

Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil

Health Innovation Laboratories: towards strong Primary Health Care (PHC) in the Federal District of Brasilia

Renato Tasca (<https://orcid.org/0000-0002-1407-5914>)¹
Iasmine Lorena Silva Ventura (<https://orcid.org/0000-0003-2471-3331>)¹
Vanessa Borges (<https://orcid.org/0000-0001-6884-0856>)¹
Fernando Antônio Gomes Leles (<https://orcid.org/0000-0002-3891-0443>)¹
Rosane de Mendonça Gomes (<https://orcid.org/0000-0002-6656-738X>)¹
Antonio Neves Ribas (<https://orcid.org/0000-0003-2351-4242>)¹
Wellington Mendes Carvalho (<https://orcid.org/0000-0002-0448-9152>)¹
Julio Manoel Suarez Jimenez (<https://orcid.org/0000-0002-2185-1440>)¹

Abstract *This article emphasizes PHC as a fundamental strategy for the sustainability of the SUS, based on its impact on health indicators. The attributes and requirements for Robust PHC are based on statements from researchers, policy makers and institutions, including the PAHO/WHO Representation in Brazil. The model proposed is the result of discussions with workers, researchers and health managers in Brazil, endorsing the commitments outlined in the Alma Ata Declaration. The article details the methodology of Health Innovation Laboratories used by PAHO/WHO in Brazil to systematize knowledge generated by innovative health experiences, including the Healthy Brasilia Project, an ongoing activity run by the Health Department of the Federal District (DF) of Brasilia, which has made important changes in the healthcare model, with emphasis on the expansion of Family Health Strategy coverage. This article analyzes the results of the Innovation Laboratories in Robust PHC in the FD that will be consolidated in a Case Study. The initiative aims to raise awareness amongst managers and health workers about innovation in health processes and policies that are essential for the sustainability of the SUS, focusing on the exchange of knowledge between peers about relevant initiatives in PHC in Brazil.*

Key words *Primary health care, Innovation in healthcare*

Resumo *O artigo defende a APS como estratégia fundamental para a sustentabilidade do SUS, subsidiado em resultados sobre o impacto da APS nos indicadores de saúde e outras áreas. São apresentados os atributos e requisitos para uma APS Forte, defendidos por pesquisadores, formuladores de políticas e instituições, entre elas a Representação da OPAS/OMS no Brasil. O formato adotado é fruto de discussão realizada com trabalhadores, pesquisadores e gestores de saúde do país, reafirmando os compromissos da Declaração de Alma Ata. O artigo detalha a metodologia de Laboratórios de Inovação em Saúde, utilizada pela OPAS/OMS no Brasil para identificar e sistematizar experiências inovadoras em saúde, incluindo o acompanhamento do Projeto Brasília Saudável, da Secretaria de Saúde do DF, que vem apresentando importantes transformações no modelo de atenção à saúde, com ênfase na ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família. O artigo resgata e analisa os trabalhos desenvolvidos pelo Laboratório de Inovação em APS Forte no DF até o momento e que serão sistematizados em Estudo de Caso. A iniciativa visa sensibilizar gestores e trabalhadores em saúde para a inovação em processos e políticas de saúde, sendo essencial para a sustentabilidade do SUS, privilegiando troca de conhecimentos entre pares sobre iniciativas adotadas na APS do Brasil.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Inovação em saúde*

¹ Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde. Setor de Embaixadas Norte lote 19, Asa Norte. 70800-400 Brasília DF Brasil. tascar@paho.org

Reafirmando os princípios de Alma Ata

É impossível escrever sobre Atenção Primária à Saúde (APS) sem celebrar os 40 anos da Declaração de Alma Ata sobre o tema. Os valores e os princípios desta visionária estratégia contemplam três dimensões principais, que merecem ser reconhecidas e reafirmadas: a primeira, de cunho político, consagra a saúde como direito humano fundamental, apontando para universalidade e integralidade da atenção como instrumentos que concretizam este direito; a segunda, de cunho social, destaca a determinação social, econômica e ambiental do estado de saúde das pessoas, afirmando a necessidade de atuar contra os fatores determinantes, com destaque às desigualdades sociais; a terceira dimensão, com foco assistencial, abrange os princípios da medicina de família e comunidade, que se concretizam no acesso universal a uma atenção primária resolutiva, que proporciona atenção integral, humanizada, segura e sem barreiras financeiras ao acesso. Neste sentido, os termos “Atenção Primária” e “Atenção Básica” são sinônimos, definindo tanto a estratégia como o nível de atenção que a caracteriza.

Nestes últimos 40 anos, a potência da estratégia de APS foi demonstrada por inúmeras evidências científicas que documentam os impactos positivos em várias dimensões: melhoria dos indicadores básicos de saúde (como, por exemplo, as Taxas de Mortalidade Infantil e as Taxas de Mortalidade Materna), redução das internações sensíveis à atenção ambulatorial, satisfação de usuários, redução de consultas especializadas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e qualificação no cuidado das condições crônicas, promoção da equidade, entre outros¹.

Em um momento de grandes questionamentos da sustentabilidade de sistemas de saúde universais em vários países, estes conhecimentos são unívocos em indicar o fortalecimento da estratégia de Atenção Primária à Saúde como a melhor ferramenta atualmente disponível para superar estas dificuldades². Ampliar acesso a APS, melhorar a qualidade e a resolutividade dos serviços, fortalecer o vínculo com usuários e comunidade, garantir a continuidade do cuidado, são medidas que fortalecem os sistemas de saúde e os tornam mais eficientes e sustentáveis.

APS como estratégia central para a sustentabilidade dos Sistemas de Saúde

A Organização Pan-Americana da Saúde, como escritório regional da Organização Mun-

dial da Saúde (OPAS/OMS), tem como estratégia principal estimular e promover o direito à saúde de qualidade para todas as pessoas e em todos os lugares, o que vem sendo chamado de Estratégia de Saúde Universal. Isso significa que todos devem ter acesso aos serviços de saúde, sem qualquer tipo de discriminação, de acordo com suas necessidades, em tempo oportuno e local adequado³. Esta estratégia está em consonância com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, da qual um dos objetivos é o alcance da cobertura universal de saúde por todos os países até 2030⁴.

Para atingir esse objetivo tão ambicioso, a OPAS/OMS considera que a estratégia mais efetiva é construir sistemas de saúde orientados pela APS³. A literatura mostra com grande riqueza de evidências as vantagens da APS. Uma das pesquisadoras de maior renome no tema, Barbara Starfield, enunciou em 1996 que “Um sistema de Saúde com base na APS é mais efetivo, é mais barato, traz mais satisfação à população e é mais equânime, mesmo em contextos de injustiça social”⁵.

Há fartas pesquisas, no mundo inteiro, comprovando a efetividade da APS. A APS está associada com melhores resultados de saúde em países de baixa e média renda, nas dimensões da efetividade (melhoria da situação de saúde, acesso e cobertura dos serviços, capacidade de resposta e fortalecimento do sistema de saúde), da equidade (redução de desigualdades no acesso e nos resultados) e da eficiência (custos do cuidado)². Outra pesquisa em 30 países da União Europeia concluiu que a APS está associada a melhor saúde da população, menores taxas de hospitalizações desnecessárias e menores desigualdades socioeconômicas na saúde¹.

No Brasil, a APS/Atenção Básica tem se desenvolvido de forma constante, com uma evolução significativa a partir de 1994, com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), sendo redefinida pela Política Nacional de Atenção Básica 2006, oficialmente, como Estratégia Saúde da Família (ESF). Com a implementação da Saúde da Família, a APS no Brasil vem, ao longo dos anos, apresentando impactos importantes na melhoria da saúde da população, destacando-se a redução da mortalidade infantil e de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária.

Dentre inúmeras evidências que comprovam os avanços da APS, até 2017, foram publicados 18 artigos de boa qualidade a respeito do impacto da ESF sobre a mortalidade infantil, sendo que

92% deles identificaram um impacto significativo na redução desta⁶. Além disso, 12 estudos de boa qualidade concluíram que a expansão da ESF no Brasil contribuiu para a diminuição de Interações por Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Esses estudos identificaram até 52% de redução em localidades onde a ESF tem cobertura acima de 75%⁷.

Nos últimos 10 anos, o número de equipes de Saúde da Família cresceu mais de 50%, sendo que a estimativa da população brasileira coberta pela ESF passou de 51,23% em 2007 para 71,16% em 2018. O último pico de crescimento foi observado entre 2013 e 2014, com a implantação do Programa Mais Médicos, que permitiu o provimento de profissionais médicos para a ESF em localidades de difícil acesso e de maior vulnerabilidade social e econômica (Gráfico 1).

Também em momentos de crise financeira global e nacional e de constante busca por maior eficiência nos gastos públicos, a APS demonstra ser estratégia central, não apenas devido ao custo-efetividade macroeconômico, mas também ao micro. Relatório do Banco Mundial apresentado em 2017 e que fez uma análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil, destaca que os serviços de APS são os mais eficientes dentre todos os analisados, que o aumento de eficiência sistêmica correlaciona-se à existência de um sis-

tema coordenado e integrado pela APS e ressalta que quanto mais eficiente a APS, maior será a eficiência da atenção especializada de média e alta complexidade⁸.

Os Laboratórios de Inovação como estratégia de cooperação da OPAS

O Laboratório de Inovação em Saúde (LIS) é uma ferramenta de gestão do conhecimento com sensibilidade para transformar o conhecimento tácito, fruto da vivência e da expertise dos trabalhadores e profissionais da saúde, em explícito, com vistas a potencializá-lo através da visibilidade de experiências inovadoras e exitosas perante gestores, trabalhadores, pesquisadores, políticos, representantes da sociedade civil e outros atores envolvidos no tema.

A partir do entendimento de que a finalidade da Gestão do Conhecimento é a busca por melhorias de desempenho das instituições⁹, considera-se que o conhecimento e suas aplicações são essenciais para o desenvolvimento das sociedades, das organizações e dos indivíduos. A possibilidade de aplicação do conhecimento é propulsora de processos de produtividade e de inovação¹⁰.

Neste sentido, o insumo que o Laboratório de Inovação propõe observar, sistematizar e compartilhar é o conhecimento de profissionais

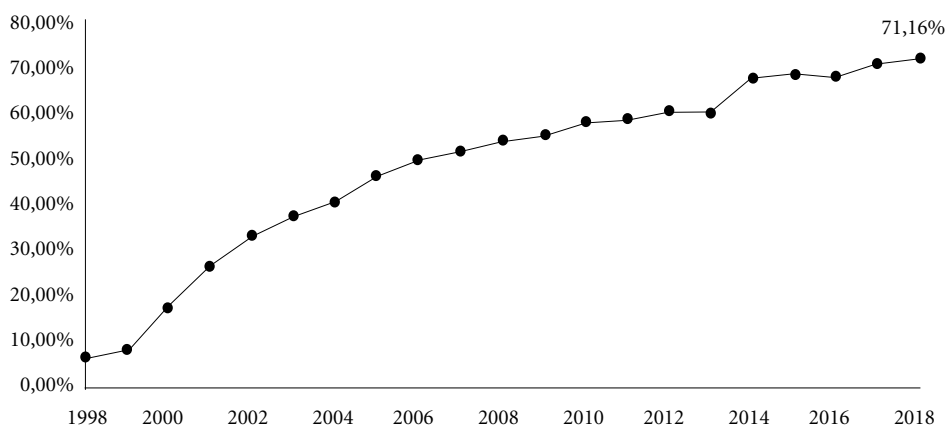


Gráfico 1. Proporção de cobertura populacional estimada (eSF) por ano. Brasil, 1998-2018.

Fonte: elaboração própria a partir de dados do Departamento de Atenção Básica / Ministério da Saúde (DAB/MS) e IBGE.

e trabalhadores da saúde, além de práticas de boa gestão que agreguem valor aos serviços de saúde e que respondam de forma satisfatória aos problemas enfrentados por gestores da saúde quotidianamente.

A estratégia central do Laboratório é gerar conhecimentos a partir da análise das práticas inovadoras e exitosas de gestão da atenção à saúde. Esta operação possibilita que os conhecimentos sejam sistematizados e compartilhados, favorecendo a sustentabilidade das práticas inovadoras na instituição, despertando o sentimento coletivo de que a mudança é possível e inspirando iniciativas semelhantes em outros territórios para transformar realidades.

A estratégia dos Laboratórios foi desenvolvida pela Representação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil em 2008, para subsidiar as atividades de cooperação técnica, realizadas inicialmente com o Ministério da Saúde. Nestes 10 anos, a ferramenta foi adotada por diversos outros atores, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Até junho de 2018, foram identificadas, analisadas, sistematizadas, publicadas e divulgadas 164 experiências inovadoras¹¹.

Laboratório de Inovação em Atenção Primária à Saúde Forte

Em janeiro de 2018, como parte da Agenda *30 anos de SUS, que SUS em 2030?*, promovida pela OPAS/OMS no Brasil para incentivar o debate em torno de temas relevantes para a sustentabilidade do SUS no marco da celebração dos 30 anos de sua criação, foi instituído o Laboratório de Inovação em Atenção Primária à Saúde – APS Forte, para identificar iniciativas que respondam satisfatoriamente aos desafios no primeiro nível de atenção à saúde.

Inicialmente, o objetivo era observar e identificar as soluções encontradas por gestores da APS para melhorar o acesso dos usuários aos cuidados clínicos no primeiro nível de atenção. Com a adesão de três entes da federação, por meio das Secretarias Municipais de Saúde de Porto Alegre e Teresina e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o escopo do Laboratório de Inovação foi ampliado. As atividades dos Laboratórios de Inovação em APS Forte abordam, além das questões de ampliação do acesso aos cuidados na APS, o uso de tecnologias para a integração da rede de

serviços, o desenvolvimento de metodologias para o acolhimento na APS e as estratégias para a formação de recursos humanos mais qualificados para atuação na APS.

No âmbito metodológico são consideradas as especificidades socioeconômicas de cada município e do Distrito Federal, como também os contextos dos sistemas sanitários das experiências em estudo, que compreendem as informações sobre a organização da APS, a situação de saúde da população, as metas da gestão, publicadas nos respectivos Planos de Saúde, e os resultados alcançados pelas novas práticas implementadas que visam o fortalecimento da APS.

O Laboratório de Inovação não compara resultados entre os territórios acompanhados. Pelo contrário, busca promover e enfatizar a necessidade de compartilhamento de conhecimentos entre os participantes, por meio da realização de oficinas e visitas técnicas nos territórios, seminários, elaboração de materiais, entre outras atividades. O acompanhamento de cada experiência *in loco* e a sistematização das boas práticas e inovações identificadas são realizados por pesquisadores indicados pela Rede de Pesquisa em APS, da Associação Brasileira de Ciência Coletiva (Abrasco).

Rumo a uma APS Forte

O consenso da comunidade acadêmica e a abundância de evidências científicas não significam que o fortalecimento da APS esteja na agenda prioritária de todos os gestores, pois, atualmente, são poucos os países que investiram na APS como estratégia de transformação do sistema de saúde.

Três grandes problemas estruturais impedem uma maior produção de resultados em saúde da APS brasileira. O primeiro é o subfinanciamento crônico da Atenção Básica. O segundo é representado pela oferta insuficiente de recursos humanos adequadamente capacitados. O terceiro é uma concepção minimalista de APS, desde os níveis mais altos de gestão até os serviços nos quais os cuidados são ofertados, com dificuldades para reconhecer e incorporar os atributos da APS, a saber, o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, as orientações familiar e comunitária e a competência cultural.

Frequentemente, a APS é objeto de mal-entendidos e, para alguns, considerada como uma estratégia que preconiza pacotes de serviços básicos para a população mais pobre e vulnerável. Na

verdade, as evidências indicam que é exatamente o contrário, para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde é preciso uma APS forte e resolutiva, que atue como sua coluna vertebral¹².

Esses problemas são estruturais e produzem inúmeros desafios e fragilidades para a APS no SUS. Muitas vozes clamam para a construção de uma “APS Forte”, capaz de enfrentar os desafios das próximas décadas. Mas o que significa, na prática, construir uma APS Forte? Como implementá-la? Quais são os seus atributos? Quais as condições necessárias para a sua consolidação?

Nas seguintes partes deste trabalho tentaremos responder a algumas destas perguntas, de modo a estimular o debate para a construção de uma proposta articulada de fortalecimento da APS no SUS. Ao mesmo tempo, é necessário procurar soluções concretas dentro das próprias práticas do SUS, buscando e valorizando ações inovadoras, como as que foram identificadas no Distrito Federal no período 2014-2018, onde se registrou um aumento muito significativo da cobertura da APS, implementando soluções criativas e sustentáveis.

Atributos da APS Forte

Apesar das dificuldades conceituais e práticas de se descrever a complexidade da “APS Forte”, assim como a densidade de suas realidades, em uma única definição, é possível compreendê-la a partir dos atributos enumerados a seguir, que devem ser contemplados pelas políticas de saúde que aspiram à construção da saúde universal enquanto garantia do direito à saúde para todos:

- *Assume a responsabilidade sanitária com a população adscrita à Unidade Básica de Saúde:* Sempre que as condições locais de atuação das UBS permitam, a responsabilidade é extensiva ao território, como no caso de áreas rurais, remotas e algumas urbanas. As equipes de APS estabelecem um vínculo efetivo com a população em duas dimensões: a) atenção à saúde dos indivíduos e suas famílias mediante um modelo de atenção que garante acesso e porta de entrada ao sistema, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; b) atuação frente aos determinantes da saúde, mediante estudo da situação de saúde da comunidade, por meio do desenvolvimento de ações promovidas com prioridade por gestores e atores sociais para a melhoria das condições do ambiente, lugares de residência, centros de trabalho, escolas, mercados, outros espaços significativos da comunidade e fomento de comportamentos e estilos de vida saudáveis na população.

- *Dispõe de equipes multiprofissionais com competências adequadas e garante educação permanente oportuna:* As equipes de APS são o eixo de organização e atuação das UBS, conhecem e interagem cotidianamente com a comunidade, as famílias e os indivíduos sob sua responsabilidade, atendem demandas espontâneas por condições agudas ou outras necessidades não esperadas, programam o cuidado de portadores de condições crônicas segundo categorias de risco e atuam sobre os determinantes da saúde em seu entorno. Os integrantes das equipes desenvolvem competências específicas para trabalhar na APS, com apoio de programas de educação permanente para fortalecer conhecimentos e habilidades próprias desta atuação frente aos determinantes da saúde, mediante estudo da situação de saúde da comunidade, com priorização dos gestores e atores sociais no desenvolvimento de ações para a melhoria das condições do ambiente, lugares de residência, centros de trabalho, escolas, mercados, outros espaços significativos da comunidade e fomento de comportamentos e estilos de vida saudáveis na população.

- *Ordena a rede de atenção e garante a continuidade do cuidado:* O cuidado das pessoas ao longo da rede de atenção é coordenado e acompanhado pela equipe de APS para garantir a continuidade, que é uma condição necessária de um cuidado de qualidade. Para cumprir com este atributo, a APS utiliza métodos e instrumentos para melhorar o acesso de primeiro contato, com horário estendido e facilidades da atenção, seja por telefone, internet ou outros recursos; ampliação da carteira de serviços, aumentando a resolutividade clínica; dispõe de um sistema de informação clínico e sanitário, que vincula os diferentes serviços e níveis da rede, utiliza protocolos de atenção; conta com um bom sistema de comunicação entre as unidades, tem sistemas logísticos adequados e uma governança integrada da rede que empodera e fortalece a APS.

- *Incorpora novas funções para os profissionais de saúde e inclui novas categorias profissionais:* Profissionais de enfermagem que integram as equipes da APS são escalados para realizar alguns procedimentos diagnósticos e terapêuticos tradicionalmente exclusivos dos médicos, mediante prévia qualificação e regulação. Complementarmente, a equipe conta com apoio estruturado de outros profissionais que incrementam sua capacidade resolutiva, como fisioterapeutas, farmacêuticos, odontólogos, psicólogos e outros, que podem estar alocados na própria Unidade de Atenção Básica ou em outras unidades da rede articuladamente.

- *Realiza uma gestão efetiva do trabalho dos profissionais da APS, inclusive com o emprego de incentivos:* A fixação dos profissionais nas equipes é uma condição necessária para garantir a longitudinalidade e a continuidade do cuidado. Isto depende de arranjos no sistema de saúde como um todo sobre o trabalho nas unidades de APS e de uma gestão efetiva que utilize incentivos adequados para a permanência dos profissionais nas equipes, especialmente dos médicos. A existência de redes de atenção funcionais e resolutivas, com vários níveis de atenção, governança própria e gestão integrada, favorece muito o cumprimento deste atributo, enquanto que a fragmentação do sistema em unidades sem capacidade de gestão em escala o impede.

- *Qualifica estrutura física, equipamentos e insumos dos serviços de APS:* Este atributo ressalta que uma boa APS requer uma adequada infraestrutura física e tecnológica que inclui ambiente acolhedor nas Unidades Básicas, disponibilidade de equipamentos diagnósticos e de procedimentos clínicos, medicamentos e material curativo, entre outros insumos.

- *Incorpora tecnologias inovadoras, de acordo a necessidade local e as evidências científicas:* A APS acompanha os avanços científicos e tecnológicos e os incorpora de acordo com as diferentes realidades em que atua para alcançar maior resolutividade e qualidade da atenção individual, e intervenções bem-sucedidas sobre os determinantes da saúde.

Requisitos para implementar políticas rumo a APS forte

Além dos atributos relacionados às características intrínsecas, alcançar a APS Forte necessita de um ambiente institucional favorável e de respaldo político permanente. Também neste caso, apesar de ter consciência da dificuldade de sintetizar a multiplicidade das variáveis envolvidas, foram identificados os principais requisitos que podem tornar possível a efetiva implantação de uma APS Forte:

- *Compromisso efetivo da governança do Sistema de Saúde com os valores e princípios da APS:* Expresso em leis, políticas e estratégias setoriais e intersetoriais baseadas na Estratégia de Atenção Primária à Saúde.

- *Financiamento suficiente e estável:* A orientação do financiamento deve acompanhar e fortalecer a APS para torná-la o eixo do sistema de saúde. Isso implica em investimentos em infraestrutura física e tecnológica. O fluxo de recursos

para a APS deve ser suficiente e estável, usando modelos inovadores de financiamento e adoção de instrumentos que viabilizem a produção de evidências científicas que comprovem sua eficácia.

- *Organização do sistema para que a APS desenvolva a função de ordenadora das redes de atenção à saúde:* Para que a APS cumpra o papel de coordenador das redes regionais, o sistema de saúde como um todo deve estar estruturado e organizado com base nos princípios e valores da APS. A organização do sistema em redes de atenção baseadas na APS é legitimada por um marco legal específico e normatizada por arranjos institucionais.

- *Políticas de recursos humanos em prol da APS:* O sistema de formação de recursos humanos para saúde está orientado para satisfazer as necessidades da APS, enquanto que a adoção de incentivos para o desenvolvimento e a realização profissional das equipes estão alinhadas com esse propósito. Neste sentido, é importante a negociação permanente com as várias categorias dos diversos profissionais de saúde.

- *Monitoramento e avaliação de processos e resultados em saúde:* A governança do sistema possui indicadores sobre o desempenho da APS, como eixo e coordenadora do sistema de saúde. Além de monitorar e avaliar periodicamente seus processos e resultados, a APS Forte valoriza seus conhecimentos e se compara com os cenários nacionais e internacionais, buscando sistematicamente fortalecer e aprimorar-se com foco na melhoria de saúde da população.

- *Inovação e fortalecimento dos dispositivos de fortalecimento da participação social:* Mais que ser orientada para os cuidados das pessoas e das comunidades, uma APS Forte deve ser construída em parceria com seus usuários. Para além dos mecanismos formais de participação social desenvolvidos pelo SUS, é preciso que a APS garanta o vínculo efetivo com a população que cuida. É essa população que pode legitimar as ações da APS e ela só fará isso se sentir que suas necessidades estão sendo acolhidas e atendidas.

Inovação em Saúde para a APS Forte

As mudanças nas estruturas dos sistemas de saúde impostas por dois comportamentos, conceituados por Vianna¹³, como Complexo Médico-Industrial e Complexo Médico-Financeiro, que ressaltam as múltiplas e complexas inter-relações estabelecidas entre os diversos atores do setor saúde e destes com os demais setores da econo-

mia, impõem pressões fiscais, tecnológicas, políticas e sociais aos sistemas de saúde no mundo.

Para países que optaram por sistemas universais de saúde, como no caso do Brasil, as pressões provenientes do setor financeiro pela valorização do capital sobre o setor saúde demandam um maior comprometimento governamental, político, econômico e social em torno da proteção do Direito à Saúde conforme previsto na Constituição de 1988¹⁴.

O Direito à Saúde como premissa de cidadania no Brasil não comporta narrativas que o vinculam a questões de Direito do Consumidor, que se destinam ao setor suplementar da saúde para regulamentar os serviços assistenciais prestados aos beneficiários de planos privados de saúde – cerca de 47 milhões de pessoas¹⁵.

Considerando o contexto global, a situação de subfinanciamento crônico do SUS e os desafios administrativos, organizacionais e do modelo de atenção à saúde enfrentados cotidianamente pelos gestores públicos, torna-se cada vez mais imperativa a necessidade de se captar, significar, visibilizar e desenvolver inovações para que o sistema sanitário no território avance no que tange à qualidade do cuidado ofertado para o usuário e à eficiência dos gastos.

Neste sentido, a receita do ‘mais do mesmo’ não funciona. Muitas vezes, são necessárias mudanças profundas nos instrumentos de gestão. O problema da incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde não se resolve aumentando a oferta de modo indiscriminado, mas introduzindo novas práticas, novos instrumentos, novas maneiras de realizar a atenção à saúde, de forma mais integrada, eficiente e equitativa. Ou seja, é preciso introduzir mudanças que resultem em uma melhora concreta e mensurável, que pode envolver diferentes áreas, como o desempenho, a qualidade, a eficiência e a satisfação dos usuários¹⁶.

Para um gestor, a inovação deve ser uma função fundamental e para incorporá-la são necessárias competências que tornem possível o gerenciamento do processo de mudança, visando minimizar os riscos, maximizar o impacto, conter os custos e administrar os tempos¹⁶. Apesar de diversos estudos conceituais e analíticos a respeito da inovação em diversas ciências, sua aplicação prática, infelizmente, não se encontra disponível para gestores e técnicos em manuais e sua aprendizagem requer necessariamente a experimentação. Por isso, conhecer outras experiências pode ajudar o tomador de decisões em seus esforços para melhorar os processos e os resultados em saúde¹⁷.

Experiência do Distrito Federal

Apesar do Distrito Federal ainda ser considerado um “território jovem”, estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que sua população já é superior a três milhões de habitantes e, assim como outras grandes cidades brasileiras, tem atravessado um período de alterações demográficas como movimentos migratórios, envelhecimento e redução da natalidade, além de outras questões epidemiológicas, que vêm alterando seu perfil de morbimortalidade.

Embora conte com o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre os Estados brasileiros, o DF possui internamente desigualdades socioeconômicas importantes, de tal forma que é capaz de abrigar em seu território bairros ou localidades com IDH similar a países nórdicos e, ao mesmo tempo, outros comparáveis a países com grandes dificuldades de renda, educação e saúde. Essas desigualdades, reforçadas pelas mudanças no perfil socioepidemiológico, impõem um grande desafio à organização dos serviços de saúde, sobretudo nas regiões mais vulneráveis. Ademais, a rede de atenção do DF é referência para uma população adicional de 1,4 milhões de pessoas que residem nas cidades do entorno, sobretudo nos Estados de Goiás e Minas Gerais e que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno, a RIDE.

Motivado por estes desafios, entre outras razões, o Distrito Federal vem passando por um processo de reforma sanitária alicerçado no arcabouço no *Projeto Brasília Saudável*, que tem como objetivo “organizar o Sistema Único de Saúde para o pleno exercício do Direito à Saúde”. Este processo teve seu início formal com a publicação da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, a *Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal*¹⁸, inspirada e embasada na Estratégia Saúde da Família (ESF). Vale enfatizar, no entanto, que sua viabilização também se deve à Resolução nº 465/2016 do Conselho de Saúde do Distrito Federal (CDS), que forneceu suporte às decisões da gestão distrital, visto que o controle social reconhecia a necessidade e a importância da reformulação. Na sequência, já no ano de 2018, a Câmara Legislativa do DF aprova Lei nº 6.133, de 06 de abril de 2018, estabelecendo legal e oficialmente a ESF como modelo de organização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.

Considerando os princípios, as diretrizes e os fundamentos da APS⁵, o Projeto Brasília

Saudável prevê que todas as UBS do DF passem a funcionar com equipes da ESF como modelo assistencial substitutivo ao modelo convencional, visando ampliar o acesso e o vínculo dos usuários aos serviços, com maior resolutividade, eficiência e de forma a organizar a gestão do cuidado de maneira longitudinal, integral e articulada com a rede de atenção à Saúde. Para operacionalizar esta medida, os profissionais de saúde que atuavam na lógica do modelo tradicional tiveram a opção de passar por um processo de alteração funcional para comporem as equipes de Saúde da Família (eSF). Por esta razão, o projeto ficou popularmente conhecido como “Converte” e foi normatizado pela Portaria SES/DF nº 78, de 14 de fevereiro de 2017, que permitiu que estes trabalhadores então compusessem equipes de transição, mediante a uma capacitação e ao cumprimento de requisitos para a composição de eSF¹⁹.

O curso de capacitação, voltado principalmente para enfermeiros e médicos especialistas nas áreas de ginecologia, pediatria e clínica geral, contava com carga horária de 222 horas mescladas entre conteúdos e atividades teóricas práticas. Aqueles trabalhadores que concluíram este processo (houve desistências, já que era facultada a opção de não seguir) passaram por uma avaliação e, os que alcançaram desempenho satisfatório, puderam optar pela mudança de especialidade de atuação na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) para Medicina de Família e Comunidade (MFC). Em fevereiro de 2018, 110 médicos concluíram todas estas etapas e receberam o aval para atuar na ESF.

Em termos de mudanças concretas, vale lembrar que, em janeiro de 2017, o Distrito Federal contava com 277 eSF em atuação, sendo 243 implantadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), totalizando a cobertura de cerca de 34% da população. Um ano mais tarde, após a finalização do processo de “conversão”, houve o aporte de mais 272 equipes, totalizando 549 eSF, sendo 322 implantadas no SCNES, que correspondem a cobertura populacional de 69%. Consequentemente, a população assistida pela ESF praticamente duplicou, passando de 1.038.750 para 2.058.750 habitantes no prazo de um ano do processo de reorganização. Embora tenha ocorrido em todas as regiões administrativas do DF, a medida priorizou a ampliação da cobertura nas áreas de maior vulnerabilidade econômica e social, chegando a 100% de cobertura em alguns desses territórios. Para 2019, a meta da SESDF é alcançar 620 eSF, além de 310 equipes de Saúde Bucal (eSB) e 40 de Nú-

cleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), para então atingir 75% de cobertura da ESF.

Ainda que se tenha identificado que a etapa inicial foi um eixo central da mudança do modelo assistencial no DF, outras ações vêm complementando esta medida para ampliar ainda mais a cobertura da ESF no Distrito Federal, tais como: (1) a admissão de profissionais aprovados em concurso público realizado em 2014 (161 médicos especialistas em MFC) e a realização de novo concurso em 2018 para várias categorias; (2) alteração dos requisitos exigidos para pleito ao cargo de médico de família e comunidade – em decorrência do aumento das vagas de residência médica nesta especialidade; (3) qualificação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde; (4) revisão da Carteira de Serviços da APS no DF e lançamento da 2ª edição do Guia de Referência da Carteira de Serviços; (5) revisão dos fluxos de encaminhamento entre os níveis de atenção, considerando que os serviços de saúde no DF apresentavam uma coexistência de ofertas de nível primário e secundário nas UBS no modelo tradicional; (6) reorganização das equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), enfatizando as áreas de maior vulnerabilidade; e, (7) ampliação dos horários de atendimento de algumas UBS.

Tendo em vista todo o planejamento e o alcance de resultados importantes no fortalecimento da APS e na reorganização do SUS em um curto prazo, a experiência do Distrito Federal vem sendo objeto de análise do Laboratório de Inovação em APS Forte da OPAS/OMS no Brasil.

Vale destacar que este exemplo concretiza o que algumas evidências afirmam: que as inovações que mais frequentemente são implantadas na gestão da saúde são as radicais, baseadas em uma mudança drástica no desenvolvimento de uma ou mais práticas de saúde. As mudanças referem-se a um ou mais processos e geralmente o foco é na mudança organizacional¹⁷.

Complementarmente, outro ponto observado pelo Laboratório de Inovação é a proposta da Secretaria de Saúde do Distrito Federal de aprimorar o complexo regulador da atenção à saúde, por meio da criação do Complexo Regulador (*Panoramas*) e da organização da Atenção Secundária no Distrito Federal, enfrentando um dos grandes desafios à implementação do SUS, que é fazer o sistema atuar em rede, facilitando o acesso e qualificando o cuidado aos seus usuários. O modelo de *Panoramas* consiste no estabelecimento de um Panorama Regional, que vislumbra a concentração dos serviços de saúde

existentes nas Regiões de Saúde, sob regulação de cada Região, cabendo ao Panorama Central a responsabilidade de reunir e agrupar serviços estratégicos sob regulação do Complexo Regulador do Distrito Federal.

Considerações finais

Escolhendo a estratégia de Atenção Primária à Saúde como foco principal, os gestores de saúde do DF implementaram com sucesso uma política de saúde corajosa. Esta experiência demonstra que, apesar dos obstáculos causados por uma conjuntura político-institucional complexa, com fortes limitações no uso dos recursos, é possível ter resultados introduzindo práticas inovadoras e sabendo administrar a reação produzida pela mudança. O importante aumento de cobertura de equipes da ESF, focada nas regiões mais vulneráveis do DF, representa um enorme passo para a frente para a redução das desigualdades em saúde na população do DF.

Mesmo assim, é importante que os gestores do DF não poupem esforços para preservar e, na medida do possível, fortalecer estas práticas inovadoras.

Após um ano de implantação do Projeto Converte, que excluiu o modelo tradicional e passou a operar no modelo de Estratégia Saúde

da Família em todo Distrito Federal, verifica-se que os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, estão em fase de amadurecimento das práticas clínicas voltadas para a medicina de família e comunidade. Neste sentido, ações continuadas de educação permanente são imperativas para que a mudança verificada na expansão da cobertura da APS se reflita também na melhoria da qualidade da atenção prestada, fortalecendo o modelo de atenção adotado. Considera-se apropriado investir no processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família em cada Clínica de Família ou UBS, visando à qualificação da atenção à saúde.

Acredita-se que o fortalecimento do modelo da Estratégia Saúde da Família reorienta o processo organizativo da atenção especializada, a partir da intensificação e qualificação das ações de matriciamento com a Atenção Primária, visando ampliar a resolutividade deste nível de atenção, impactando diretamente na redução de filas para consultas por especialistas.

O desafio para gestores e trabalhadores da saúde é que o Projeto Brasília Saudável, após o período de transição do modelo, invista na qualidade da prática da atenção ofertada para a população, para que os resultados, a serem monitorados, gerem impactos positivos nos indicadores de saúde da população do Distrito Federal.

Colaboradores

Contextualização e revisão bibliográfica: RM Gomes e WM Carvalho. Trabalho de campo e coleta de dados: AN Ribas, ILS Ventura e V Borges. Desenvolvimento metodológico e análise crítica: R Tasca. Revisão final: FAG Leles e JMS Jimenez.

Referências

- Schafer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Ryck E, Greß S, Heinemann S, Murante AM, Rotar-Pavlic D, Schellevis FG, Seghieri C, Van den Berg MJ, Westert GP, Willems S, Groenewegen PP. Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries. *Qual Prim Care* 2013; 21(2):67-79.
- Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. Contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries. *Soc Sci Med* 2010; 70(6):904-911.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019. 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional; 30 de setembro a 4 de Outubro de 2013; Washington (DC), Estados Unidos, Washington (DC): OPAS; 2013 (Documento oficial 345).
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Plataforma Agenda 2030*. [publicação online] 2018. [acessado 2018 Ago 10]. Disponível em: <http://www.agenda2030.com.br/>
- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
- Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLoS One* 2017; 12(8):e0182336
- Guanais FC. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998-2010. *Am J Public Health* 2015; 105(4):S593-S599.
- Banco Mundial (BM). *Um Ajuste justo: eficiência e equidade nos gastos públicos no Brasil: Volume I: síntese*. Brasília: BM; 2017.
- Santos PX. *Gestão do conhecimento das práticas científicas: a construção de redes de informações estratégicas para a legitimação dos campos científicos* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
- Santos PX, Reis MEA. Gestão do conhecimento: ainda um obscuro objeto de desejo?. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde* 2010; 4(5). [acessado 2018 Jun 12]. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/499>
- Organização Pan-americana de Saúde [homepage da internet]. *Portal da Inovação em Saúde*. [acessado 2018 Maio 28]. Disponível em: <http://apsredes.org/publicacoes/>
- Starfield B, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502.
- Vianna CMM. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis* 2002; 12(2):375-390.
- Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Sistema de Informações de Beneficiários*. Rio de Janeiro; 2019. [acessado 2019 Mar 22]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>
- Mendes EV. *Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Omachonu VK, Einspruch NG. Innovation in Health-care delivery systems: a conceptual framework. *Innov J* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2010 Mar 24];15(1). Disponível em: http://www.innovation.cc/scholarlystyle/omachonu_healthcare_3innovate2.pdf
- Distrito Federal. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 14 fev.
- Distrito Federal. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 14 fev.

Artigo apresentado em 15/06/2018

Aprovado em 06/02/2019

Versão final apresentada em 28/03/2019