



UNIFACS
UNIVERSIDADE SALVADOR
LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES*

INOVAÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO DE CASOS DE 5 UBS DE PELOTAS/RS

INNOVATIONS IN PRIMARY HEALTH CARE: A STUDY OF FIVE CASES OF UBS PELOTAS / RS (BRAZIL)

INNOVACIONES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO DE CASO DE 5 UBS PELOTAS/RS

Isabel Barros Rasia, MSc

Universidade de Caxias do Sul/Brazil

irasia@ig.com.br

Nilson Varela Rubenich, MSc

Universidade de Caxias do Sul/Brazil

nilsonvr@gamil.com

Pelayo Munhoz Olea, Dr.

Universidade de Caxias do Sul/Brazil

pelayo.olea@gamil.com

RESUMO

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. Neste sentido as inovações desempenham um diferencial em resposta as necessidades de saúde, sendo o incremento para mudanças no sistema de organização e no serviço prestado à comunidade. O objetivo deste trabalho buscou analisar qualitativamente as inovações em produto, processo, marketing e organizacional em cinco UBS de Pelotas/RS, no período de um ano, utilizando como fonte de dados entrevistas semi-estruturadas realizadas com os gestores de cada unidade, buscando informações sobre o contexto assistencial utilizando o instrumento *Primary Care Assessment Tool* – PCATool, e sobre as inovações com base no Manual de Oslo (2005). Utilizou-se a estratégia de pesquisa de estudo de casos para investigar o fenômeno em profundidade. Após a coleta, os dados foram analisados qualitativamente através da análise de conteúdo preconizado por Bardin (2009). Os resultados mostraram que existem inovações nas quatro dimensões estudadas, as inovações de processo foram a grande maioria; a UBS que trabalhava com PSF teve mais inovações no período estudado, essas achados podem estar associadas ao engajamento e a proximidade das equipes com a comunidade local, verificando seus anseios e necessidades assistenciais, que são transmitidas para a UBS. Apesar destas unidades analisadas estarem ligas às Universidades, ainda existem falhas no processo de assistência, como a garantia de assistência médica e também quanto ao acesso e a integralidade assistencial. Conclui-se que as inovações foram impulsionadoras de mudanças e melhorias em todos os aspectos da APS nas 5 UBS, corroborando efetivamente para o preconizado pelo Ministério da Saúde em oferecer serviços sanitários com Equidade, Integralidade e Universalidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Inovação; Sistema de Saúde.

ABSTRACT

Primary Care is characterized by a set of health actions, both individually and collectively, promoting and protecting health, disease prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and health maintenance. In this sense the innovations play a differential response to health needs, increasing changes in system organization and service to the community. This study aimed to analyze the innovations in product, process, marketing and organizational UBS in five of Pelotas / RS in the period between March/2011 to March/2012. As a data source was used semi-structured interviews with managers of each unit, seeking information about their health care using the instrument Primary Care Assessment tool - PCATool, and on innovations based on the Oslo Manual (2005). After collected, the data were analyzed qualitatively through content analysis. The results showed that there are still gaps in the care process, such as guaranteed health care and also about the accessibility and

comprehensiveness assistencial. In relation to the innovations made, were found forty-five innovations in the UBS in the period analyzed, and the process kind were the majority. Innovations are driving the changes and improvements in all aspects of APS in this 5 UBS, corroborating effectively to the recommendations by the Health Ministry to offer health services with Equity, Comprehensiveness and Universality.

Keywords: Primary Health Care; Innovation; Health System.

RESUMEN

La atención primaria se caracteriza por un conjunto de acciones de salud a nivel individual y colectivo, que abarcan la promoción y protección de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de la salud. En este sentido, las innovaciones desempeñan una respuesta diferencial a las necesidades de salud, y el aumento a los cambios en el sistema de organización y de servicio a la comunidad. Este estudio trata de analizar cualitativamente las innovaciones en producto, proceso, marketing y organización en cinco UBS de Pelotas / RS, en un año, tomando como fuente los datos de las entrevistas semi-estructuradas con los responsables de cada unidad, que buscan información sobre sus cuidados de salud utilizando la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria de instrumentos - PCATool, y en las innovaciones basadas en el Manual de Oslo (2005). Se utilizó la estrategia de búsqueda caso de estudio para investigar el fenómeno en profundidad. Después de la recolección, los datos se analizaron cualitativamente mediante análisis de contenido defendida por Bardin (2009). Los resultados mostraron que existen cuatro dimensiones estudiadas novedades, innovaciones de proceso eran la mayoría, UBS, que trabajó con PSF tenido más innovaciones en el período estudiado, estos resultados pueden estar relacionados con la participación y la proximidad de los equipos con la comunidad local, el control sus deseos y necesidades de asistencia, que se transmiten a UBS. Aunque estas unidades se analizan las aleaciones a las universidades, todavía hay lagunas en el proceso de atención, tales como la garantía de la atención médica, así como el acceso a la atención y la integridad. Llegamos a la conclusión de que las innovaciones se han impulsado cambios y mejoras en todos los aspectos de la APS en 5 UBS, corroborando efectivamente defendido por el Ministerio de Salud para prestar servicios de salud con equidad, integralidad y universalidad.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud; Innovación; Sistema de Salud.

1 INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) tem sido motivo de diversas pesquisas, mas percebe-se que, em grande maioria, prevalecem os estudos epidemiológicos. Poucos estudos dedicam-se à necessidade de integração entre os segmentos da assistência à saúde por meio de mudanças organizacionais voltadas a melhorias contínuas em toda a cadeia de atendimento, desde a primeira consulta de base até a assistência hospitalar. Nesse sentido, a integração dos serviços e de suas práticas de gestão, as inovações adotadas e as comparações com outros polos assistenciais constituem um campo de oportunidades para o pesquisador analisar, observar e documentar as melhorias obtidas e as práticas gerenciais adotadas, evidenciando valores e princípios norteadores preconizados nas Políticas Nacionais de Saúde, como Equidade, Integralidade e Universalidade, conforme a Constituição Federal do Brasil de 1988.

A Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada em 1978, pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, representou um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental (MATTOS, 2001). O referencial proposto em Alma-Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980 e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização desses serviços. Porém, com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), esse referencial foi sendo gradativamente substituído pela concepção da Atenção Primária à Saúde (APS). Em meados da década de 1990,

com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e dos incentivos financeiros específicos dirigidos aos municípios - em especial o Piso da Atenção Básica, em 1998, que resultou no fortalecimento da APS e do PSF no âmbito municipal - a Atenção Básica foi gradualmente se consolidando e deve se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde (COSTA, 2002).

A gestão dessas organizações de atendimento básico de saúde é complexa, pois cada unidade possui características e necessidades específicas e interage numa rede de cooperação com hospitais, clínicas e serviços de apoio. Para o alcance de um bom nível de gestão e de desempenho, as organizações devem contemplar em seu plano diretor ferramentas de planejamento e controle adequadas às características específicas de seus recursos operacionais, garantindo a continuidade e a melhoria contínua do processo administrativo (PINHEIRO, 2003).

O Governo Federal, pensando em garantir e fomentar a qualidade assistencial prestada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), chancelou a Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, que garante em seu Art. 1º “Fica instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde” (BRASIL, 2011). Essa portaria corrobora com a necessidade de aprimorar a gestão e o atendimento nas UBSs.

Com uma ótica de que inovações são fundamentais para os processos de mudança (TIDD, BESANT e PAVITT, 2005), o presente artigo busca contribuir neste sentido, questionando: como se dão as inovações nas Unidades Básicas de Saúde? Para responder a esta questão desenvolveu-se a pesquisa apresentada neste artigo, cujo objetivo geral foi analisar qualitativamente as inovações em produto, processo, marketing e organizacional em cinco UBS de Pelotas/RS”. Para este propósito foram realizadas entrevistas em abril/2012 com os gestores das 5 UBS, buscando inovações nas quatro dimensões propostas pelo Manual de Oslo (2005), buscando informações sobre o período compreendido entre março/2011 a março/2012. As entrevistas foram analisadas de forma qualitativa, cruzando dados do contexto assistencial prestadas pelas UBS.

Além da presente seção de introdução, este artigo apresentará mais seis (6) seções. Na seção dois (2) é apresentado o referencial teórico que embasou a pesquisa e as análises de dados, subdivididos em uma subseção sobre inovação (2.1) e outra sobre Atenção Básica à Saúde (2.2). Na seção três (3) será apresentada a metodologia de coleta e análise de dados. Já a seção quarto (4) fará a apresentação dos dados coletados sobre o contexto assistencial, descrevendo de forma resumida cada UBS. Na seção cinco (5) são apresentados os dados sobre as inovações encontradas em cada UBS e análise dos mesmos. As considerações finais são apresentadas na seção seis (6), seguida das referências.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Por tratar da temática de inovação em Unidades Básicas de Saúde, instrumentos responsáveis pela operacionalização da política de Atenção Básica à Saúde no Brasil, buscou-se referencial teórico que desse suporte a esses dois grandes temas. Assim, a primeira subseção deste referencial tratará do tema inovação, buscando conceitos que fundamentem o que é a inovação. Foram privilegiados os conceitos apresentados no

Manual de Oslo, que tem por objetivo unificar os conceitos em esfera internacional, possibilitando estudos comparativos. Estes conceitos foram fundamentais para a adequada aplicação dos questionários e análise de dados frente aos conceitos internacionalmente aceitos. A segunda subseção apresenta os conceitos da Atenção Básica à Saúde (APS), da estrutura de APS no Brasil e das Unidades Básicas de Saúde, um dos principais atores articuladores da APS no contexto brasileiro.

2.1 A Inovação

Para Schumpeter (1912), "inovação" significa fazer as coisas de forma diferente do que já acontecem. As inovações podem ocorrer da seguinte forma: a) introdução de um novo bem não familiar aos consumidores ou então de nova qualidade de um certo bem; b) introdução de um novo método de produção - método ainda não experimentado dentro de certo ramo produtivo, mas que não precisa obrigatoriamente derivar de qualquer descoberta científica; c) abertura de um novo mercado, ou seja, um mercado em que o produto de determinada indústria nunca tivera acesso antes, independente deste mercado ter ou não existido anteriormente; d) descoberta de uma nova fonte de matéria prima ou de produtos semi-acabados, também, independente desta fonte ter existido ou não anteriormente; e e) reorganização de uma indústria qualquer, como a criação ou a ruptura de uma posição de um monopólio.

Já o Manual de Oslo, que busca padronizar a pesquisa em inovação em diferentes países, define que a "empresa inovadora em produto/processo é a que implementou um produto ou processo novo ou significativamente melhorado durante o período de análise". Classifica as inovações em quatro tipos distintos: de produto, de processo, de marketing e organizacional (OCDE, 2005).

Como inovação de produto o Manual define que um produto pode ser inovador quando é novo ou aprimorado, sendo o primeiro um produto cujas características ou usos diferem de produtos anteriormente produzidos. Já o produto aprimorado é aquele cujo o desempenho tenha sido significativamente aprimorado ou elevado.

Quanto às inovações em processos, o Manual determina como a "a implementação de um método de produção ou distribuição novo ou significativamente melhorado" (OCDE,2005, p. 58). Essas inovações podem envolver mudanças de equipamentos ou na organização da produção, bem como uma combinação de ambos, podendo derivar de uso de novos conhecimentos. Complementa explicando que "podem visar reduzir custos de produção ou de distribuição, melhorar a qualidade, ou ainda produzir ou distribuir produtos novos ou significativamente melhorados" (p. 59). No caso particular dos serviços, define que inovações em processos "podem envolver mudanças substanciais nos equipamentos e nos softwares utilizados em empresas orientadas para serviços ou nos procedimentos e nas técnicas que são empregados para os serviços de distribuição" (p.59).

Introduzida na terceira edição do Manual, a inovação de Marketing é definida como "a implementação de um novo método de marketing com mudanças significativas na concepção do produto ou em sua embalagem, no posicionamento do produto, em sua promoção ou na fixação de preços". Explica que esse tipo de inovação visa melhor atender às necessidades dos consumidores, possibilitando abrir novos mercados ou reposicionando a empresa, com objetivo de aumentar as vendas. Não podem ser consideradas inovações, entretanto, mudanças sazonais: somente é inovação se o método de marketing estiver sendo usado pela primeira vez pela empresa.

Por fim, o Manual conceitua a inovação organizacional com “implementação de um novo método organizacional nas práticas de negócios da empresa, na organização do seu local de trabalho ou em suas relações externas” (p. 61). Visam a melhoria do desempenho de uma empresa por meio da redução de custos administrativos ou de custos de transação, estimulando a satisfação no local de trabalho (e assim a produtividade do trabalho), ganhando acesso a ativos não transacionáveis (como o conhecimento externo não codificado) ou reduzindo os custos de suprimentos (p.61-62).

As inovações organizacionais não são apenas um fator de apoio para as inovações de produto e processo; elas mesmas podem ter um impacto importante sobre o desempenho da organização. Inovações organizacionais podem também melhorar a qualidade e a eficiência do trabalho, acentuar a troca de informações e refinar a capacidade empresarial de aprender e utilizar conhecimentos e tecnologias.

Drucker (1981) afirma que a maioria dos estudos sobre inovação enfoca o aspecto tecnológico, enquanto o mesmo autor salienta que a inovação não é apenas um termo técnico, referindo-se, também, às dimensões econômicas e sociais. Para o autor, a inovação é um instrumento do espírito empreendedor que gera nova capacidade de criar riquezas, sendo assim, as empresas que desejam aumentar sua competitividade sentem a necessidade de investir em práticas voltadas ao desenvolvimento sistemático de novas tecnologias, buscando formas de desenvolver suas atividades, seja na criação de novos produtos, serviços ou processos, ou ainda, na melhoria daqueles já existentes. Essa mesma distorção parece percebida pela OCDE (2005), que na redação da terceira edição do Manual de Oslo retirou o conceito de inovação com base puramente tecnológica.

Em uma abordagem semelhante ao Manual de Oslo, Tidd, Besant e Pavitt (2005) definem a inovação em “4Ps”: produto, processo, posicionamento e paradigma. Como inovação de produto, entendem como mudança nos produtos/serviços que a organização oferta. A inovação em processo é definida como mudanças na forma como os produtos/serviços são criados ou entregues. Já como posicionamento, determinam como novas aplicações/ usos para produtos/serviços já existentes. Por fim, como inovação de paradigma, consideram mudança no modelo mental do que define o que a organização faz. Os autores esclarecem que nem sempre é fácil classificar uma inovação em uma ou outra categoria, especialmente no caso de serviços, em que mudanças em produtos e processos quase sempre andam juntas.

O Manual de Oslo (OCDE, 2005) corrobora com a dificuldade exposta pelos autores, mas estabelece algumas diretrizes para diferenciar a inovação de produto e processo (p. 64): “a) se a inovação envolve características novas ou substancialmente melhoradas do serviço oferecido aos consumidores, trate-se de uma inovação de produto; b) se a inovação envolve métodos, equipamentos e/ou habilidades para o desempenho de serviços novos ou substancialmente melhorados, então é uma inovação de processo; c) se a inovação envolve melhorias substanciais nas características do serviço oferecido e nos métodos, equipamentos e/ou habilidades usados para seu desempenho, ela é uma inovação tanto de produto como de processo.

Outro conceito importante é o de inovação radical e incremental. Como inovação radical entende-se alguma coisa completamente nova e como inovação incremental são mudanças que usualmente buscam otimizar ou resolver problemas nos produtos/serviços já existentes. Tidd, Besant e Pavitt (2005) ressaltam a importância das inovações incrementais, quando demonstram que esta é capaz de trazer mudanças contínuas, com ganhos cumulativos em eficiência, que tem importância relevante em relação às mudanças radicais, que acontecem com espaços de tempo muito maiores.

Esta idéia sugere que a inovação é um processo e deve ser gerido. Como processo de inovação, Van de Ven (1986) conceitua que pode-se definir como o desenvolvimento e implementação de novas idéias por pessoas que de forma recorrente se envolvem em transações com os outros dentro de um contexto institucional. Para que isso aconteça, postula a necessidade de entender os fatores que facilitam ou inibem o desenvolvimento de inovações. Ainda na visão do autor, esses fatores incluem idéias, pessoas, transações e contexto ao longo do tempo, sendo necessária uma gestão efetiva do processo de inovação de forma que esses fatores contribuam para que as inovações aconteçam. Tidd (1993) corrobora com a idéia de que diferentes contextos facilitam ou inibem as inovações, apresentando um estudo em busca de relação entre diferentes inovações tecnológicas, ligações organizacionais e estratégia tecnológica. O processo de inovação em serviços tende a ser contínuo, sendo constituído por uma série de mudanças incrementais, tanto em produto, quanto em processo. Esse fato pode eventualmente dificultar a identificação das inovações em serviços em relação a eventos isolados, como a implementação de uma mudança significativa em processos, produtos, e outros métodos (WINDRUM, 2008). Dessa forma, Koch e Hauknes (2005) esclarecem que qualquer caracterização do processo de inovação deve, inicialmente, partir da concepção da inovação como uma resposta da organização às pressões do ambiente onde elas atuam. Assim, baseado nessa perspectiva, a distinção de produto-processo não seria pontual para definir a inovação e se aproximaria a uma possibilidade de discussão baseado nas ideias seminais de Schumpeter (1934).

Segundo Cassiolato e Lastres (2005), a inovação constitui-se em um processo de busca e aprendizado socialmente determinado e fortemente influenciado por formatos institucionais e organizacionais específicos, tais como: diversidade regional, especificidades locais etc. Sendo assim, existem diferenças 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 dentro de uma mesma região.

A inovação sofre grande influência da ciência e tecnologia, mas não se restringem somente a equipamentos, medicamentos e procedimentos laboratoriais no setor da saúde (GADELHA et al., 2007), a inovação também atua no processo legislador e qualificador na validação e indução de novos procedimentos, difusão de normas e regras de funcionamento, decorrentes de atividade pública (VARGAS, 2006).

Neste aspecto, diante do tema desta pesquisa que trata do estudo de casos de inovação na saúde pública em UBSs ligadas à Universidades, entende-se como importante uma breve discussão do Sistema Nacional de Inovação, já que este coloca as universidades como protagonistas da inovação. Etzkowitz e Leydesdorff (2000) demonstram que existem diferentes configurações da chamada “tríplice hélice”. A tríplice hélice é um conceito que elenca indústria, estado e universidades como atores fundamentais da inovação. Em suas diferentes configurações, os três atores mudam suas posições e importância, mas nunca nenhum deles sai de cena. No caso brasileiro, o Estado participa de fomentando a pesquisa, financiando diretamente empresas e Universidades, sendo algumas delas integralmente sustentadas com recursos públicos.

2.2 A Atenção Básica

Mendes (2007) estabelece que as Unidades Básicas de Saúde (UBS), representam o local de consolidação da comunicação da APS, pois entende que corresponde a primeira prestação do serviço de saúde e conseqüentemente do primeiro contato com os problemas de saúde da população. A atenção básica à saúde é considerada a principal porta de entrada no sistema de saúde e a estratégia organizadora do cuidado integral,

alcançando a totalidade dos municípios do país e caracterizando o processo de descentralização do SUS desde o início (BODSTEIN, 2006).

Dessa forma 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, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Num sentido mais amplo, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo (CONTANDRIOPOULOS, 2001).

Neste sentido a Estratégia de Saúde da Família - ESF prevê a utilização da assistência domiciliar à saúde, em especial, a visita domiciliar, como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com a mesma; visando atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infraestrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias nas UBS. As práticas atuais de saúde, dentre elas a ESF, visam reorganizar a atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e melhorando a qualidade de vida dos brasileiros; rompendo com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estendendo suas ações para e junto à comunidade, o que é viabilizado pelo atendimento domiciliar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Segundo Salhani (1994), Fleury (2000) e Touati (2001), os discursos e as políticas sobre a integração fundamentam-se, assim, em três linguagens: a estrutural (modificação das fronteiras das organizações), a clínica (modificações nas práticas profissionais) e a da cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações). Em qualquer linguagem em que a integração se expresse, no entanto, a incerteza é permanente, uma vez que os diversos atores e as organizações envolvidos não têm os mesmos recursos, interesses ou competências para se engajar em um projeto clínico nessa nova (e mais exigente) modalidade de cooperação.

Em face do problema da fragmentação dos modelos assistenciais, a integração dos serviços de saúde aparece como aspecto inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária da Saúde (APS). Teoricamente, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde, mas, na prática, isso ainda não se realizou, e poucas são as iniciativas para o monitoramento e a avaliação sistemática de seus efeitos (HARTS; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Conforme Giovanella et al. (2002), no Brasil, através da iniciativa do Ministério da Saúde em ampliar a APS, na qualidade de inovações tecnológicas assistenciais de integração de serviços que revela a ousadia e a adesão promissora dos gestores municipais às diretrizes da integralidade e da política de regionalização. Avaliadores devem ser proativos nesse processo, resgatando claramente em seu trabalho a “visão ideal” e os princípios do Sistema Único de Saúde, a fim de conduzir o caminho das reformas nessa direção, ainda que através de modelos experimentais e parciais de integração e/ou da regionalização preconizada na Norma

Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). Nessa visão, a integração alinhar-se-ia ao conceito ampliado de integralidade como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas de oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema (Mattos, 2000).

Conforme Gonçalves (2006), muitas organizações de saúde brasileira na Atenção Básica e Hospitalar são administradas por leigos ou por profissionais das mais diversas formações, uma vez que o principal critério de escolha é a relação de confiança com os membros da diretoria. Esse fato dificulta a resolução dos conflitos entre os diversos segmentos profissionais que coexistem nas organizações. A estrutura complexa, a falta de profissionalismo e de métodos de trabalho e a ausência de agentes externos geram uma rede de favorecimento que privilegia interesses incompatíveis com o adequado funcionamento do sistema. Esse cenário, ainda segundo o autor, leva à desorganização administrativa, promovida pelo amadorismo e conflito de interesses, além de dificultar a entrada do setor na economia de mercado, atrasar a profissionalização da administração e reforçar e manter estruturas de governança inadequadas.

3 METODOLOGIA

O presente artigo baseia-se em uma pesquisa de estudo de casos escolhidos por interesse, cujo objetivo geral foi verificar as inovações em cinco UBS de Pelotas/RS geridas e ligadas a Universidades, uma vez que acredita-se serem unidades com maior possibilidade de inovações, dado o aporte técnico-científico e a própria proximidade com a academia, um dos pilares do Sistema de Nacional de Inovação. Foram realizadas entrevistas com gestores das 5 UBS, buscando inovações nas quatro dimensões propostas pelo Manual de Oslo (produto, processo, marketing e organizacional), ocorridas no período compreendido entre março/2011 a março/2012. As entrevistas foram realizadas em abril/2012 e foram analisadas de forma qualitativa, através da análise de conteúdo proposto por Bardin (2009), descrevendo o fato em seu contexto pleno, até esgotarem-se as respostas sobre o fato. As respostas foram cruzadas com os dados documentais do contexto assistencial prestadas pelas UBS.

A estratégia de pesquisa adotada para este estudo, estudo de casos, é o método mais apropriado para uma investigação empírica, em profundidade, porque se caracteriza pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, segundo Gil (1999). Busca responder questões do tipo “*como e por que*”, quando se tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real, de acordo com Yin (2005). A tarefa de compreender os fenômenos que estão inseridos no contexto da organização em estudo, especificamente no que diz respeito às relações inteorganizacionais e de governança, enfrentaria dificuldades se fossem utilizadas outras estratégias. Existe, ainda a possibilidade de uma pesquisa abrangente levar ao surgimento de muitos eventos a serem estudados, o que conduz à necessidade de um planejamento que preveja uma certa dinâmica na coleta e análise dos dados (YIN, 2005). Para tanto e para responder ao problema formulado, é necessária uma estratégia clara e adequada. Desta forma, a estratégia de pesquisa deste estudo se propôs a descrever e analisar o fenômeno dentro do seu contexto (YIN, 2010), sendo utilizado de modo descritivo, buscando fazer associações entre as variáveis (ROESCH, 1999). O estudo de caso é adequado quando os limites entre fenômeno e contexto não são claramente divididos e quando a ênfase da pesquisa é analisar os

fenômenos e processos dentro de seus contextos, diferenciando-se claramente de uma *survey*. Desta forma, como este estudo buscará compreender as inovações no contexto de cada UBS, relacionando e buscando associar ou distinguir contextos de fenômenos, entendeu-se o estudo de casos como a mais adequada estratégia de pesquisa.

Para a coleta de dados utilizou-se entrevistas em profundidade semi-estruturadas e questionário com perguntas abertas e fechadas, além de análise de documentos locais das UBS. O questionário utilizado foi elaborado, validado e utilizado por Nodari (2010) em pesquisa semelhante, realizada na cidade de Caxias do Sul. Foi aplicado aos gestores das UBS em Pelotas/RS com dois enfoques básicos: 1) a primeira parte do instrumento coletou informações sobre o contexto assistencial, utilizando o instrumento *Primary Care Assessment Tool – PCATool*, desenvolvido e validado por Starfield et al. (2001), o qual foi desenvolvido para avaliar o quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos que definem APS em estrutura e processos, priorizando: acesso, atendimento continuado (longitudinalidade), coordenação, integralidade, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural; 2) a segunda parte do questionário baseou-se no Manual de Oslo (2005), o qual abordou as questões referentes à inovação de produto, processo, marketing e organizacional.

Após a coleta, os dados foram analisados qualitativamente através da análise de conteúdo. A análise de conteúdo se define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2006).

Essas análises, aninhadas a uma revisão da literatura em todas as fases de construção do artigo, possibilitaram uma visão das inovações adotadas nas UBS. O quadro a seguir resume as definições dos tipos de inovação segundo o Manual de Oslo (OCDE, 2005) e os critérios utilizados neste trabalho para classificação das inovações encontradas na pesquisa de campo.

Quadro 1 - Definições dos tipos de inovação segundo o Manual de Oslo

Tipo de Inovação	Produto	Processo	Marketing	Organizacional
Descrição	Introdução de produto ou serviço novo ou aprimorado	implementação de um método de produção ou distribuição novo ou significativamente melhorado	implementação de um novo método de marketing com mudanças significativas na concepção do produto ou em sua embalagem, no posicionamento do produto, em sua promoção ou na fixação de preços	implementação de um novo método organizacional nas práticas de negócios da empresa, na organização do seu local de trabalho ou em suas relações externas

<p>Critérios de enquadramento</p>	<p>- introduziu novo serviço de saúde ou ensino; - melhoria qualitativa significativa no serviço ofertado - aumento quantitativo no serviço prestado (extensão do horário, número de atendimentos etc)</p>	<p>- alteração significativa no processo de prestação do serviço - aquisição e implantação de maquinário/equipamento mais moderno - implantação de novos sistemas/softwarewares</p>	<p>- melhorias na apresentação do serviço - melhorias nas acomodações, especialmente em termos de conforto - novas estratégias de divulgação de serviços - mudanças na concepção dos produtos/serviços</p>	<p>- implantação de novas rotinas administrativas que permitiram mudanças nas condições e na organização do trabalho - inovações gerenciais que permitiram a redução de custos administrativos - inovações no relacionamento com a comunidade, universidade ou público interno</p>
-----------------------------------	--	---	--	--

4 CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA DE PELOTAS/RS E DAS UBS

Para situar este trabalho cabe em um primeiro momento à descrição sucinta da realidade da Saúde neste município. No sistema de saúde de Pelotas, existem atualmente 51 Unidades Básicas de Saúde, sendo 45 sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), 03 sob gestão da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e 03 pertencentes à Universidade Católica de Pelotas (UCPEL), destas, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) encontra-se instalada em 17 UBS, totalizando 29 equipes de saúde da família, atendendo 29,22% da população do município. O município possui em sua rede de referência cinco hospitais, sendo um público, três filantrópicos e um particular, atendendo à cidade e a cerca de vinte municípios vizinhos, fazendo parte da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado.

As atividades desenvolvidas de Atenção Primária à Saúde nas cinco Unidades Básicas de Saúde analisadas, contemplam serviços em saúde (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Cirurgia) e serviços de ensino/educacionais (Residência em Medicina Social e Psiquiatria), já que se trata de unidades que pertencem a estruturas de Hospitais-Escola das faculdades de Medicina das Universidades locais. A seguir será apresentada breve descrição de cada uma dessas unidades.

- a) A UBS 1 foi fundada em 1980 com atendimento a aproximadamente 10 mil habitantes, prestando os seguintes serviços de saúde e/ou educacionais: Clínica Médica, com Residência em Medicina Social e Estágio em Psiquiatria.
- b) A UBS 2 foi fundada em 1987 com atendimento a aproximadamente 8 mil habitantes, prestando os seguintes serviços de saúde e/ou educacionais: Clínica Médica, Clínica Pediátrica, com Residência em Medicina Social e Psiquiatria.
- c) A UBS 3 foi fundada em 1970 com atendimento a aproximadamente 3 mil habitantes, prestando os seguintes serviços de saúde e/ou educacionais: Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Cirúrgica,

Clínica Ginecológica, Dermatologia, Fisioterapia, Odontologia, Programas de Residência em Medicina Social, Saúde da Criança, Psiquiatria, Oncologia.

d) UBS 4 fundada em 1988 com atendimento a aproximadamente 13 mil habitantes, prestando os seguintes serviços de saúde e/ou educacionais: Clínica Médica, com programa de Residência em Medicina Social e uma equipe de Estratégia Saúde da Família com atividades iniciadas em 15 de dezembro de 2011.

e) A UBS 5 foi fundada em 1992 com atendimento a aproximadamente 5 mil habitantes, prestando os seguintes serviços de saúde e/ou educacionais: Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Cirúrgica, Clínica Ginecológica, Dermatologia, Fisioterapia, Dermatologia, Psicologia com Programas de Residência em Medicina Social.

Quadro 2 – Resumo

UBS	* Número de Especialidades	Número de Micro áreas Atendidas	** Número de ESF	Metragem das UBS	Número de Profissionais
UBS 1	03	05	00	380	18
UBS 2	04	10	00	180	13
UBS 3	11	04	01	480	25
UBS 4	05	18	03	350	28
UBS 5	09	25	00	560	35

* Especialidades: Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Cirúrgica, Clínica Ginecológica, Dermatologia, Fisioterapia, Odontologia, com Programas de Residência em Medicina Social, Saúde da Criança, Psiquiatria, Oncologia;

** ESF – Estratégia de Saúde da Família.

Em relação ao instrumento de pesquisa utilizado neste artigo, composto de duas partes, a primeira enfocando os itens acesso, atendimento continuado (longitudinalidade), coordenação, integralidade, orientação comunitária e competência cultural, podemos destacar que nas cinco UBS analisadas, o **acesso** de pacientes está limitado ao horário compreendido entre as sete horas da manhã e às dezoito horas da tarde, sem atendimento aos sábados e domingos. A grande maioria dos pacientes conseguem atendimento ou aconselhamento rápido quando necessário, sem prévia marcação de consultas, através de triagem diária realizada pela Enfermagem da Unidade.

Nesse sentido percebe-se que existe uma preocupação com a organização destes serviços em prestar assistência integral aos pacientes, dentro de seu nível primário assistencial, criando processos gerenciais que favoreçam o acesso dos pacientes com o horário até as dezoito horas e com a garantia de atendimento e triagem dos casos que precisam ser analisados naquele momento, essa preocupação com a gestão da unidade é ressaltado nos achados de Contandriopoulos (2001), o qual reforça a coordenação autônoma da unidade de saúde para realizar um projeto clínico coletivo. No entanto não existe um suporte para este paciente após o horário supracitado; ele fica com a responsabilidade de buscar outro atendimento médico, normalmente deslocando-se até o Pronto Socorro mais próximo e superlotando o sistema de emergência com agravos que poderiam ter sido resolvidos no nível de atenção primária. Esta realidade sobre a falta de coordenação e cooperação entre os provedores de serviço, estão de acordo com os achados de Harts e Contradiopoulos (2004).

Com relação ao item pesquisado **atendimento continuado**, observa-se que não existe a garantia de retorno ao mesmo médico do primeiro atendimento, o que pode levar a uma dificuldade no diagnóstico e a demora na contextualização da relação médico/paciente. O paciente normalmente atribui ao médico do primeiro atendimento uma expectativa de resolução de seu problema de saúde. Analisando este item percebemos que mesmo garantindo a assistência ao cidadão que procura a UBS, não é assegurado à assistência pelo mesmo profissional, em função da escala de atendimento organizada no posto, que não privilegia o atendimento continuado e sim o atendimento do indivíduo naquele momento. Conforme Bodstein (2006), a atenção básica é a porta de entrada do sistema de saúde e organizadora do cuidado integral, neste sentido existe uma discrepância entre as ações desse cuidado, onde a unidade garante o acesso, mas não propicia a continuidade da assistência. O indivíduo fica à mercê da sorte de encontrar o mesmo médico da primeira consulta. Esta visão também é amparada por (NOAS-SUS 01/2001), que enfatiza a importância da avaliação dos sistemas de saúde ofertados aos cidadãos, a fim de conduzir reformas na oferta de serviços de acordo com um dos princípios norteadores do SUS, a integralidade.

A **coordenação** das cinco UBS é realizada por médicos, quatro deles possuem Doutorado e coordenam tanto a parte assistencial, quanto a administração gerencial da unidade. A titulação elevada dos coordenadores pode estar associada ao vínculo dessas unidades às Universidades, o que facilita e proporciona um maior aporte de conhecimentos. Neste sentido o presente achado contradiz o relatado por Gonçalves (2006), em que muitas organizações de saúde brasileira na Atenção Básica são administradas por leigos ou por profissionais das mais diversas formações. No caso desse estudo, por tratarmos de Instituições vinculadas à Universidades, com uma fonte de conhecimentos e pesquisas reconhecidas, tal fato não se caracterizou, sendo uma oportunidade de melhorias em processos gerenciais e assistenciais, uma vez que o ingresso destes profissionais se dá mediante concurso e o seu cargo de chefia na unidade é definido pela competência demonstrada ao longo de seu trabalho.

Com relação ao item referência ao paciente, na parte de encaminhamentos às consultas especializadas, notou-se que houve divergências quanto ao empenho das UBS na solução desta rotina. Três unidades tinham um processo articulado de encaminhamentos para a Secretaria de Saúde Municipal – SMS, e explicavam o processo aos seus pacientes. Duas UBS não participavam deste contexto, deixando que o próprio paciente gerisse sua documentação e fosse até a SMS para ser agendado ao especialista, conforme a disponibilidade do sistema. Ainda dentro desta unidade de análise, coordenação, observou-se que nas UBS não eram realizadas auditorias dos prontuários médicos e também não utilizavam protocolos impressos de atendimento junto ao prontuário dos pacientes. Esses achados demonstram que apesar dos esforços e das Políticas Públicas voltadas para a integralidade e resolutibilidade dos problemas de saúde da população, muitas falhas na integração e gestão dos serviços ainda existem, pois segundo Salhani (1994), Fleury (2000) e Touati (2001), os discursos e as políticas sobre a integração fundamentam-se, em três linguagens: a estrutural (modificação das fronteiras das organizações), a clínica (modificações nas práticas profissionais) e a da cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações). Neste sentido as UBS deveriam ao receber o paciente já ter articulado para quais outros níveis assistenciais poderiam referenciá-lo, ao mesmo tempo, os protocolos clínicos de saúde deveriam ser utilizados como norteadores da assistência, estabelecendo uma rotina a ser seguida em qualquer nível de atenção. As UBS analisadas dispõem dos mesmos recursos, interesses e competências que poderiam ser melhor gerenciados para a integralidade na atenção. Esses dados reforçam a preocupação do

Governo Federal em garantir a qualidade da assistência através da Portaria nº 1.654, com o objetivo de comparar o nível de qualidade oferecido local, regional e nacional.

A **integralidade** da assistência foi unânime nas cinco UBS analisadas, demonstrando a efetividade das ações em relação a aconselhamentos gerais, avaliações, orientações quanto à saúde pessoal, familiar, da gestante, da criança e do idoso. Com ações específicas voltadas aos grupos de risco como doenças infecto/contagiosas. Mendes (2007) refoça esses achados em relação à intragralidade na medida em que as UBS representam, dessa forma, o local de consolidação da APS, sendo o primeiro contato com os problemas de saúde da população.

Já a **orientação familiar** é realizada junto às famílias em suas residências, pelos Agentes Comunitários de Saúde, levando em consideração o contexto de vida de cada família, seus recursos financeiros e suporte familiar. Tem por função principal facilitar e orientar os cuidadores quanto aos cuidados de saúde do familiar doente, visando apoiar toda a família para entender aspectos relativos à doença e a prevenção de doenças. Tem também um caráter educativo, no sentido que a proximidade entre o agente e a família trás uma relação de confiança, facilitando o repasse de informações sobre saúde e a oportunidade de orientações específicas aos indivíduos que dela fazem parte. Ex. orientação sobre métodos contraceptivos, drogas, alimentação e outro. Nas UBS que trabalham com ESF esse cuidado é intensivo, e facilita a compreensão da realidade do indivíduo em toda a sua extensão, pois os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fazem o mapeamento do território onde irão atuar e fazem visitas diárias para verificar se aqueles indivíduos que estão fazendo o tratamento, o fazem da maneira correta, dando orientações e redirecionamento quando necessário. Todas as famílias da região são visitadas pelo menos uma vez por mês e aquelas que têm paciente com agravos, todos os dias.

Em relação ao item **orientação comunitária** nas 02 UBS que trabalhavam com Estratégia de Saúde da Família, mostrou-se ser maior o envolvimento dessas unidades com o contexto social do paciente, suas crenças, valores, organização familiar e social foram classificadas como muito importantes, devido ao intenso envolvimento da equipe no dia a dia dessas comunidades, e nas informações advindas desses contatos que favorecem o estabelecimento de vínculo e de uma relação de confiança entre os pares. Nas demais unidades essas informações têm um fator interno importante, mas sem um aporte de detalhes, que as visitas domiciliares proporcionam. Esses achados estão em sincronia com o preconizado pelo Ministério da Saúde (2003), onde a assistência ao indivíduo deve levar em conta a sua realidade social e econômica, os vínculos afetivos e emocionais do seu contexto familiar, para um perfeito entendimento da realidade e para ações efetivas em seu tratamento de saúde.

Com relação ao último item analisado nesta primeira parte do questionário, **competência cultural**, percebe-se que todas as UBS tinham programas de treinamento continuado com agenda pré-estabelecida, e planejamento de ações internas que levavam em conta a diversidade cultural da comunidade, suas crenças, costumes e religião.

Como as cinco UBS analisadas estão ligadas às Universidades, esta aproximação do conhecimento e da diversidade local pode servir de campo de pesquisas relevantes sobre comportamentos, hábitos e atitudes, patologias e outros assuntos relacionados.

5 A INOVAÇÃO NAS UBS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na segunda parte do questionário foram abordadas questões relativas às inovações nos quatro pilares produto, processo, marketing e organizacional, segundo as Variáveis do estudo construídas de acordo com o Manual de Oslo (2005). Neste sentido vamos descrever as inovações por UBS, indicando nos parênteses a classificação atribuída. Foram utilizados para esta classificação os critérios apresentados na seção de metodologia deste artigo.

Quadro 3 - Inovações por UBS

UBS 1	Foram adquiridas cinco novas mesas ginecológicas (processo), 03 focos clínicos (processo), e o serviço de enfermagem ampliou seu horário de atendimento aumentando o número de pacientes atendidos na UBS (processo/produto). Foi adquirido um novo software com a possibilidade de prescrição on-line (processo), o que facilitou o armazenamento de informações clínicas e dados de exames dos pacientes, diminuindo o número de papéis e espaço para a guarda de arquivos. Uma reorganização interna de atendimento entre os médicos e o controle do atendimento dos alunos e residentes, com planilhas de produção diária (organizacional), aumentou em 30% o atendimento médico/mês da unidade. Essas mudanças também resultaram em melhorias no atendimento à população (produto).
UBS 2	Foram adquiridos mobiliários novos, como cinco mesas ginecológicas (processo), 03 computadores (processo), balança digital (processo), e a aquisição e de um novo software com prontuário eletrônico (processo) que poderá ser acessado também de outros locais, facilitando a verificação de sintomas, medicamentos e exames realizados pelos pacientes em outras esferas de atendimento, ex. Hospitalização. O prontuário eletrônico mudou o contexto de arquivamento e acesso dos dados dos pacientes. Como inovação também implantada nesta UBS, podemos verificar que refere-se ao registro da demanda de atendimentos, com feedback para a toda a equipe clínica, com a possibilidade de estudo de casos e favorecendo a discussão multidisciplinar (organizacional). A rotina e o acolhimento dos pacientes no posto foi alterada (processo), no sentido de proporcionar que pelo menos a enfermagem atenda a todos os pacientes que procuram a unidade (produto), mesmo os que não têm consulta marcada, avaliando os riscos de um atendimento pelo médico com próximo agendamento e encaixando os casos que precisam ser atendidos no momento na agenda diária da unidade.
UBS 3	Foi realizada uma reforma interna e externa da unidade que aconteceu em 2011, com ampliação da sala de espera dos pacientes (marketing) e reforma na sala de cirurgia (processo), com ampliação de mais duas salas de atendimento (produto), que resultou no aumento do número de pessoas atendidas. Novos equipamentos também foram adquiridos como cadeiras novas e mobiliário administrativo, melhorando as condições de trabalho dos funcionários (organizacional). Esta mudança proporcionou uma readequação também em seu processo de trabalho com a utilização de novo software disponibilizado pela Universidade, com prescrição on-line e a possibilidade de pesquisas por patologias pelos alunos que lá estudam e trabalham diariamente (processo). Com a reforma, ampliação do espaço físico e readequação de rotinas e horários de atendimento, novos serviços ampliaram seu atendimento como fisioterapia (produto/processo) e odontologia (produto/processo), resultando em um aumento na produtividade da unidade em 20%.
UBS 4	Com relação à estruturação do atendimento, foi relatado pelo médico entrevistado que a unidade passou por uma reestruturação significativa, com a abertura de novos serviços disponibilizados à população, aquisição de livros de medicina, computadores e mobiliário, em função de uma parceria com a Universidade (processo). Também foram introduzidos os serviços de puericultura (produto/processo), pré-natal (produto/processo), coleta citopatológica (produto/processo/organizacional), e cuidado intensivo dos idosos que utilizam a unidade (produto/processo). Também foi reorganizado a ESF com ampliação de casas a serem visitadas (produto) e o acompanhamento médico em todas as etapas deste trabalho (processo/organizacional). Esta Unidade realizou o chamamento da população através dos Agentes Comunitários de Saúde, com folders e conversas com a população para procurarem atendimento na UBS (marketing/organizacional), que agora contava com equipe médica ampliada e novos serviços para atendimento das necessidades da população. Foram reorganizados os protocolos de atendimento, as fichas dos pacientes foram renovadas e colocadas em dia e foi realizada uma revisão completa no processo de acolhimento e cuidados de enfermagem (processo).
UBS 5	A maior das UBS pesquisadas em número de funcionários e porte físico, observou-se que poucas foram às inovações introduzidas no período, apesar da maior gama de serviços disponibilizados à população. Foi adquirido um equipamento, foco cirúrgico, para a realização de micro-cirurgias na unidade (processo/produto), foi introduzido um novo software com controle de consultas médicas, número de encaminhamentos realizados e dados dos pacientes (processo), o que possibilitou a implementação de melhorias gerenciais na UBS (organizacional). Houve uma mudança no agendamento das consultas médicas que antes eram realizadas pessoalmente pela população e agora são feitas por telefone com horários fixos de atendimento (processo/produto).

Quadro 4 - resumo das inovações por UBS

UBS	Nº de Inovação de Produto	Nº de Inovação de Processo	Nº de Inovações Marketing	Nº de Inovações Organizacional	Total
UBS 1	2	4	0	1	7
UBS 2	1	5	0	1	7
UBS 3	3	4	1	1	9
UBS 4	5	7	1	3	16
UBS 5	2	3	0	1	6
Total	13	23	2	7	45

Conforme demonstra a tabela acima com 45 (quarenta e cinco) inovações no período analisado, destas, 23 (vinte e três) destacaram-se por serem inovações de processo, com a preocupação constante de equipar adequadamente as unidades com a introdução de equipamentos novos que darão suporte as atividades desenvolvidas nas UBS. Segundo Schumpeter (1912) e Manual de Oslo (2005), as inovações podem ocorrer através da introdução de um novo bem que proporcione a diferenciação no modo de realizar as atividades. Neste sentido observa-se uma preocupação das Unidades em melhorar e se readequar continuamente para oferecer um ambiente adequado para as práticas médicas. (Ministério da Saúde, 2011).

Analisando as 13 (treze) inovações de produto das UBS, verificamos que uma unidade se destacou, tendo cinco mudanças nesta área, esta mesma unidade também se diferenciou das demais por possuir três equipes de Estratégia de Saúde da Família e na implantação de novos serviços ofertados à população. Cassiolato e lastres (2005), enfatizam que a inovação deve constituir-se em um processo de busca e aprendizado socialmente determinado e fortemente influenciado por formatos específicos, tais como a diversidade regional, especificidades locais. Corroboram com esses achados o trabalho prestado nesta UBS, com o intenso envolvimento com a comunidade local, na avaliação direta de seus problemas de saúde e na oragnização de estratégias de cuidado específicas para esta comunidade.

Neste trabalho tivemos 9 (nove) inovações que foram classificadas como sendo tanto de produto quanto de processo ao mesmo tempo, são inovações que envolvem melhorias substanciais nas características do serviço oferecidos e também nos métodos, equipamentos e/ou habilidades usadas para seu desempenho, ela é uma inovação tanto de produto como de processo. Tidd, Besant e Pavitt (2005) e Windrum (2008) esclarecem que nem sempre é fácil classificar uma inovação em uma ou outra categoria, especialmente no caso de serviços, em que mudanças em produtos e processos quase sempre andam junto, o que foi percebido nas inovações realizadas nas UBS.

Nesta pesquisa chamou atenção o pouco engajamento das UBS quanto à inovação em Marketing, seja pelo pouco conhecimento das equipes técnicas que prestam atendimento nas UBS, sobre o assunto, ou até mesmo por desconhecer de que forma poderiam implantar estratégias que motivassem à população a procurar ou utilizar os serviços disponíveis, e as informações de saúde. Como processo de inovação, Van de Ven (1986) conceitua que pode-se definir como o desenvolvimento e implementação de novas idéias por pessoas que de forma recorrente se envolvem em transações com os outros dentro de um contexto institucional. Talvez a falta de

organização de um processo de inovação seja reflexo da falta de formação em gestão dos gestores (todos médicos).

De qualquer forma, a UBS 4 utilizou uma estratégia de marketing com distribuição de folders com o chamamento da população para utilizarem os novos serviços ofertados, esta iniciativa foi do próprio local, não estando amparada por campanhas nacionais de cuidado à saúde. Este fato demonstra o comprometimento da equipe de trabalho e do reconhecimento da comunidade local no sentido de buscar a população para a melhoria de sua condição de saúde. Estes achados estão de acordo com a visão de Schumpeter (1912) e Drucker (1981), no qual as organizações sentem a necessidade de investir em práticas voltadas ao desenvolvimento sistemático de novas formas de desenvolver suas atividades, seja na criação de novos produtos, serviços ou processos, ou ainda, na melhoria daqueles já existentes.

Em relação às sete inovações organizacionais observa-se que as cinco UBS, buscaram modernizar as suas rotinas internas de trabalho, com modernização das agendas, do acolhimento dos pacientes e do gerenciamento das equipes de trabalho. Essas inovações podem ser consideradas como incrementais, pois buscam otimizar ou resolver os problemas dos produtos e serviços já existentes, trazendo inovação que apesar de pequenas são de grande impacto, conforme destacam Tidd, Bessant e Pavitt (2005). Essas mudanças organizacionais segundo os entrevistados são frequentes e visam sempre à melhoria do atendimento e da atenção ofertados aos pacientes, além de proporcionarem clareza nas ações e entendimento das rotinas organizacionais. Essa forma de organização das rotinas buscando sempre a inovação organizacional como base de desenvolvimento para outras ações inovativas está de acordo com o manual de Oslo (2005) e com os achados em Drucker (1981), Cassiolato e lastres (2005).

A maioria das inovações que ocorreram nas UBS, podem ser classificadas como inovação incremental, que são mudanças que usualmente buscam otimizar ou resolver problemas nos produtos/serviços já existentes. Tidd, Bessant e Pavitt (2005) ressaltam a importância das inovações incrementais, quando demonstram que esta é capaz de trazer mudanças contínuas, com ganhos cumulativos em eficiência, que tem importância relevante em relação às mudanças radicais, que acontecem com espaços de tempo muito maiores. Como as UBS analisadas são ligadas às Universidades, esperava-se que o aporte de conhecimentos e recursos financeiros trouxessem mais inovações radicais do que incrementais as mesmas. Tal achado corrobora com o referencial teórico discutido, em que o processo de inovação em serviços tende a ser contínuo, sendo constituído por uma série de mudanças incrementais, tanto em produto, quanto em processo, (WINDRUM, 2008). Dessa forma, Koch e Hauknes (2005) esclarecem que qualquer caracterização do processo de inovação deve, inicialmente, partir da concepção da inovação como uma resposta da organização às pressões do ambiente onde elas atuam, e como estas UBS estão ligadas à academia, ideias e novos processos de organização e trabalho são amplamente discutidas e implementadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As inovações na Atenção Primária à Saúde podem ser o incremento indispensável para a melhoria da assistência em saúde prestada aos cidadãos. Neste sentido, de acordo com o objetivo deste artigo em analisar qualitativamente as inovações em produto, processo, marketing e organizacional em 5 UBS de Pelotas/RS, pode-se inferir que houve uma preocupação das UBS em melhorar a prestação de serviços, seja com a aquisição de

equipamentos, com melhorias na organização interna da unidade e nas suas rotinas, ou na mudança de seus processos assistenciais e gerenciais. Essa característica de busca por melhorias contínuas podem estar associadas ao alto grau de escolaridade de seus gestores e por estarem vinculadas às Universidades, onde as premissas melhoria contínua, aprendizado e desenvolvimento de competências são uma constante. Neste sentido as integrações de conhecimentos especializados através de indivíduos estão associadas com o desenvolvimento de competências organizacionais e rotinas. Essas competências de conhecimento e desempenho reforçam as atividades do negócio em que a empresa é particularmente hábil (Teece e Pisano, 1994).

Percebe-se também que grande parte das inovações adotadas foram financiadas pelas Universidades as quais estavam ligadas, o que proporcionou a aquisição de bens, softwares e outras ações que trariam benefícios a todos os envolvidos, como a comunidade que utiliza as UBS, aos alunos que acessam equipamentos de maior qualidade para o atendimento médico e o desenvolvimento de seus estudos, e aos gestores que não ficam na dependência dos escassos recursos municipais para o incremento de suas unidades. Isso demonstra a importância da tríplice hélice no processo de inovação, uma vez que as UBS estudadas concentram, de alguma forma, os três atores da mesma, ou seja, são unidades públicas de saúde (Estado), administradas por universidades (Academia) e são por si só uma organização autônoma, atuante no mercado de saúde (indústria).

Neste trabalho também se verificou que a UBS que trabalhava com Estratégia de Saúde da Família (UBS 4), teve em média o maior número de inovações no período analisado. Estas inovações podem estar associadas ao engajamento e a proximidade das equipes com a comunidade local, verificando seus anseios e necessidades assistenciais, que são transmitidas para a UBS, que por sua vez realiza estratégias específicas para atender essas carências de atenção. A proximidade das equipes com a realidade da comunidade e a melhoria do atendimento subsequente é respaldada pelas estratégias implementadas em todo o país pelo MS para a melhoria da qualidade em saúde.

Em relação ao contexto de assistência prestado pelas UBS, percebe-se que ainda existem falhas no processo, como a garantia de assistência médica, pelo mesmo profissional que fez o primeiro diagnóstico, garantindo que este verifique e analise a conduta adotada e participe efetivamente da evolução do paciente até o seu desfecho após o tratamento. Essa mudança de conduta requer a análise mais aprofundada da organização gerencial dessas unidades e da avaliação efetiva dos protocolos clínicos que deveriam ser utilizados pelos profissionais em todos os atendimentos, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde.

Outro fator que se evidenciou na avaliação do contexto de assistência foi à conduta diferente das UBS em relação aos encaminhamentos realizados. Duas UBS não tinham uma rotina definida, deixando o próprio paciente como responsável pela busca de assistência em outros serviços de saúde. Esta conduta contradiz o preconizado pelo Ministério da Saúde, onde a integralidade assistencial deveria ser disponibilizada a todo o cidadão brasileiro. Também se pôde observar que não existe uma padronização na gestão das unidades, e de seus objetivos assistenciais, cada uma organizava suas rotinas de acolhimento, assistência, e administrativas conforme o definido por seus médicos gestores. Esta forma de organização deveria ser praticamente igual em todas as UBS, visto que todas elas estão ligadas à Secretaria de Saúde Municipal, que organiza a saúde do município, suas campanhas e diretrizes de atendimento, com divisão do município em áreas e distritos, repassados as UBS para atendimento.

Através desse estudo percebe-se que as inovações de produto, processo, marketing e organizacional foram impulsionadoras de mudanças e melhorias em todos os aspectos da APS das 5 UBS pesquisadas, corroborando efetivamente para a melhoria do acesso dos pacientes, estimulando o atendimento continuado, cooperando para a melhoria da coordenação dos serviços e da integralidade, favorecendo o conhecimento da realidade para uma melhor orientação comunitária e desenvolvimento da competência cultural. Dessa forma, outros estudos deverão ser realizados a fim de comparar os achados deste trabalho, para demonstrar a importância da inovação dos serviços de saúde, para a melhoria da oferta assistencial da Atenção Primária, cumprindo com os princípios preconizados pelo MS que tem por meta oferecer serviços sanitários com Equidade, Integralidade e Universalidade.

Artigo submetido para avaliação em 04/10/2012 e aceito para publicação em 24/03/2013

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa Edições 70. Lisboa, 2006.
- BODSTEIN R. **Atenção básica na agenda da saúde. Ciênc Saúde Coletiva** 2002; 7:401-12. 4. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde. Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS: ProgeSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- BRASIL. Constituição . **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1998. Brasília, DF: Senado Federal.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ - AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável**. Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 138, p. 79-80, 20 jul 2011. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS**. SUS 01/2001. Portaria GM/MS n. 95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília, 2001.
- CASSIOLATO, J.; LASTRES, E.M. **Sistema de inovação e desenvolvimento as implicações de política**. São Paulo Perspectiva, v. 19, n.1, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 02 set 2009.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978. Alma-Ata, Cazaquistão. **Cuidados Primários de Saúde**. Relatório. Brasil: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1979.
- CONTANDRIOPOULOS, A. et al. Intégration des soins: dimensions et mise-en-oeuvre. **Ruptures: revue transdisciplinaire en santé**, Quebec, v. 8, n. 2, p. 38-52. 2001.
- COSTA, N. R.; PINTO, L. F. **Piso da Atenção Básica: mudanças na estrutura**. In: Negri, B.; Viana, A. L.D. (Org.). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 271-98.
- DRUCKER, P. F. **Fator humano e desempenho**: o melhor de Peter Drucker sobre Administração. São Paulo: Pioneira, 1981. 451 p.
- ETZKOWITZ, H.; LEYDESDORF, L., **Universities in the Global Economy: A Triple Helix of University-Industry-Government Relations**. (Cassell Academic, London, 2000).
- FLEURY, M. J.; DENIS, J. L. Proposition d'un modèle d'évaluation de la mise-en-oeuvre et des effets de la planification des programmes régionaux d'organisation des services de santé mentale au Québec. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 15, n. 2, p. 117-147. 2000.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan/abr. 2002.

GONÇALVES, E. L. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **RAE – Revista de administração de empresas**, São Paulo, v. 1, n. 2, jul/dez. 2002. Disponível em: <<http://www.rae.com.br/eletronica>>. Acesso em: 17 mar. 2006.

HARTZ, Z. M.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, Sup. 2, p. 331-336. 2004.

KÖCH, P.; HAUKNES, J. **Innovation in the Public Sector**. Publin Report. Oslo: NIFU STEP, 2005. Disponível em : <<http://www.step.no/publin/>>. Acesso em 24 fev 2011.

OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico). **Manual de Oslo**: Diretrizes para a Coleta e Interpretação de Dados sobre Inovação. Trad. FINEP — Financiadora de Estudos e Projetos. 3ª ed. 2005. Disponível em: 2010.

MATTOS, R. A. **Desenvolvendo e oferecendo idéias**: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial. 2000. 307f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2000.

MENDES, E.V.; **Redes de Atenção À Saúde**. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. Bras. Saude Mater. Infantil** 2003 Jan-Mar; v. 3, n.1, p. 113-25.

NODARI, C.H. **Inovação na Atenção Primária de Caxias do Sul**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade de Caxias do Sul. Caxias do Sul, 2010.

PINHEIRO, R. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 8-11. 2003.

ROESCH, S.M.A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**: Guia para estágios, trabalho de conclusão, dissertação e estudos de caso. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SALHANI, D. P.; SHEA, M. P.; LEWKO, J. H. Issues in the measurement of integrated service delivery in human services. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, Ottawa, v. 9, n. 1, p. 1-14. 1994.

SCHUMPETER, J.A. **The theory of economic development**. Cambridge: Harvard University Press, 1912.

STARFIELD, B.; SHI, L.; JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J Farm Pract**, n. 50, p. 161-175, 2001.

TEECE, D. J.; PISANO, G. The dynamic capabilities of firms: an introduction. **Industrial and Corporate Change**, v. 3, p. 537-556. 1994.

TID, J. Technological Innovation, Organizational Linkages and Strategic Degrees of Freedom. **Technology Analysis & Strategic Management**, v. 5, n. 3, 1993.

TIDD, J.; BESSANT, J.; PAVITT, K. **Managing innovation: integrating technological, market and organizational change**. West Sussex: John Wiley e Sons, 2005.

TOUATI, N. et al. Una expérience d'intégration des soins dans une zone rurale: les enjeux de la mise-en-oeuvre. **Ruptures: revue transdisciplinaire en santé, Quebec**, v. 8, n. 2, p. 93-108. 2001.

VAN DE VEN, Andrew H. **Central Problems in the Management of Innovation**. Management Science; May, 1986; 32, 5; ABI/INFORM Global pg. 590.

VARGAS, E. P. **A dinâmica da inovação em serviços**: O Caso dos Serviços Hospitalares no Brasil e na França. Tese (Doutorado em Administração). Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

WINDRUM, P. Innovation and entrepreneurship in public services. In: WINDRUM, P.; KOCH, P. (Org.). **Innovation in Public Sector Services** 1. ed. UK: Edward Elgar Publishing Limited, 2008. p. 3-20.

YIN, R. K. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookmann, 2005.