



TEXTO PREPARATÓRIO PARA O ABRASCÃO 2018 INVESTIGAÇÃO E INOVAÇÃO NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE NO SUS: AVANÇOS, DESAFIOS, AMEAÇAS E PROPOSTAS PARA SUPERAÇÃO.

Severina Alice da Costa Uchoa¹

Paulo de Medeiros Rocha²

Claudia Santos Martiniano³

Ardigleusa Alves Coelho⁴

Monique da Silva Lopes⁵

Apresentação

Este texto tem como objetivo estimular a reflexividade de um conjunto dos atores entre pesquisadores, profissionais, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o caráter político da pesquisa na sua relação intrínseca com desenvolvimento e inovação em saúde, particularmente voltados para melhoria da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Especificamente, busca contribuir com subsídios para elaboração de uma agenda positiva em pesquisa e inovação voltadas à Atenção Primária à Saúde a ser pactuada com um novo governo que se aproxima.

Num sentido amplo, a inovação inclui a introdução e aplicação de ideias, processos, produtos ou procedimentos que simultaneamente sejam significativos para a unidade que as adota e que beneficiem o indivíduo, grupo ou sociedade em geral (COSTA, 2016).

¹ Docente do Departamento de Saúde Coletiva e do Programa de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde

² Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

³ Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

⁴ Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba.

⁵ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

O caráter político da pesquisa e sua relação intrínseca com desenvolvimento e inovação em saúde abrangem tanto questões relativas aos insumos necessários ao sistema de saúde - como fármacos e medicamentos, vacinas, meios para diagnóstico e equipamentos, quanto os conceitos e práticas inovadoras para o aperfeiçoamento dos sistemas abordagem da saúde pública (BUSS et al., 2016). De modo geral, inovação compreende a busca, descoberta, experimentação e adoção de novos produtos, processos e formas organizacionais, gerados a partir de novos conhecimentos a serem ofertados aos usuários.

Os avanços gerados a partir do sistema de inovação em saúde, por um lado, representam conquistas sociais ligadas à atenção, promoção e prevenção à saúde e por outro respondem à exigência de acumulação de capital da indústria da saúde (LASTRES et al, 2007; CORDEIRO, 1985).

A proposta de discussão, ora apresentada, parte do pressuposto que as pesquisas que tomam como objeto a inovação da Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica como é reconhecida no Brasil carregam o potencial de mudança na oferta dos serviços prestados à população. Dessa forma, podem ser tomadas como sustentação às mudanças mais estruturais relativas à formulação de políticas públicas de saúde e trazer à comunidade científica problemas de investigação de modo a torná-la um agente transformador da concepção e planejamento dos serviços para impactar na melhoria da assistência à saúde (NODARI et al. 2015).

Avanços e desafios

Nos últimos anos, na organização do sistema de saúde no Brasil, assim como na maioria dos países, a necessidade de racionalização dos custos e colocação da APS como porta de entrada prioritária ao sistema de saúde tem provocado tensões entre satisfação, segurança e dignidade como valores vinculados às tecnologias modernas, as condições de acesso e desigualdades sociais no uso destes bens e serviços socialmente produzidos (LORENZETTI, et al, 2012). Além da evidente necessidade de inclusão das inovações tecnológicas na perspectiva de garantia de equidade, a opção pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), como ordenadora do modelo de APS no Brasil, implementou uma série de inovações com “ tecnologias leves” que são aquelas

produzidas no espaço relacional do processo de trabalho das equipes de saúde e na sua interface com a população usuária (MERHY, 1997).

Embora, em concordância com argumentação de Pereira (2005) que não deva prevalecer uma hierarquização entre a necessidade de operar tecnológicos “*duras*” representados pelas inovações tecnológicas e potencializar tecnologias leves, é inegável que a ESF representa uma inovação do SUS como capacidade de suplantar dificuldades para garantir os princípios de universalidade, equidade e participação social. Nessa direção, a ESF oferta dispositivos e recursos de “tecnologias leve” voltadas ao acesso, acolhimento, vínculo e participação social objetivando tanto a humanização como a resolução das ações de saúde na APS (FERRI et al, 2007).

A análise sobre a efetividade do ESF tem levado às inúmeras pesquisas a como a de Macincko (2012) e que resultaram em evidências de melhor acesso, qualidade e satisfação quando comparadas as ações ofertadas por equipes de saúde da família - baseadas em adscrição de clientela, vínculo, equipes multiprofissionais - com aquelas do modelo tradicional de atenção básica; outros trabalhos como Rocha (2010) e Rasela et al (2014) constaram a redução da mortalidade infantil pós-natal, mais especificamente, por doenças diarreicas e infecções pulmonares.

Em relação à pesquisa avaliativa, suscitada pela reorganização da atenção básica em saúde implementada na ESF, Hartz (2000) alerta que a gestão da saúde, embora conte com indicadores de monitoramento e metas estabelecidas a partir de indicadores de morbimortalidade produzidos, exige uma abordagem de pesquisa avaliativa (com utilização do método científico que inclua diferentes dimensões para sustentabilidade e autonomia local (técnica, gerencial, e financeira).

Um importante e atual mecanismo de gestão da Atenção Básica, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). incorpora o monitoramento e pesquisa avaliativa O programa foi criado 2011 pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) Ministério da Saúde (MS) com a ideia de indução de ciclos de melhoria da qualidade a cada 02 anos: (2011/2012 1º ciclo, 2013/2014 o 2º ciclo e o 3º ciclo (2015/2017). Este último passou por algum período de descontinuidade com a mudança da gestão nacional de saúde mas foi retomado no final de 2017 e ainda está em curso. Com alguma semelhante com a experiência internaional em gestão por resultados, abase a adesão é voluntária dos gestores municipais, avaliações (auto avaliação e avaliação externa), alcance de metas de indicadores

contratualizados e pagamento por desempenho. O programa vem articulado como outros programas como o Mais Médico para o Brasil e Requalificação das Unidades Básicas de Saúde – REQUALIFICA- SUS (BRASIL

O objetivo explicitado do PMAQ-AB é induzir a ampliação do acesso aos serviços, à melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção e o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores. É apresentado pelo DAB como um compromisso ético-político expresso na adoção de padrões de qualidade comparáveis nacional, regional e localmente de modo a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à melhoria da Atenção Básica em Saúde. A adoção revela a intenção de estimular a consciência sanitária de gestores e profissionais criando um consenso meio à heterogeneidade de atores envolvidos – gestores, profissionais e usuários para melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários e supera a visão estática de padrão como teto ou *platô* a ser alcançado (BRASIL, 2012a; PINTO, SOUSA, FLORÊNCIO, 2012).

O PMAQ-AB utiliza um escopo complexo de avaliação e está organizado em quatro fases consideradas complementares na conformação de um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade: adesão dos gestores municipais e contratualização individualizada por Equipe de Atenção Básica (EAB) para cumprimento de indicadores de desempenho e monitoramento; desenvolvimento com autoavaliação das EAB, através, preferencialmente, mas não obrigatoriamente, de uma gama de padrões de qualidade contidos no instrumento de Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMAQ), apoio institucional e educação permanente; avaliação externa com inclusão dos padrões definidos na AMAQ e contratualização que representa o início do novo ciclo de qualidade (BRASIL, 2011).

A avaliação externa corresponde ao momento avaliativo propriamente dito, em que os *experts* oriundos de instituições de ensino e pesquisa vêm verificar, *in loco*, as evidências de que os resultados esperados (padrões) foram efetivamente alcançados. A partir dos dados coletados, o Ministério da Saúde por meio de técnica estatística de agrupamento, classifica as equipes da atenção básica pertencentes a um mesmo estrato de municípios em quatro possíveis categorias: muito acima da média; acima da média; na média; e abaixo da média ou insatisfatória. Esta certificação gera o pagamento por desempenho das equipes com transferência de recursos financeiros destinados a AB

diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal (MORAES, IGUTI; 2013). É um importante agente de interlocução da pesquisa acadêmica e a gestão.

O PMAQ enquanto processo inovador no caso brasileiro, mas amplamente utilizado em outros países como Reino Unido, Austrália, Estados Unidos entre outros traz a centralidade e atualidade da avaliação por desempenho para indução da qualidade. O programa pode ser visto como um sistema dinâmico coerente com os princípios do SUS com potencial para reforçar a aprendizagem organizacional, baseado na prática reflexiva e coerência cultural. Embora na prática, a depender do contexto político-institucional possa caminhar para burocratização, execução de tarefas, e institucionalização da avaliação que não se traduza em aprendizado institucional (NICOLI et al, 2016).

Pesquisadores como Macinko (2017) e Roland (2014) que analisaram o PMAQ tendo como pano de fundo a experiência internacional de pagamento por desempenho, chamam atenção tanto para seu potencial de induzir a qualidade como possibilidades de melhorias contínuas durante seu desenvolvimento como para o risco de ser implantado em conjunto com outras estratégias, mas também corre o risco de ser utilizado como solução mágica, ainda que na literatura científica não se acumulem evidências que atestem sua efetividade para resolver todos os problemas relativos a qualidade da atenção à saúde. Estes pesquisadores também o risco de focalização nas ações que compõem padrões para certificação e são coletados na Avaliação Externa. Há uma preocupação com o diferencial do reembolso não ser ao provedor como ocorre em outros países e sim ao gestor sem que se tenha mecanismo que permita o acompanhamento da aplicação dos recursos na melhoria da qualidade da AB. Outros aspectos metodológicos da avaliação são mencionados como grande número de indicadores, não representatividade da amostra dos usuários, maior peso em indicadores de infraestrutura (indicadores de qualidade mínima) e menos em melhoria da qualidade. Os dados da AE do PMAQ tem mostrado que o alcance de padrões mínimos de acesso e qualidade não atinge nem os 100% destes padrões de qualidade por equipe nem a totalidade das equipes. Como os padrões de qualidade geram certificação e pagamento há uma tensão entre qualidade mínima e a questão da equidade de evitar reforçar que os que mais precisam recebam menos. Estes fatores são mais preocupantes porque, em situação de sub- financiamento o pagamento por desempenho ao invés de representar um incentivo à melhoria pode ser tomado como fonte de financiamento.

Na esteira de mecanismos inovadores de gestão, a Atenção Básica vem sendo permeável à informatização e o uso de Tecnologia da Informação (TI). A informatização trouxe processos gerenciais inovadores para tomada de decisão que podem ser percebidos nos sistemas de informação da Atenção Básica. No ano de 2013, por meio da Portaria nº 1.412 foi instituído o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), que é operacionalizado pela estratégia denominada e-SUS. O e-SUS é um software composto por dois sistemas que instrumentalizam a coleta de dados, que vão ser inseridos no SISAB, são eles: Coleta de Dados Simplificados (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), a opção por um dos sistemas é definida por cada município, de acordo com o seu nível de informatização (BRASIL, 2013).

Inicialmente a implantação dos instrumentos do SISAB nos municípios brasileiros aconteceu de acordo com a capacidade de informatização de cada unidade federada, CDS ou PEC. A adoção de prontuário eletrônico é considerado internacionalmente como ferramenta de gestão do cuidado. A plataforma digital utilizada nos serviços de saúde do SUS permite o acompanhamento do histórico, dos dados, resultado de exames dos pacientes, verificando em tempo real a disponibilidade de medicamentos e até mesmo registrar as visitas de agentes de saúde, melhorando o atendimento ao cidadão.

A transmissão 100% digital dos dados da rede municipal à base nacional permite ainda que o Ministério da Saúde verifique em tempo real como está sendo investido o recurso do SUS na saúde do brasileiro, ainda se deve ressaltar que o PEC permite o acompanhamento real dos dados de saúde e de doença do usuário nas unidades favorecendo o ganho na qualidade e na gestão da Atenção Básica para o gestor, para os profissionais de saúde e para o cidadão (BRASIL, 2014).

Entretanto das dificuldades de uso é inerente à problemática da desigualdade de inclusão digital na sociedade e nas UBS. Segundo dados do MS 76% das unidades básicas de saúde ainda registram o histórico do paciente em papel. Apesar de dados do Ministério das Comunicações apontarem que todas as cidades contam com ponto de internet banda larga. O Ministério da Saúde oferece plataforma gratuita, mas o envio dos dados também pode ser feito pelos municípios por sistema próprio. Após o período para implantação das plataformas, o pagamento do Piso de Atenção Básica (PAB) Variável às prefeituras ficará condicionado à implantação do prontuário eletrônico (BRASIL, 2014).

Em relação à implantação do PEC nas Unidades de Saúde, das 41.688 unidades em funcionamento em 5.506 municípios, apenas 10.134 unidades tem o PEC. Uma informação importante é que destas unidades que possuem o PEC, 2.902 unidades utilizam o software disponibilizado pelo MS e 7.302 unidades utilizam softwares próprios e privados. Para os municípios que ainda não implantaram o PEC, o MS estabeleceu um prazo de até o dia 10 de dezembro de 2016 para que fosse enviada uma justificativa plausível para não implantação, estabelecendo uma nova data limite para à implantação. A inexistência do PEC geraria corte no incentivo para AB. O MS se prontificou a ajudar os municípios que apresentarem dificuldade para implantação do PEC, todavia não garante que mesmo justificando a dificuldade de implantação, o recurso da AB não será suspenso. (BRASIL, 2014).

É importante ressaltar que a instituição do SISAB trouxe algumas mudanças quando comparados ao antigo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Alves et al (2017) observam como avanços a ampliação de profissionais que alimentava o sistema, visto que no SISAB todas as equipes da Atenção Básica, incluindo as equipes da Estratégia de Saúde da Família, as equipes dos Núcleos de Saúde da Família, as equipes do Consultório na Rua, as equipes participantes do Programa Saúde na Escola e do Programa Academia da Saúde devem enviar as informações para o banco de dados. O sistema de informação da Atenção Básica, o e-SUS AB coleta os dados de forma individualizada o que permite a identificação e o acompanhamento das ações de cada profissionais e usuário ao longo do tempo além da consolidação do Cartão Nacional de Saúde, ou Cartão SUS.

Considerando a incipiência do grau de implantação do e-SUS AB, dificuldades são apresentadas em relação ao despreparo inicial dos profissionais para o preenchimento adequado das fichas, o que gera dificuldades na atualização dos dados no sistema; a necessidade de capacitação desses profissionais que operam o sistema e a ausência de infraestrutura necessária como quantidade de computadores em boas condições de uso e a impossibilidade de edição dos dados já cadastrados no e-SUS AB (OLIVEIRA et al., 2016).

A Tecnologia da Informação (TI) ao disponibilizar ferramentas para apoiar e melhorar o diagnóstico e o manejo de condições sensíveis a APS constitui um avanço à efetividade. Telessaúde representa uma ferramenta de articulação entre atenção básica e atenção especializada - comunicação entre pontos de atenção. Esta iniciativa permite

oferecer melhor acesso e qualidade, além de permitir que os encaminhamentos sejam feitos com maior facilidade (STEIN, FERRI; 2017). Entretanto, persiste o desafio geral das tecnologias informacionais que é superar as dificuldades de implantação em todo o país frente às desigualdades sociais de inclusão digital.

Outra inovação na organização do cuidado primário à saúde foi a institucionalização de Redes de Atenção à Saúde (RAS), por meio do Decreto 7.508/2011, se constitui uma inovação no SUS e assume relevância ao propor a substituição de um sistema fragmentado hegemônico (MAGALHÃES JUNIOR, MIRANDA; 2014) e um modelo de atenção inadequado a situação epidemiológica do país por sistemas integrados de saúde que se articulem em todos os níveis de atenção à saúde e que atendam às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2015).

Pode-se afirmar que esse novo arranjo organizacional das ações e serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, favorecem a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). A atenção primária à saúde pode ser considerada o centro de comunicação das redes de atenção, coordenando o cuidado, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e os contra fluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes (BRASIL, 2015).

Recentemente, por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, o Ministério da Saúde aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A referida portaria passou por uma rápida consulta pública e foi alvo de críticas de várias entidades e instituições preocupadas com a garantia do SUS e do direito à saúde. Embora o discurso do governo federal tenha apresentado a nova PNAB como uma proposta de ampliar o acesso e aumentar investimentos, as inovações nela contida nem sempre representam melhoria dos serviços de saúde.

Uma das mudanças mais críticas da PNAB é a nova forma de organização dos cuidados primários à saúde. A não obrigatoriedade dos municípios instituírem a Estratégia Saúde da Família como modelo preferencial de cuidados primários abre a possibilidade para novas formas de organização de equipes de saúde, ao sabor da ideologia da gestão local. O grande desafio que se impõe nessa questão é a manutenção da modalidade ESF num contexto de subfinanciamento dos cuidados primários e da saúde como um todo.

A inovação da não definição de território implica diretamente na impossibilidade de realizar o acompanhamento, monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde da população. Considera-se que, a territorialização e adscrição da clientela, além de permitirem atendimentos às necessidades de saúde e doença da população o faz dentro da lógica da vigilância à saúde, ou seja, a proposta da adscrição da clientela transcende o aspecto curativista e biologicista para o modelo de vigilância à saúde, que prevê vínculo, responsabilização, conhecimento das condições que diminuem a vulnerabilidade dos usuários sob a responsabilidade da equipe. Ou seja, permite que profissionais de saúde monitorem e avaliem as condições de saúde da população, organizem seu trabalho e melhorem os indicadores de saúde articulados com as condições do território que está envolvido (CAMPOS, 2003)

Ainda na PNAB observa-se a inserção da figura do Gerente de AB, cujos critérios a serem utilizados na escolha do profissional que irá participar das decisões dos processos de trabalho da AB devem ser mais claros. Durante todos esses anos, esse profissional existiu de forma não oficial e não se estudou qual foi o impacto de suas ações na melhoria do processo de trabalho nas equipes de saúde. É ainda pertinente que não se confunda a atribuição do gerente de AB com a figura do apoio matricial. O apoio matricial se fundamenta no auxílio às equipes na construção da gestão do cuidado, da clínica ampliada, na autonomia do sujeito na cogestão, entre outros (CARDOSO, 2016). O gerente de AB deverá assumir uma postura de apoiador institucional, que atue próximo a realidade das equipes, estimule a liderança entre os sujeitos, promova autonomia na perspectiva da humanização das relações e da produção de trabalho de modo que os membros revejam suas práticas e percebam ou não a necessidade de mudanças no decorrer de sua atuação profissional. (CAMPOS, 2005). O desafio que se interpõe à essa inovação é não ceder à pressão política de escolha eleitoreira para a ocupação desse cargo, de modo que a promover um desencontro de processos de trabalho, desarmonias ou ainda favoreça a desconstrução desmedida e sem parâmetros.

A PNAB apresenta ainda novas atribuições para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A nosso ver, trata-se de dismantelar o *modus operandi* da única categoria profissional que, genuinamente, nasceu com o SUS, impondo modificações das ações de vigilância à saúde. De modo opcional, pode-se acrescentar a esta composição, agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família. Mais uma vez, a gestão será

determinante na composição da equipe mínima, podendo fazer arranjos minimalistas, com ofertas de pacote mínimo de serviços.

A questão da inovação mantém uma relação intrínseca com a pesquisa. Um importante ator na articulação pesquisa e Atenção Básica é a Rede de Pesquisa em Atenção Primária a Saúde. Criada em 2010, a Rede busca proporcionar a comunicação e articulação entre pesquisadores, profissionais e gestores da APS. Objetiva, também, promover a melhoria da utilização dos resultados em pesquisa para qualificar a gestão e potencializar o conhecimento.

A rede elenca uma série de temas relevantes em APS como: financiamento e custos, trabalhadores de saúde, práticas integrativas, APS nas redes regionalizadas, modelos assistenciais e atributos da APS, saúde bucal, saúde mental, APS nas redes temáticas, modalidades de gestão, pesquisa clínica, experiências dos usuários da APS, tecnologias, formação e educação permanente, acesso e qualidade; e intersetorialidade.

Um importante aspecto levantado é de um lado um número crescente de estudos e do outro a necessidade de pesquisas com maior nível de classificação das evidências científicas como aponta o estudo de revisão de Rodrigues et al, (2014) em Estudo de Revisão sobre Rede de Atenção A Saúde.

Outro debate que precisa que vem repercutindo na comunidade científica é oportunizar a revisão de critérios de financiamento à pesquisa (*grants*) levando em conta nos editais de financiamento, a aprovação por méritos e com equidade consoante as necessidades locais Além de processos mais transparentes e abertos da revisões por pares para aprovação e publicação dos trabalhos nos periódicos indexados (NASSI-CALÒ, L, 2015).

Entre os instrumentos e políticas que objetivam a sustentação de pesquisa no SUS, a secretaria de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (CT&I/S,) inseriu na Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação para a Saúde (PNCTIS) e foi articulada com a Política Nacional de Saúde (PNS) e a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (PNCTI). Os eixos e estratégias desta articulação foram instrumentos facilitadores da interface entre as ações do Estado, do mercado e da comunidade científica, em prol SUS (BRASIL, 2008).

ensaio analítico produzido por Tenório, Melo e Viana (2017) com base em extensa revisão narrativa de literatura técnica, jornalística, legislação e portarias do Governo Federal, concluiu que, no Brasil, há um arcabouço de marcos institucionais de

fortalecimento, orientação e incentivo às atividades de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) a partir da geração de novos insumos ou incremento de técnicas, processos e tecnologias já existentes, que, por sua vez, serão produzidos, comercializados e empregados nos seus diferentes segmentos, alimentando, assim, todo o processo do Complexo Produtivo da Saúde.

Ameaças e propostas de soluções

Pesquisadores de referência nacional, na área de saúde coletiva no Brasil, Moura e Camargo Júnior (2017) em editorial de reconhecido periódico nacional e internacional, o Cadernos de Saúde publicado em 2017, trazem um consistente debate a partir da reafirmação que, desde 2015 a crise econômica, seguida por uma crise política vem operando corte de financiamento de auxílios de pesquisa e bolsas em praticamente todas as agências federais e estaduais de fomento à pesquisa. Em todo território nacional e, particularmente, no Estado do Rio de Janeiro há comprometimento do parque científico e tecnológico. Como consequência aponta a desmotivação de novos talentos para a pesquisa, a evasão de cérebros para outros estados e, principalmente, para fora do país.

Nesta perspectiva, a adoção de postura, de não aumentar o investimento em pesquisa e inovação e apenas contração do orçamento público, sinaliza para seu aprofundamento. Ainda nesta linha, esses autores argumentam que economistas de diversas correntes e até mesmo do Fundo Monetário Internacional (FMI), têm afirmado, com bases em dados empíricos, que a adoção de medidas de austeridade numa recessão como a que se enfrenta atualmente tende a aprofundar a retração econômica e seus efeitos como desemprego, comprometimento de serviços públicos, deterioração de relações sociais e adoecimento. Além disso, retarda a recuperação que poderia ser impulsionada quando a geração de conhecimento, tecnologia e inovação se torna cada vez mais importante como motor da economia, produzindo riqueza e até mesmo reduzindo gastos

Moura e Camargo Júnior (2017) acrescentam o fato de que certas pesquisas, apesar de sua relevância social, dificilmente serão financiadas pelo setor privado. Neste campo, a área de Saúde coletiva por sua própria natureza é dependente do financiamento público com inúmeros benefícios a exemplo da criação do Sistema Único

de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família, programas de humanização do parto. Concordamos com os autores que ainda há tempo de reverter o desmonte da pesquisa, da pós-graduação e do sistema de universidades públicas e gratuitas. A consecução destes objetivos se fará pela mobilização social na direção de preservar um patrimônio adquirido com muito investimento anterior, e que está produzindo resultados importantes para o desenvolvimento do Brasil e melhoria da qualidade de vida de seus cidadãos.

Considerações finais

A crise que atinge a inovação e a pesquisa se insere num contexto político mais amplo. Incertezas e indefinições político-institucionais na política de saúde com medidas governamentais de retrocessos nos avanços conquistados com o desenvolvimento do SUS. Centralmente, observa-se uma fragilidade no financiamento da saúde e da AB em particular, derivadas da política econômica de austeridade (PEC do Teto de Gastos Públicos).

A saúde insere-se na moldura nacional. O cenário atual está carregado de muita insegurança, com ausência de definições institucionais básicas, indispensáveis para se operar com visualizações políticas de médio e longo prazo. O país inteiro assiste à um acirramento de contradições nas instituições da República, encarregadas de “manter o equilíbrio e harmonia entre poderes” (Executivo, Legislativo, Judiciário). Ao mesmo tempo, agudizam-se situações econômico-sociais de grande porte e impacto na sociedade, com a recente intervenção militar no Rio de Janeiro, forjando novos desdobramentos políticos e ameaças ao processo político-eleitoral nacional que está em curso.

A indispensável construção de uma agenda positiva na saúde e na APS passa necessariamente pelo reforço às atividades das nossas entidades e instituições que defendem o SUS (democrático, igualitário e forte nas suas ações) e que lutam por um país soberano, com estabilidade política e institucional e crescimento econômico.

Referencias utilizadas

ALBUQUERQUE, E.M.; SOUZA, S.G.A.; BAESSA, A.R. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. **Ciênc Saúde Coletiva**, 2004; 9:277-94. 5.

ALVES, J.P., et al. Avanços e desafios na implantação do e-SUS-Atenção Básica. **II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**. Campina Grande, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**, Brasília: CONASS, 2015. 127 p. Disponível em:<www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf> Acesso em: 01 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde**. Brasília. 2010.

BRASIL. Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011. **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**. Publicada no Diário Oficial da União em 19 de julho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.412, DE 10 DE JULHO DE 2013. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html> Acesso em : 02 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada – CDS / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/DAB/DOCS/PORTALDAB/DOCUMENTOS/MANUAL_CDS_ESUS_1_3_0.PDF> Acesso em : 31 de Mar. de 2017.

BYRNES., *et al.* The four pillars of scholarly publishing: the future and a foundation. *PeerJ PrePrints*, 2013, vol. 1, p. e11v1. Disponível em< <http://dx.doi.org/10.7287/peerj.preprints.11v11>> Acesso em 28 fev 2018.

BUSS, P.M., et al. Desenvolvimento, saúde e política internacional: a dimensão da pesquisa & inovação. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2016, vol.32. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001402001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 mar. 2018.

CAMPOS, C. E. A. Os desafios da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(2): 569- 584, 2003

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.

CARDOSO, J.R.; OLIVEIRA, G.N.; FURLAN, P.G. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(3):e00009315, mar, 2016

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, Oct. 2009 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Fev. 2018.

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.

COSTA, L. S. Inovação nos serviços de saúde: apontamentos sobre os limites do conhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, supl. 2, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001402004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Mar. 2018.

FERRI, S. M. N., et al . As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 11, n. 23, p. 515-529, Dec. 2007 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Fev. 2018.

HARTZ, Z.M.A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento/ Basic health care evaluation research the necessary complemente for monitoring. **Divulg. saúde debate**, *nº especial*: 29-35. Dez 2000.

LASTRES, H.M.M.; CASSIOLATO, J.E. Inovação e sistemas de inovação: relevância para a área de saúde. **RECIIS** 2007; 1:153-62.

LORENZETTI, J., et al. Tecnologia, Inovação Tecnológica E Saúde: Uma Reflexão Necessária. **Texto Contexto Enferm** 2012; 21:432-9. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a23v21n2.pdf>> Acesso em: 28 fev. 2018.

MACINKO J.; HARRIS, M.J.; ROCHA, M.G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ). **J Ambul Care Manage.** abril de 2017;40(2 Suppl):S4–11.

MACINKO, J.; LIMA COSTA M.F. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. **Trop Med Int Health**, 2012;17:36-42.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade.** *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>> Acesso em: 01 mar. 2018.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org) *Agir em Saúde*. São Paulo. Ed: Hucitec, 1997, 385p.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, jul/set 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a05v37n98.pdf>> acesso em: 01 mar. 2018.

MOURA, E.G.; JUNIOR, K.R.C. A crise no financiamento da pesquisa e pós-graduação no Brasil. *Cad Saúde Pública*, **Cad saúde pública**. 18 de maio de 2017;33:e00052917. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n4/1678-4464-csp-33-04-e00052917.pdf>> Acesso em: 01 mar. 2018.

NASSI-CALÒ, L. Os pareceres de propostas de financiamento a pesquisa poderiam ser abertos? [online]. **SciELO em Perspectiva**, 2015. Disponível em: <<http://blog.scielo.org/blog/2015/03/20/os-pareceres-de-propostas-de-financiamento-a-pesquisa-poderiam-ser-abertos/>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

NICOLI M.A., et al. Não é só um problema de “satisfação dos usuários”: considerações sobre a participação dos usuários na avaliação da atenção básica. **Saúde em Redes**. 25 de maio de 2016;2(1):23–42. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/658/pdf_21> Acesso em: 01 mar. 2018.

NODARI, C. H., et al. Configuração das práticas de inovação na atenção primária à saúde: estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2015, vol.20, n.10 pp.3073-3086 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003073&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2018.

OLIVEIRA, A.E.C., et al. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. *Saúde em Debate*, [s.l.], v. 40, n. 109, p.212-218, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00212.pdf> Acesso em: 01 mar. 2018.

PEREIRA, M. J. B., et al. A assistência domiciliar: conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1001-1010, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Fev. 2018.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORENCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl, s/paginação.2012. Disponível em:< <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492/1142>> Acesso em: 01 mar. 2018.

RASELLA D., et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ** 2014;349. Disponível em:< <http://www.bmj.com/content/bmj/349/bmj.g4014.full.pdf>> Acesso em: 01 mar.2018.

REDE DE PESQUISA EM APS. Retrospectiva 2017. Disponível em:<<http://rededepesquisaaps.org.br/2017/12/28/retrospectiva-2017-rede-de-pesquisa-em-aps/>> Acesso em: 01 mar. 2018.

ROCHA R.; SOARES, R.R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. **Health Econ** 2010;19:Suppl:126-58.

RODRIGUES, L.B.B., et al. A atenção primária a saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc saúde coletiva**. Fevereiro de 2014;19:343–52.

ROLAND, M. PMAQ comentário de Martin Roland, Universidade de Cambridge, RUWorkshop de Validação Internacional do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Anais**.Brasília-DF: 2014
ROLAND – workshop, 2014

STEIN, A. T.; FERRI, C. P. Inovação e Avanços de Atenção Primária no Brasil: novos desafios. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2017;12(39):1-4 v. 1. 2017. Disponível em:< <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1586/864>> Acesso em: 27 fev. 2018.

TENÓRIO M.; MELLO, G.A.; VIANA, A.L.D. Políticas de fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil e o lugar da pesquisa clínica. **Ciência & Saúde Coletiva**. maio de 2017;22(5):1441–54