ser novo (ou substancialmente melhorado) para a empresa (não precisa ser novo no mundo)”.

Tais resultados, analisados de forma geral e conclusiva, em face ao objetivo geral proposto - identificar as inovações na Atenção Primária à Saúde no município de Marau-RS. Quanto aos objetivos específicos, também se pode afirmar que os resultados foram atingidos, mormente a “contextualizar a organização do sistema de saúde em nível nacional e

municipal”, tem-se os itens 2.3, 2.4, 2.5 e 3.2 , respectivamente; o segundo objetivo específico, “caracterizar a APS do Município de Marau-RS, descrevendo as estruturas de ESF’s” vem mencionado no item 3.3. Quanto a “identificar as principais inovações e dificuldades encontradas nos serviços de saúde oferecidos nos ESF’s no município de Marau, na opinião dos gestores que neles atuam”, pode-se verificar os itens 5.1.1, 5.1.2, 5.1.3, 5.1.4 e 5.2; e, finalmente, trabalhou-se e cumpriu-se o último objetivo específico “propor sugestões que possam incrementar a gestão da inovação no sistema APS no município de Marau-RS”, que vem transcrito no item 6 e 6.1.

De acordo com os dados obtidos e relatados, e tomando-se como referência o Manual de Oslo (2004), pode-se inferir que o município é, quanto à inovação, passivo. Tal constatação denota a necessidade de implementação do processo, por meio, essencialmente, da capacitação dos profissionais gestores provendo-lhes a capacitação técnica e humana para a cultura da inovação. Tal conduta, com certeza, traria um impacto positivo na saúde da população marauense, bem como à implementação das práticas de gestão em saúde pública, por meio da inovação em saúde.

Evidentemente que ao concluir este trabalho, é oportuno salientar que não se constitui em uma verdade pronta e acabada, nem tampouco exaure o assunto, ao contrário, é passo inicial para o andamento de outras pesquisas na área e da trilha de outros caminhos que, efetivamente, diante do complexo e dinâmico processo que é a oferta de saúde com qualidade, conduzam a processos, produtos, serviços e estratégias, efetivamente, inovadoras, que agreguem valor à saúde pública do município de Marau e preencham as lacunas identificadas e as que, em face ao acelerado desenvolvimento econômico do município, estão por vir.

Conclusa a apresentação e a descrição dos dados permite-se a sugestão, de acordo com os objetivos específicos traçados para este estudo, de algumas ações que possam incrementar a gestão da inovação no sistema APS no município de Marau-RS. Do mesmo modo, propõe-se sugestões para pesquisas futuras.

1) Que a gestão central das estratégias de APS, em especial às voltadas à ESF, deve buscar, a curto prazo, um trabalho de **desenvolvimento de recursos humanos** com todos os níveis de gestão do sistema de saúde em questão. Isso posto, pois verificou-se a dificuldade na obtenção dos dados da pesquisa, quando os gestores dos ESF’s, sem motivo algum manifestavam a idéia de não sentirem-se gestores ou responsáveis pelo processo, sugerindo que se pesquisasse somente aqueles em função na SMS. Manifestaram também questões de paternalismo e proteção política partidárias, o que, acredita-se, dificultou o empenho dos

pesquisados em responder as questões e cooperar com o trabalho e, pensa-se, dificulta o trabalho diário;

2) Do mesmo modo, deve-se providenciar ação no sentido de **aumentar a percepção dos gestores** em saúde da importância dos mesmos em prover as necessidades dos usuários e serem os responsáveis pela qualidade dos serviços e pela efetivação das necessárias inovações. Pareceu, no decorrer das pesquisas, que os gestores de ESF's não se sentem como tal, e, por isso, não se sentem imbuídos da tarefa de inovar. É preciso fazer-lhes compreender a necessidade e a possibilidade da inovação. Para que a inovação seja uma constante dentro das organizações, é necessário que haja mudança de atitudes, valores e crenças;

3) Que a gestão central **fomente métodos P&D** como forma de incentivar e alavancar a inovação no sistema de saúde pública. Pois, como se deixou claro ao iniciar este estudo, as diretrizes e os princípios do SUS, se efetivadas, garantem um sistema de qualidade. No entanto, isso requer inovação e esta deve partir das necessidades locais. Não há como contemplar as referidas necessidades se delas não se tiver conhecimento, e este somente se dará havendo pesquisa. Assim, sugere-se que a ação básica da gestão seja o desenvolvimento desta área estratégica: P&D. A partir desta será continuado o processo de inovação em produtos e serviços, bem como em processos, inovação em *marketing* e a inovação organizacional (principal lacuna identificada por este estudo);

4) Que a gestão central inclua em sua rotina administrativa um **responsável pela gestão da inovação**, buscando um trabalho direto com as necessidades apontadas pelas Conferências Municipais de Saúde, pelo PMS, pelos resultados de P&D, bem como pelas necessidades e ideias indicadas pelos gestores de cada ESF e, essencialmente, pelos usuários, que devem, neste caso, serem entendidos como co-gestores do sistema de saúde pública. É necessário que o município crie uma cultura da inovação, que esta contemple o potencial criativo de cada colaborador e que estes se sintam comprometidos com os processos inovativos.

6.1 SUGESTÃO DE PESQUISAS FUTURAS

Em face às limitações deste estudo, bem como à compreensão dos dados e as sugestões acima indicadas, permite-se sugerir, para pesquisas futuras, a serem realizadas pelos profissionais do SUS do município de Marau, especialmente àqueles diretamente ligados à

gestão da APS e da estratégia de saúde da família; ou, até mesmo por profissionais em trabalhos de graduação e pós-graduação em cursos na área de saúde e administração:

- 1) pesquisar a satisfação dos usuário dos ESF's dentro das quatro categorias de análise consideradas para o presente estudo e criando-se subcategorias, de acordo com a realidade dos serviços de saúde;
- 2) relacionar os programas e inovações ocorridas nos ESF's com o orçamento previsto para as referidas unidades;
- 3) identificar, mediante a pesquisa de trabalhos já existentes e testes de variáveis, indicadores de inovação em sistemas de saúde, atrelados às necessidades subjacentes de políticas públicas e proventos econômicos;
- 4) considerando que as condições estruturais²³ de uma organização são decisivas (ou limitantes) para o processo de inovação, pesquisar até que ponto os fatores jurídicos ou econômicos das políticas públicas influenciam a capacidade de inovação no sistema público de saúde;
- 5) elaborar trabalho para identificar o processo (e as lacunas) de humanização do atendimento aos usuários das ESF's, bem como os demais características da APS, quais sejam: acesso, equidade social, a co-responsabilidade entre a população e o setor público, e a saúde preventiva; e, ainda identificar o caráter interdisciplinar do acesso à saúde, identificando e qualificando serviços de nutrição, saúde e educação em saúde possibilitados (ou não) pela ESF.

6.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Partindo-se para a finalização deste estudo, permite-se considerar que, apesar de ter-se atingido o objetivo principal, algumas limitações foram determinantes para o pleno êxito do mesmo. Quais sejam:

- 1) primeiramente e com maior ênfase a questão do número de respondentes. Pensou-se em um senso, pesquisando-se toda a população de gestores. No entanto, por negarem-se a responder partiu-se pela análise de uma amostra, o que pode ter tornado a pesquisa menos representativa;

²³ As condições estruturais mais amplas que influenciam na gama de oportunidades de inovação são os fatores jurídicos, legais, econômicos, financeiros e educacionais (MANUAL DE OSLO, 2004).

- 2) o instrumento de roteiro de entrevista limitou um pouco a exploração das questões e o entendimento da inovação, em função de ter sido feito com base no Manual de Oslo (2004) que não é um documento específico para a área de saúde, tampouco para o setor público. “O Manual cobre tão somente inovações em empresas do setor privado (MANUAL DE OSLO, 2004, p.19);
- 3) a parca existência de referências e instrumento de coleta de dados específicos para a área de saúde, especialmente, na área de inovação em saúde pública. Compactua-se com a lacuna já identificada no Manual de Oslo (2004, p.13), de que há a necessidade de “adaptar todas as definições e perguntas às características das indústrias de serviços”. De igual forma é oportuno frisar que “o sucesso no refinamento das análises sobre inovação e no tratamento dado aos problemas de política resultantes, dependerá, em parte, da capacidade de melhorarmos as informações disponíveis”.

7 REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Corag, 1988.

_____. **Lei nº. 8.080**, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2010.

_____. **Lei nº. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208142.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Portaria nº. 648/GM**, de 28 de março de 2006b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS>>. Acesso em: 26 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização**. 2. ed. Brasília, 2006c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. [Coleção Como Entender o SUS, v.1].

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2011b. [Coleção Como Entender o SUS, v.3].

CARVALHO, M. M. **Inovação: estratégias e comunidades de conhecimento**. São Paulo: Atlas, 2009.

CASSIOLATO, J. E.; LASTRES, H.M. (Coords). **Arranjos e sistemas produtivos locais e as novas políticas de desenvolvimento industrial e tecnológico**. Rio de Janeiro: IE. UFRJ, 2000. Disponível em: <<http://www.bnds.gov.br>>. Acesso em: 23 set. 2010.

CEAP. Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** 2. ed. Passo Fundo: IFIBE, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto_pela_saude_possib_realidade_2ed.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2012.

CHRISTENSEN, C. M. **Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

COELHO, N. Imunização. **Portal da Saúde**. 5 jan. 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia>>. Acesso em: 9 fev. 2012.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2011.

CZERESNIA, D. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DAB. Departamento de Atenção Básica. **Home-page**. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>>. Acesso em: 9 fev. 2011.

DIEHL, A.; PAIM, D. C. Tatin. **Metodologia e técnica de pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DRUCKER, P. F. **Inovação e espírito empreendedor: práticas e princípios**. 4.ed. São Paulo: Pioneira, 1994.

FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública /RS, 2002.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: **VER-SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação em Saúde, 2004.

FRACOLLI, L. A. **Processo de trabalho de gerência: possibilidades e limites frente à reorganização da rede básica de saúde em Marília**. 1999. 212 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999. Disponível em: <<http://www.sistemas.usp.br/tycho/producaoacademica/html>>. Acesso em: 18 abr. 2011.

GIL, A. C.. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, A. L.. A nova regulamentação da filantropia e o marco legal do terceiro setor. In: **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 61, a. XX, p. 91-108, 1999.

GONÇALVES, C. A.; MEIRELLES, Anthero de Moraes. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2004.

GUIMARÃES, R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n.2, abr./jun., 2004.

HAIR JUNIOR, J. F. et al. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookmann, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**: Marau. 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 maio 2011.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil: 1990-2002. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MANUAL DE OLSO. **Proposta de diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação tecnológica.** 2005. Brasília: OECD/FINEP, 2004.

MARAU. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Sistema de informação de dados.** Marau, 2011a.

_____. **Plano de saúde.** 2010. [s.n.t].

_____. **Home-page.** 2011b. Disponível em: <<http://www.pmmarau.com.br>>. Acesso em: 9 maio 2011.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso:** uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2006.

MATTOS, J. R. L. **Gestão da tecnologia e inovação:** uma abordagem prática. São Paulo: Saraiva, 2005.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano:** o debate no campo da saúde coletiva. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NARDI, E. L. **Pesquisa:** teoria e prática. Porto Alegre: EST Edições, 2003.

NOB. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.** 1996. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2011. (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996).

PEDROSO, M. C.. **Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde.** Tese (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). Doutorado em Ciências. São Paulo, 2010. 439f. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2011.

PMAQ. **Home-page.** Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>>. Acesso em: 26 fev. 2012.

PORTER, M.E. **Estratégia competitiva:** técnicas para análise de indústrias e da concorrência. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

REDE CEGONHA. **Home-page Portal Da Saúde.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor>>. Acesso em: 23 fev. 2012.

REIS, D. R. **Gestão da inovação tecnológica**. São Paulo: Manole, 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (Nuresc). **Organograma**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp>>. Acesso em: 9 fev. 2012.

ROESCH, S. M. A. **Projeto de estágio e de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

SAÚDE NA ESTRADA. **Home-page**. Disponível em: <<http://www.saudenaestrada.com.br/>>. Acesso em: 26 fev. 2012.

SCHUMPETER, J.A. **The theory of economic development**. Cambridge: Harvard University Press, 1934.

SIAB. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. **Home-page**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

SISPRENATAL. SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO. **Home-page**. Disponível em: <<http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. (Coord.). **Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde**. São Paulo: Bireme/Opas/OMS, 2002. Disponível em: <http://www.saudepublica.bvs.br/itd/plan/plan_intro.pdf>. Acesso em: 12 maio 2011.

TIGRE, P. B. **Gestão da inovação: a economia da tecnologia do Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevistas

ESF: _____

Bairro: _____

Cargo: _____

Bloco I) Questões iniciais: assinale com um X na alternativa que melhor caracteriza as condições do ESF onde atual:

1) Número de funcionários da ESF:

- 0 - 10
- 11 - 20
- 21 - 30
- 31 - 40
- 41 e mais

3) Número de procedimentos por mês:

- 0 a 100
- 101 a 200
- 201 a 300
- 301 a 400
- 401 e mais

2) Número de atendimentos por mês:

- 0 a 200
- 201 a 400
- 401 a 600
- 601 a 800
- 801 e mais

4) População atendida:

- 01 a 400
- 401 a 800
- 801 a 1200
- 1201 a 1600
- 1601 e mais

Bloco II) Questões centrais sobre inovação: a partir da leitura dos conceitos abaixo apresentados, responda as questões:

Inovação

De acordo com o Manual de Oslo (2004), inovação é a implementação de um produto, bem ou serviço, novo ou significativamente melhorado, um processo ou um novo método de *marketing*, ou um novo método organizacional nas práticas de negócios, na organização no local de trabalho ou nas relações externas.

Exemplos de inovação em produtos ou serviços: melhoramentos significativos em especificações técnicas, componentes e materiais, novos softwares, facilitar o uso ou outras características funcionais.

5)A ESF introduziu no município alguma **inovação de produto ou serviço** a partir do ano de 2009 até a presente data?

1) Sim ()

2) Não ()

Se a resposta for 2, passar para a questão 6. Se a resposta for 1, responder o que segue:

5.1) Quais as inovações de produtos ou serviços que a ESF colocou a disposição dos colaboradores e usuários? _____

5.2) Quais foram os motivos destas inovações (o porquê, quais necessidades supriu)? _____

5.3) Como ocorreram estas inovações (Planejamento e Desenvolvimento (P&D), aquisição de tecnologia, melhoramentos)? _____

5.4) Qual o período de tempo em que se deu essa inovação (data)? _____

5.5) Em qual setor na ESF que estas inovações aconteceram? _____

5.6) Estas inovações são produtos ou serviços novos ou significativamente melhorados? _____

5.7) As inovações são novas para a ESF ou para o mercado? _____

Exemplo de inovação de processo: implantação de um método de produção ou distribuição novo ou melhorado. Incluindo mudanças técnicas, em equipamentos ou softwares.

1) Sim ()

2) Não ()

Se a resposta for 2, passar para a questão 7. Se a resposta for 1, responder o que segue:

6.1) Quais as inovações de processos que a APS colocou disposição dos colaboradores e usuários? _____

6.2) Quais foram os motivos destas inovações (o porquê, quais necessidades supriu)? _____

6.3) Como ocorreram estas inovações (P&D, aquisição de tecnologia, melhoramentos de alguns processos internos)? _____

6.4) Qual o período de tempo em que estas inovações ocorreram (data)? _____

6.5) Em qual setor na APS estas inovações aconteceram? _____

6.6) Estas inovações são processos novos ou significativamente melhorados? _____

6.7) As inovações são originais para a APS ou para o mercado? _____

Exemplo de inovação demarketing: implantação de um método de *marketing* através de mudanças significativas na concepção do produto ou na sua embalagem, no seu posicionamento, na sua promoção (divulgação, disponibilização) ou fixação de preços.

7)A ESF introduziu no Município alguma inovação de *marketing* a partir de 2009 até a presente data?

1) Sim ()

2) Não ()

Se a resposta for 2, passar para a questão 8. Se a resposta for 1, responder o que segue:

7.1) Quais as inovações de *marketing* que a ESF colocou disposição dos colaboradores e usuários?

7.2) Quais foram os motivos destas inovações (o porquê, quais necessidades supriu)? _____

7.3) Como ocorreram estas inovações? _____

7.4) Como é feita a gestão destas inovações? _____

7.5) Quando estas inovações ocorreram (data)?

7.6) Em qual setor na APS estas inovações aconteceram? _____

7.7) Estas inovações são produtos novos ou significativamente melhorados? _____

7.8) As inovações são novas para a APS ou para o mercado? _____

Exemplo de inovação em gestão: implantação de um método de inovação organizacional nas práticas de negócios da empresa, na melhoria de seu local de trabalho ou em suas relações externas, por meio de métodos ou técnicas de gestão.

8) A APS introduziu no Município alguma inovação Organizacional a partir de 2009 até a presente data?

1) Sim ()

2) Não ()

Se a resposta for 2, não responder as perguntas seguintes. Se a resposta for 1, responder o que segue:

8.1) Quais as inovações organizacionais que a APS colocou disposição dos colaboradores e usuários?

8.2) Quais foram os motivos destas inovações (o porquê, quais necessidades supriu)?

8.3) Como ocorreram estas inovações?

8.4) Como é feita a gestão destas inovações?

8.5) Quando estas inovações ocorreram (data)?

8.6) Em qual setor na APS estas inovações aconteceram?

8.7) Estas inovações são produtos novos ou significativamente melhorados?

8.8) As inovações são novas para a APS ou para o mercado?

Obrigada pela sua sincera participação!

José Pretto da Silva

Mestrando - UCS - 2012

APÊNDICE B - Autorização



Marau, 20 de julho de 2010.

Autorização

Autorizo ao senhor José Pretto as Silva, aluno do curso de Mestrado em Administração da Universidade de Caxias do Sul, a realizar a pesquisa da dissertação de mestrado nas Unidades Básicas de Saúde de Marau-RS, com o título de Inovação em Saúde Pública: O caso da UBS de Marau – RS, bem como disponibilizar a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde na coleta de dados.

Dinorá Fioravanço

Dinorá Fioravanço
Secretária Municipal da Saúde
Marau - RS



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU

Fone/Fax (54) 3342 9500 - Rua Irineu Ferlin, 355 - CEP 99150-000 - MARAU/RS - www.pmmarau.com.br

DOE SANGUE. DOE ÓRGÃOS. SALVE UMA VIDA.