

Desafios na Atenção Primária e os percalços na busca pela inovação: uma análise à luz do modelo Neo-Schumpeteriano de Windrum; García-Goñi (2008).

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi identificar os principais desafios (drivers) que gestores de unidades básicas da atenção primária enfrentam e se as estratégias delimitadas para lidar com tais percalços constituem-se em inovação. Para este processo, foi utilizado o modelo Neo-Schumpeteriano de inovação em serviços públicos como lente de análise. Foram realizadas sete entrevistas com gestores das unidades de saúde de um município do oeste mineiro. Os resultados apontam seis desafios e algumas estratégias usadas para lidar com os mesmos. No entanto, nem a resposta aos desafios e nem algumas ações isoladas diferenciadas identificadas podem ser compreendidas como inovação. Ressalta-se a dinâmica entre os desafios e o peso do vetor político no processo.

Palavras-chave: Inovação, serviços públicos, SUS

Introdução

O setor de saúde apresenta condições particulares para inovação e desenvolvimento. Os serviços prestados neste setor, devido à sua complexidade e interação próxima com os mais variados atores econômicos e sociais faz com que ele permaneça entre os mais dinâmicos em termos de crescimento econômico. Sendo assim, através do setor de saúde é possível perceber várias questões teóricas fundamentais no debate sobre inovação em serviços, bem como contribuir para uma melhor gestão dos serviços de saúde (PÁDUA FILHO *et al.*, 2016; BARBOSA; GADELHA, 2012).

Uma boa alternativa para incentivar a qualificação da atuação do Estado seria entender melhor como as inovações ocorrem no setor público (BARBOSA; GADELHA, 2012); entretanto, apenas 5% das publicações feitas sobre inovações em serviços são direcionadas para as atividades de tal setor (RESENDE JUNIOR; GUIMARÃES, (2012). Este dado aponta a necessidade de aprofundamento sobre o tema em questão. Esta constatação parece ser oriunda da percepção equivocada de que o setor público seja apenas um coadjuvante na inovação, a qual caberia apenas regular e financiar atividades inovadoras, ou ainda consumir inovação de empresas privadas (GOMES; MACHADO, 2018). O processo de inovação em serviços públicos precisa considerar as diferentes partes envolvidas no processo, como o papel desempenhado pelos políticos, tornando necessário incluí-los na dinâmica da inovação. Além deles, também é necessário incluir os provedores dos serviços e os consumidores, os quais também moldam as características dos serviços públicos (WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008).

Entretanto, as pesquisas nacionais brasileiras sobre inovação não abordam o tema serviços em saúde, o que mostra que é necessário a busca por novos conhecimentos, superando o padrão atual, no qual prevalece uma desarticulação entre os sistemas nacional de saúde e de inovação (PÁDUA FILHO *et al.*, 2016; BARBOSA; GADELHA, 2012).

É preciso reconhecer a importância do setor de serviços de saúde, responsável pelo desenvolvimento de parte do conhecimento disponível na sociedade, pois este incentiva o avanço da tecnologia e da especialização da mão-de-obra (GADELHA; COSTA, 2012). As relações entre Estado, sociedade e mercado, já contestadas pela Reforma Sanitarista Brasileira (COSTA, *et al.*, 2017), precisam ser repensadas, para que a inovação no setor seja dinamizada e permita mais benefícios sociais.

Desta forma, o objetivo deste artigo foi identificar os principais desafios (drivers) que gestores de unidades básicas enfrentam e se as estratégias delimitadas para lidar com tais percalços constituem-se em inovação. Este artigo está subdividido em mais 5 partes além desta: referencial teórico; metodologia; resultados; discussão e conclusões.

Referencial Teórico

Inovação: conceitos e sua aplicação aos serviços

O processo relacionado à busca por inovação não pode ser considerado simples, uma vez que, para tal, é necessário que haja um conhecimento profundo sobre o produto ou serviço ofertado, bem como o ambiente em que este está inserido. Tais informações podem ser obtidas por meio de buscas, experimentações, descobertas, estudos dos processos organizacionais, dentre outros (NODARI *et al.*, 2015). Mesmo sendo considerado um propósito de difícil execução, a inovação pode ser reconhecida em diferentes cenários, especialmente no setor público (UCHÔA *et al.*, 2018; FERNANDES *et al.*, 2016; FALABRETTE *et al.*, 2016).

O conceito de inovação pode ser entendido como “novos e melhores produtos e processos; novas formas organizacionais; a aplicação de tecnologia existente em novos campos; a descoberta de novos recursos ou a abertura de novos mercados” (Niosi *et al.*, 1993, p.209). Segundo Gallouj e Weinstein (1997) a inovação ainda pode ser classificada como: 1) *Radical innovation*: na qual um novo produto é criado; 2) *Improvement Innovation*: na qual há uma melhoria nas características já existentes de um produto; 3) *Incremental Innovation*: quando há a inserção de novos elementos para melhoria de um produto; 4) *Ad hoc Innovation*: quando são criadas soluções para problemas específicos ou particulares de determinado produto; 5) *Recombinative Innovation*: uma combinação de produtos diferentes para a formação de um novo; e 6) *Formalisation Innovation*: quando há organização e especificação da estrutura do produto, dando-lhe uma forma e distinguindo entre as características técnicas e as de serviço. Destaca-se a importância da inovação, uma vez que, por meio desta, seja possível promover mudanças essenciais em uma organização. Este processo possibilita encontrar melhores formas de alcançar os objetivos empresariais, mesmo diante de recursos escassos, o que contribui para a eficiência (NODARI *et al.*, 2015); e consequentemente para a competitividade. A capacidade inovativa encontra-se atrelada ao desenvolvimento e habilidade competitiva de uma organização, região e até mesmo uma nação (COSTA *et al.*, 2012).

No entanto, para alcançar uma melhora na capacidade competitiva, por meio da inovação, a organização precisa estar disposta à mudança, o que envolve primeiro conhecer os fatores que afetam este processo. É imprescindível que a organização conheça todas as suas rotinas, sua rede de produção/prestação de serviços, bem como seus colaboradores para que as mudanças necessárias ocorram e um ponto essencial nessa busca pela competitividade é a satisfação do cliente (VASCONCELOS, 2014).

Há um conceito chamado *disruptive innovation* que trata do poder que os clientes possuem e que pode influenciar o mercado. O conceito está associado a como uma empresa menor pode, mesmo com menos recursos, desafiar os negócios já estabelecidos, especialmente a partir da necessidade de atender o cliente (CHRISTENSEN *et al.*, 2015). O processo permite, portanto, o surgimento de pequenas empresas inovadoras que ofertam a melhores preços, apresentando, no entanto, características semelhantes às que já existem (MANSHARAMANI, 2005).

Nesta linha de análise, ou seja, a partir da força do cliente e sua capacidade de interação com o processo produtivo; a inovação em serviços ganha destaque. Considerada

como uma ação direta, direcionada à melhoria da qualidade (FERREIRA et al., 2014); a inovação em serviços enfrentou alguns obstáculos relacionados à solidificação da teoria que a embasa. Gallouj e Weinstein (1997) argumentam sobre dois pontos essenciais: 1) A teoria da inovação foi desenvolvida com o foco voltado para as atividades industriais, portanto, prevalecia uma visão tecnicista predominantemente associada a tais atividades (DURÃO et al., 2018); 2) As propriedades específicas e particulares relacionadas à prestação de serviços dificultam a detecção de suas características através de um modelo tradicional, fato que pode dificultar a inovação em tal setor. Isso também ocorre devido o setor de serviços dependerem de um alto grau de contato e instantaneidade em relação a sua prestação com os clientes (VASCONCELOS, 2014). A relação com o cliente/usuário é muito importante, pois o mesmo é fonte de informação para adequação do produto (PÁDUA FILHO et al., 2016). Sendo assim, a inovação em serviços é vista como resultado das interações entre indivíduos e organizações, com uma criação conjunta dentro dessa rede de relacionamento (DURÃO et al., 2018).

Contudo, é preciso afirmar que tais percalços parecem superados, uma vez que o crescimento da importância dos serviços para o desenvolvimento econômico mundial, através da geração de emprego e de renda é extremamente notável. Estudos sobre inovação nesse segmento têm crescido consideravelmente (DURÃO et al., 2018; GADELHA; COSTA, 2012). Vale ressaltar que tal setor não diminui a importância do setor industrial, pelo contrário, é um aliado para o seu desenvolvimento (VASCONCELOS, 2014).

Ressalta-se que a inovação é uma prática extremamente benéfica para o desenvolvimento de uma organização. A criação de algo novo, seja ele produto, serviço ou processo, pode ser a peça chave para o sucesso. Entretanto, essa criação requer uma mudança dentro da organização, além de um vasto conhecimento de seu ambiente organizacional, o qual é composto por colaboradores e clientes, especialmente quando é uma inovação voltada para a prestação de serviços.

Inovação em serviços públicos de saúde

O setor público enfrenta um grande desafio ao tentar fornecer serviços de qualidade aos cidadãos, já que possui recursos escassos e capacidade operacional limitada (ALBERTI; BERTUCCI, 2006). A inovação é um bom caminho para aumentar a taxa de resposta dos serviços públicos, pois através desta, seria possível desenvolver soluções para os problemas existentes e encontrar melhores formas de utilização dos recursos disponíveis (GOMES; MACHADO, 2018).

De acordo com Farah (2008) existem outros fatores que precisam ser levados em consideração na análise da inovação em serviços públicos: 1) A capacidade que uma política ou processo tem para se transformar em uma solução inovadora para problemas sociais; 2) A análise do problema enfrentado, se a sua possível solução pode ser aplicada em diferentes municípios/locais e se ela está em consonância com a agenda de políticas públicas de diferentes localidades; 3) Acesso à informação; e 4) Influência de atores sociais e de políticos externos, o que inclui os movimentos sociais de cada localidade, os políticos e a burocracia. Além disso, os ganhos de uma inovação e em tal setor nem sempre não podem ser considerados como os retornos financeiros em setores privados, mas, sim, resultados positivos para a sociedade. Definir inovação para o setor público pode, portanto, ser considerada mais complexa quando comparada com a inovação no setor privado (OLIVEIRA et al., 2014).

No Brasil, a transição demográfica, o aumento da expectativa de vida e de doenças crônicas não transmissíveis tem representado alguns dos grandes desafios para o sistema de

serviços públicos de saúde. O SUS (Sistema Único de Saúde) foi criado a partir da evolução dos direitos sociais, ou seja, a partir do momento em que o governo admitiu a variável saúde tinha peso na agenda governamental. Diante de uma série de problemas enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, o SUS, criado em 1988, representou uma tentativa de solução (COSTA *et al.*, 2012; FERREIRA *et al.*, 2014). Reflexo da insatisfação popular, dos excessos da ditadura militar e da impossibilidade de um sistema de saúde segregado (MENICUCCI, 2014); o SUS representa um dos primeiros passos em busca da atenção universal.

Instaurado pela Constituição de 1988, o SUS pode ser compreendido como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública no mundo, através do qual é possível ter acesso a diferentes serviços, da mais baixa até a mais alta complexidade. Com seus princípios estabelecidos pela Lei 8.080 (BRASIL, 1990), o sistema é baseado na busca pela 1) Universalização: serviço garantido a todas as pessoas; 2) Equidade: diminuir as desigualdades; e 3) Integralidade: conseguir atender a todas as necessidades das pessoas, com promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Para tal ação, os princípios organizativos descentralização e regionalização foram implementados. Dessa forma, estados, municípios e União são corresponsáveis pela prestação do serviço em todo o território nacional. O SUS é caracterizado a partir de então como uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, baseada na descentralização, no atendimento integral, focado em ações preventivas e na participação da comunidade (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Desta forma, os serviços são focados à demanda de uma determinada região e subdivididos em níveis de complexidade. Os prestadores formam uma rede, chamada de Rede de Atenção à Saúde (MENDES, 2011a); que tem como ponto de partida a Atenção Primária em Saúde (APS). A APS é formada por uma associação entre diversos atores e setores de serviços públicos de saúde, além de interações diretas com a população, tornando-se o centro das RAS's, trabalhando referências e ações preventivas. Uma das principais iniciativas neste ponto é a Estratégia da Saúde da Família (ESF), que tem recebido importantes investimentos visando um maior alcance populacional (NODARI *et al.*, 2015; NODARI; OLEA; DORION, 2013).

Mesmo com a construção, solidificação e aplicação dos princípios do SUS, é preciso admitir que as condições de saúde de uma população dependem de vários determinantes, dos quais, grande parte está ligada a fatores sociais, como saneamento, emprego, distribuição de renda, alimentação, e outros. Portanto, a gestão dos serviços de saúde é uma tarefa complexa e difícil de ser realizada, uma vez que existem desafios que não são obrigações diretas do setor de saúde e sim o reflexo de políticas públicas em diversos setores (GOMES; MACHADO, 2018; COSTA *et al.*, 2012)

É preciso admitir que existam muitas outras limitações como estruturas físicas inadequadas, falta de materiais, equipamentos, medicamentos e funcionários, muitas vezes reflexos do subfinanciamento do setor (MENDES, 2013). Além disso, percebe-se a fragilidade tecnológica da base produtiva dos serviços de saúde e a grande burocratização presente no Estado, fato que diminui ainda mais o potencial de utilização da inovação na saúde pública. Consequentemente, o país não consegue pautar seu próprio padrão tecnológico, portanto, é nesse contexto que a inovação tem sido considerada um fator estratégico para enfrentar os desafios sociais, já que através dela é possível trazer benefícios significativos para a reestruturação dos serviços de saúde nacionais (GOMES; MACHADO, 2018; COSTA

et al., 2012).

Através da relação Estado, sociedade e mercado pode-se dizer que a estrutura da inovação em serviços de saúde inclui políticos, provedores de serviço do setor público, empresas e consumidores, portanto, as características de um serviço são moldadas pelas preferências e competências destes atores (WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008). Essas características que moldam o serviço, são embasadas em dois pilares, a estrutura interna do produto em questão e as propriedades externas, as quais relacionam-se com o produto. Portanto, é necessário fazer a distinção entre características do produto/serviço, características complementares e externalidades (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997).

O Sistema Nacional de Inovação no Brasil está em consonância com essas teorias. Pois o mesmo é constituído por “empresas, instituições de ensino, agências de pesquisa e de financiamento, tanto públicas quanto privadas. Por meio delas o governo formula e executa políticas de incentivo à inovação” (MARTINS *et al.*, 2012, p. 52). Entretanto, é necessário superar os conflitos existentes entre as áreas que compõe a rede e aprofundar no conhecimento sobre a inovação em saúde (COSTA *et al.*, 2012).

METODOLOGIA

O objeto de pesquisa deste trabalho foram os serviços de saúde ofertados pelo SUS, especialmente na atenção primária, buscando identificar problemas, estratégias e inovações em sua prestação. Para isso, recorreu-se a pesquisa qualitativa, já que o presente artigo busca uma compreensão profunda do caso estudado, não se restringindo a dados estatísticos (RICHARDSON, 1999). Além disso, o trabalho pode ser classificando como descritivo, já que através dele é possível revelar as situações observadas durante o trabalho de campo através da descrição e análise do que foi coletado (GIL, 2002, p. 131).

Para a coleta dos dados foram feitas sete entrevistas semiestruturadas, sendo uma com o secretário municipal de saúde e seis entrevistas com coordenadores de Unidades Básicas de Atendimento (UBS's) de um município do oeste mineiro. Foram adotados os critérios de amostragem por conveniência, já que os coordenadores entrevistados foram escolhidos por meio da acessibilidade, e a saturação para o encerramento da coleta de dados.

Por fim, utilizou-se a análise de conteúdo para a extração das respostas obtidas, já que ela “é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados” (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011). As entrevistas foram gravadas e transcritas, a fim de se realizar uma análise mais profunda das informações coletadas.

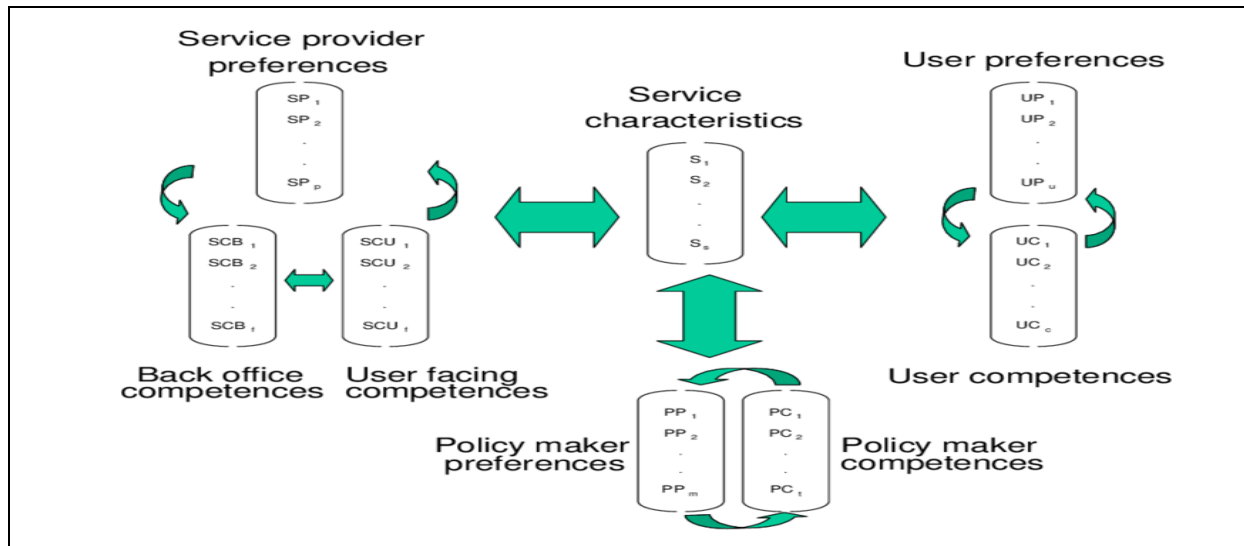
Confecção do roteiro de pesquisa

O roteiro utilizado nas entrevistas foi elaborado seguindo o modelo Neo Schumpeteriano sobre inovação em serviços públicos de Windrum e García-Goñi (2008), que pode ser observado na figura 1. Através deste é possível perceber que as características dos serviços são moldadas de acordo com as preferências e as competências de três pilares: dos provedores de serviços, dos consumidores e dos políticos. Sendo assim, no roteiro que serviu de base para as entrevistas, buscou-se informações sobre os desafios que os entrevistados enfrentam para inovar, bem como as estratégias que eles utilizam para superar estes percalços, especialmente a partir destes 3 atores.

Partindo do conceito de inovação em serviços públicos delimitado pelo modelo adotado, primeiro foram identificados os maiores desafios na condução do serviço prestado nas unidades analisadas. O objetivo foi mapear os principais percalços e a forma como as

unidades ou o sistema do município reagia diante destes, na busca de identificar ações inovadoras no setor.

Figura 1: Inovação em serviços públicos defendido por Windrum e García-Goñi (2008)



Fonte: Windrum e García-Goñi (2008)

Uma inovação tecnológica não é uma entidade independente, mas o meio através do qual vários agentes comunicam suas preferências e competências (WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008. P. 655). Dispensando o vetor de características técnicas, o modelo tem seu foco nas competências e preferências dos diferentes agentes, uma vez que o serviço de saúde depende fortemente destes fatores. Estas competências, especialmente aquelas relacionadas ao prestador de serviços, ainda podem ser divididas em competências de “back-office” e competências “face-a-face”. A introdução de um novo serviço ou uma nova qualidade de um serviço existente altera as características deste serviço (Vetor S), considerada uma inovação de produto, que pode ter sua fonte em mudanças nas preferências dos decisores políticos (vetor PP) ou nas preferências dos usuários (vetor UP). Ao mesmo tempo, mudanças nas preferências e competências dos prestadores podem ser caracterizadas como um tipo de inovação (de processo), uma vez que os prestadores mudam características relacionadas ao modo de oferta do serviço, tanto em relação ao contato com o paciente (facing competences) quanto a estrutura administrativa e gerencial que sustenta o serviço prestado (back office competences).

As alterações nas competências do provedor de serviços (vetor SC) também podem denotar o terceiro tipo de inovação adotado por Schumpeter: a inovação organizacional. Esse tipo de inovação também pode alterar as competências dos usuários (vetor UC), envolvendo novas formas de organização da produção; novas estruturas de gestão; novas rotinas; práticas de trabalho; novas relações com membros externos como a cadeia de suprimentos; alianças, etc. (WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008).

A inovação de mercado significa a abertura a novas possibilidades mercadológicas para determinado produto/serviço, o que está totalmente arraigado nos agentes consumidores, representando mudanças no vetor associado a suas preferências (UP), mas também do vetor associados à suas competências (UC). Além disso, a introdução de uma inovação pode alterar os vetores associados às competências e preferências dos decisores políticos, uma vez que as

políticas públicas precisam ser formalizadas com o objetivo de englobar benefícios advindos destas mudanças. Já a inovação de entrada (aquelas relacionada a novas fontes de matéria prima ou insumo intermediário) afeta preferências e competências dos prestadores de serviço (vetores SC e SB).

ANÁLISE DOS DADOS

A primeira etapa das entrevistas foi a identificação dos possíveis drivers de inovação, ou seja, situações desafio que podem direcionar ações inovadoras. Por meio da aplicação da técnica de Análise de Conteúdo, estes direcionadores foram classificados em seis categorias: Recursos Humanos, Recursos Materiais, Continuidade do Tratamento, Falta de compreensão, Questões Políticas e Stress. Cada categoria que representa um desafio foi subdividida em outras subcategorias que representam as ações tomadas diante destes.

Desafio 1: Recursos humanos - Remanejamento/ Revezamento; Relacionamento com o paciente e Priorização.

O primeiro desafio encontrado diz respeito a aspectos relacionados aos recursos humanos em saúde (os assistenciais) especialmente em termos de quantidade e atendimento à demanda que é repassada às unidades:

“... os Postos de Saúde da Família (PSF's) estão assim, com uma demanda muito além do que o Ministério preconiza e com poucos funcionários.” (E6)

“A gente tem atendimento médico é... referenciado pra até 4.500 pessoas, mas na verdade a gente atende muito mais do que isso. Então fazer essa cobertura é um dos nossos desafios...” (E4)

“É... o número de atendimentos disponibilizado ele é insuficiente, a classe médica não cumpre uma carga horária né...” (E2)

“... uma parte da questão de falta de pessoal mesmo... o maior motivo da minha insônia são problemas relacionados à pessoas...” (E1)

Quando questionados sobre a razão desta falta de funcionários os entrevistados alegam que o problema é o próprio servidor ou o processo burocrático envolto à administração pública:

“A razão é que as duas funcionárias aposentaram, se é aposentadoria, teria que ser um contrato imediato pra substituição, só que, é... não foi autorizado... e isso já vai fazer dois anos que tá arrastando.” (E4)

É... o serviço público não aqui em (...), no Brasil inteiro é assim, tem muita dificuldade com alguns servidores que num... que não querem, num querem trabalhar, pega muito atestado e isso atrapalha muito o serviço público” (E1)

É muito importante ressaltar que esta falta de funcionários, obviamente, acaba ocasionando problemas em relação à prestação de serviços: cobertura deficiente, sobrecarga de tarefas e aumento da procura por serviços de emergência.

“... 60% tá coberto, 40% não tá coberto... é uma micro área negra, que eu não sei quem mora, não sei, só os pacientes mais antigos né, eu não sei quem é hipertenso, quem é diabético, quem tá gestante, é uma micro área negra no meu PSF....” (E2)

“Falta técnico... se ela está de atestado ou está de férias acaba que eu fico sozinha, então eu tenho que fazer o meu serviço de enfermeira e fazer o serviço do técnico também.” (E6)

“... muita gente vai lá (UPA), porque chega no posto de saúde e não acha médico...” (E7)

As formas de lidar com o desafio dos Recursos Humanos, representam estratégias alocadas em três subcategorias: Remanejamento/ Revezamento; Relacionamento com o paciente e Priorização.

A primeira estratégia é relacionada ao remanejamento ou revezamento de funcionários, na busca de cobrir o déficit de recursos humanos:

“... a gente tem que remanejar, é, porque ao contrário do que se fala, que se houve aí fora, o serviço público não tá sobrecarregado de funcionários, a gente trabalha com falta...” (E1)

“Ou às vezes eu tô sem técnico e sem recepcionista provisoriamente, porque elas tão de férias, e sem gente da limpeza, que ela também tá de férias... aí a gente vai revezando...” (E2)

No entanto, o processo tem seu lado negativo e seu reflexo no próprio colaborador:

“... o servidor que tá saindo do posto de trabalho dele pra cobrir o outro, ele se sente injustiçado..., ele chega no setor geralmente não vai ter aquela vontade de aprender o serviço, e até que ele aprenda o serviço pra começar a executar, aquele serviço vai ser prestado de uma forma não tão satisfatória” (E1)

A segunda estratégia está relacionada à insatisfação do paciente, que diante de um funcionário sobrecarregado pela falta de funcionários e consequentemente da demora na prestação de serviços, sente-se incomodado:

“... eu tento lidar acolhendo bem o paciente... E aí quando não tem técnico de enfermagem eu faço o papel do técnico, que eu largo meu serviço de enfermeiro, porque tem coisa que só o enfermeiro que faz, que o técnico faz, mas em compensação eu faço tudo, eu faço o meu e do técnico.” (E7)

“Eu pedia, primeira coisa eu pedia paciência pro paciente né, eu falava: olha, eu estou sozinha. Então eu fazia uma coisa de cada vez pra eu tentar atender todo mundo e não me cansar”. (E5)

A última estratégia para lidar com a falta de funcionários é a Priorização, ou seja, diante do excesso de trabalho e da insatisfação do paciente, os funcionários buscam eleger aqueles que têm uma demanda mais urgente:

“Então aquelas que têm uma necessidade maior, não que são privilegiadas, mas sempre são priorizadas dentro das nossas possibilidades. A gente não deixa de atender ninguém..., mas quem tem mais necessidade a gente sempre dá uma prioridade”. (E4)

Para lidar com uma das causas da falta de funcionários, os gestores desdobram-se em atividades administrativas que busquem recuperar o envolvimento e a colaboração dos funcionários:

“Toda semana... (reunião) e isso me desgasta tanto, porque toda semana eu falo a mesma coisa, e toda semana tem um ou outro que não faz o que eu passo”. (E7)

“...tentando orientar os funcionários, dando liberdade aos funcionários em todos os sentidos... tentando trazer mais satisfação pro funcionário pra que esse absenteísmo ele diminua...” “... a gente tenta a questão de

palestras, cursos pra motivar o profissional e também pra humanizar, pra ele entender que a falta dele aqui, prejudica a saúde da população, prejudica a assistência à saúde.” (E1)

Desafio 2: Recursos materiais – Planejamento/Economia e Cooperação

O segundo desafio está relacionado à falta de recursos como materiais e medicamentos, estrutura física e tecnológica.

“o mais importante é a falta de recursos, né, que a gente tá tendo... o país todo tá tendo, né. Então devido a essa falta de recursos não tá tendo como a gente prestar uma assistência adequada para os pacientes.” (E6)

“É... a prefeitura nos fornece dentro das possibilidades, mas não são sempre é... aquilo que seria o ideal, né? Então muita das vezes a gente acaba se virando com o que pode, com o que tem.” (E4)

“É, por exemplo, aqui, a nossa estrutura física não é uma estrutura física adequada, a gente tá numa casa, né, então assim, não tem sala pra todos os profissionais, “cê” tem que fazer tipo um rodízio, então isso também é complicado.” (E6)

“A nossa estrutura física é um pouco insuficiente, apesar de ser uma das melhores que a gente tem no município, né? Você vê aqui que na nossa sala a gente divide, eu e outro enfermeiro dividimos a sala, né?” (E5)

“... eu não tenho um software de gerenciamento da minha unidade de pronto atendimento, o software de gerenciamento de estoque é muito, muito arcaico, e quando “cê” vai comprar algo novo custa muito caro.” “... “A gente usa planilhas de *Excel* pra fazer muita coisa, muita coisa vai impresso no papel, a gente faz o que, o que precisa fazer, só que o tempo de resposta disso é muito grande”. (E1)

Ao mesmo tempo, quando alguma ferramenta tecnológica é disponibilizada, há falta de capacitação para seu uso:

“... igual com relação assim, aos problemas do computador, às vezes a gente não tem capacitação bacana pra fazer... Tivemos sim alguns cursinhos com o pessoal da secretaria, mas as mesmas dificuldades que a gente tem, a gente percebe que eles também têm...” (E5)

As estratégias encontradas para lidar com o desafio da falta de materiais pode ser subdividida em duas subcategorias: os gestores buscam suprir suas necessidades por meio de planejamento e economia ou via cooperação com outras unidades de saúde:

“Nossa... é difícil. A economia é diária, a gente tenta, vai economizando o máximo que a gente pode, porque a gente sabe que vai faltar, né?” (E6)

“Olha, nesse ponto a gente tem um apoio muito grande da secretaria e os outros colegas em si. Não é, não é época de chegar meu material, eu ligo pro almoxarifado e peço, me adianta um pouco esses materiais... e dependendo, tem caso infelizmente a gente não tem como atender o paciente.” (E5)

“Aqui quando falta algum material, quando falta alguma coisa, eu costumo entrar em contato e solicitar ajuda.” (E4)

É possível afirmar que este foi o único desafio que pode levar à interrupção nos serviços:

“Tem que ser particular... Aí “cês” orientam o paciente que ele tem que procurar...” e “...a gente tem que suspender o serviço.” (E3)

Desafio 3: Continuidade do tratamento – priorização

Um dos reflexos da falta de recursos financeiros e também dos outros desafios já citados é a continuidade do tratamento para o paciente:

“O maior... vou voltar nessa questão da falta de verba, né, da gente não conseguir levar em frente um diagnóstico ou um tratamento, porque não tem vagas fora do município...” (E7)

“Eu não tenho pra onde referenciar o paciente, muita das vezes eu não consigo seguir o tratamento dele porque na hora que chega no setor secundário tem um afunilamento...” (E2)

“Porque a pessoa chega aqui com algum problema de saúde, só que pra ela consumir ela precisa de um exame de sangue, que às vezes vai demorar, não cai como uma urgência... o paciente tem que esperar às vezes 2-3 meses, porque a nossa cota é pequena pra grande demanda que a gente tem.. (E7)

Esse processo de referência e continuação do cuidado ainda é dificultado por problemas na comunicação tanto entre as unidades quanto pessoal assistencial:

“É... hoje nós temos prontuário eletrônico em todas as unidades básicas de saúde né, posto de saúde tem... mas na unidade de pronto atendimento não existe isso ainda... Então essa falta de sistema, ela dificulta a contra-referência...” (E1)

“...um especialista passa uma receita, por exemplo, pro paciente que faz acompanhamento endócrino...e fala, você tem que tomar um ano esse medicamento. A médica daqui não concorda em passar, aí paciente briga... paciente não entende, porque acha que quem tá certo é o especialista.” (E7)

É importante ressaltar que um dos pontos mais críticos neste processo de dificuldade na continuidade da atenção são os exames:

“Teve uma época que a gente ficou sem agendar exame de laboratório, nossa... foi muito difícil. É... a gente não tem ultrassom pra gestante, então é complicado né?” (E3)

“É assim, é... primeiro o exame laboratorial a prefeitura compra esse exame, ela antes, ela produzia o exame e agora ela terceiriza né, então existe uma cota desse exame por mês, um valor financeiro que o Estado disponibiliza. Esse valor financeiro, ele não é suficiente pra poder cobrir a população inteira.” (E2)

“Igual tomografia, ressonância, que são exames especializados, o Estado que paga, que libera TPI né, pra gente tá encaminhando, é... também não é o suficiente pro município, mamografia é a mesma coisa, não é suficiente a quantidade que é disponibilizado pelo Estado, e assim por diante.” (E2)

“... o meu limite aqui é fazer até onde eu posso, que é examinar, que é ver se tem alguma coisa estranha, diferente; e depois eu preciso de

meios de diagnósticos, né? Pra confirmar, e muitas vezes a gente não tem. A médica passa pela mesma coisa, ela reclama muito disso.” (E7)

Em relação às estratégias utilizadas para lidar com a falta de continuidade da prestação de serviço, destaca-se que não foi possível encontrar ações, uma vez que o processo não é responsabilidade da atenção primária. No entanto, é possível atenuar o problema através da priorização no atendimento:

“eu tento priorizar quem precisa mais, ou quem, quem tá com uma necessidade de saúde maior... então assim, o que a gente faz é tentar acalmar o paciente....” (E2)

Desafio 4: Falta de compreensão – priorização e orientação

Além do desafio da grande demanda para poucos recursos, vale ressaltar que existem situações que dificultam ainda mais o trabalho dos gestores, os quais possuem dificuldades em lidar com alguns pacientes, que cobram muito das unidades básica de saúde:

“Então eu acho... o maior desafio é com o serviço que a gente não tem aqui XXX, eu acho que é o desafio maior, que é o que a gente lida mais com o paciente, paciente num entende, então é a maior dificuldade que a gente tem na unidade.” (E3)

“... a demanda é muito exigente, nem sempre a gente consegue atender aquilo que o paciente quer.” (E5)

Como uma tentativa de contornar os problemas supracitados os gestores tentam conversar com o paciente e explicar a situação. Entretanto, alguns pacientes não concordam e acabam entrando em conflito com os servidores:

“Então “cê” tenta explicar tem aqueles pacientes que te entende... tem aqueles que reclamam, bate o pé, vai no prefeito, vai no secretário. Tem outros que nem lá reclamar vai, vai direto pra mídia, num quer nem saber que que tá acontecendo, né. Então assim, eu... a gente fica chateado com isso. Porque não é culpa da gente, mas eles falam que é do posto, entendeu?” (E3)

“Tem o protocolo a ser seguido, e a pessoa na ansiedade ela quer que a gente quebre os protocolos...” “... O que a gente pode resolver, a gente resolve. Mas, pra alguns pacientes naquele momento aquilo é insuficiente.” (E5)

Ressalta-se a estratégia para lidar com essa questão da demanda e de atendimentos complexos, como cirurgias não se distanciam das demais já apresentadas, se resumindo em orientação e priorização de casos mais graves:

“A gente tenta organizar os fluxos, a gente tenta deixar o paciente bem orientado... pra ele tá ciente que vai ser uma coisa que talvez vai demorar um pouco mais do que ele precisa, né?” (E5)

“A gente realmente faz aquilo que precisa ser feito. Então a gente trata como uma prioridade algumas situações, e aquelas que não têm tanta exigência a gente vai demandando e organizando da melhor forma possível pra atender a todos”. (E4)

Desafio 5: Política e Burocracia na saúde – há alguma forma de lidar?

O quinto desafio está relacionado às inferências políticas, à burocracia do serviço público e à judicialização da saúde:

“... uma questão política, eu acho que atrapalha bastante também, porque às vezes a gente quer trabalhar de uma forma... mas tem a questão política que influência muito no serviço da gente, a gente quer resolver de um jeito e o usuário reclama e a gente tem que acabar fazendo alguma coisa, né, que não condiz com o que é... com o que a gente pensa, né, de acordo com os princípios...”(E7)

“... o serviço público tudo que vai se fazer é muito moroso, comprar, é... licitar, então isso atrapalha muito.” “... tem que montar uma licitação pra uma agulha e as vezes essa licitação demora um, dois, três meses pra ficar pronta e quando fica pronta dá frustrada, não aparece empresa e eu não tenho outro meio de comprar.” “... ainda que seja um mandado judicial “cê” precisa de uma licitação, “cê” tem uma, duas, três licitações frustradas e isso vai atrasando. (E1)

“A secretaria muita das vezes precisa fazer licitações, pedidos, né? E a gente depende disso também, muita das vezes nós somos atendidos, vez ou outra acontece de não ter por conta dessas licitações e dificuldades.” (E4)

“Tem coisa assim que eu acho que são úteis... lógico. Mas eu acho que tem coisa que pegam pesado, muita coisa burocrática, sabe?” “A gente esbarra muito nessa parte burocrática.” (E3)

Neste aspecto é importante delimitar as rotinas burocráticas as quais os funcionários estão presos. Muitas destas atividades, como preencher dados em programas e outros são simplesmente colocadas nas UBS's, sem uma devida adaptação aos diferentes cenários:

“... não conhece, não sabem o que é a nossa realidade. Até porque assim, é... cada PSF tem a sua peculiaridade, cada área tem a sua...”

“E se eu for trabalhar tudo do jeitinho que eles colocam num cabe na realidade da gente.” “A gente tem um programa de avaliação que é do governo federal...” “... toda vez que tem a avaliação, a nossa equipe aqui ela ganha bom, muito bom, bom, muito bom, fica variando assim. Aí... a gente ganha incentivo financeiro... só que tem equipe que só ganha ruim. Mas aí a equipe tá lá numa casa... que é alugada, onde não tem cômodo..., se o médico tiver atendendo a enfermeira não tá atendendo, porque só tem um consultório... como que compara um lugar desse com o meu?” (E2)

Quando questionados sobre as estratégias usadas para lidar com os desafios os entrevistados transparecem haver poucas chances pontuais de tentar solucionar tais problemas:

“... a gente tenta reestruturar, por exemplo, o meu setor de compras... ele tinha 2 funcionários, hoje ele tem 6. Aí eu identifiquei o problema e... apliquei todos os meus recursos nesse setor, e surtiu efeito. Porque processos que se demoravam em média de 2 meses agora tá saindo em 1 mês, caiu pela metade do tempo.” (E1)

Desafio 6: Stress: Só fica ao final, o stress – Dá para resolver tudo?

Por fim, o último problema encontrado diz respeito ao stress que os gestores enfrentam. Trata-se do reflexo dos outros problemas e desafios enunciados, uma vez que o

gestor, especialmente estando na ponta final do processo, é pressionado por serviços e responsabilidades que não são suas:

“... essa questão de pouca oferta pra grande demanda... muitos usuários precisando, principalmente aqui ... a gente pega uma área muito pobre, né, ...então é muita gente precisando pra pouca oferta. Então a acaba que a gente se sente pressionado ...” (E7)

“ ‘Ah’, porque o meu posto não tem esse exame, porque meu posto não tem isso, porque a enfermeira falou isso, porque a enfermeira falou aquilo... entendeu? Então assim, a gente fica chateado com isso né?” (E3)

As interferências políticas também geram stress:

“Questão política não tem jeito, porque na hora que pega no pé da gente...” “E político entra no meio, aí chega coisa pra gente responder, que nem teria que responder, né, coisa técnica da gente, coisa de processo de trabalho, de ética profissional, aí acaba que a gente tem que responder pro ministério público, pra ouvidoria do SUS. Então isso assim, não tem como fazer, num muda né?” (E7)

DISCUSSÃO: HÁ INOVAÇÃO NAS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS GESTORES DE SAÚDE?

Segundo o modelo proposto por Windrum e García-Goñi (2008), para que exista a inovação em serviços públicos é necessário mudanças nos vetores encontrados na figura 1. Os autores argumentam que a inovação precisa fazer com que haja a reestruturação dos serviços ofertados, de forma a alterar todos os vetores de seu modelo. Portanto, somente pode ser classificada como inovação, a estratégia que atinja simultaneamente os três pilares do modelo: provedores, consumidores e políticos; e que mude as características do serviço prestado.

Através das entrevistas feitas com o gestor municipal de saúde do município escolhido e com seis coordenadores de unidades básicas de saúde, foi possível identificar, à luz do modelo Neo-Schumpeteriano de Windrum e García-Goñi (2008), que não há inovação na atenção primária, especialmente em relação aos 6 Desafios encontrados. Percebe-se que os dois últimos não apresentam estratégias bem delimitadas, uma vez que ou estão fora do alcance dos envolvidos ou representam o reflexo dos problemas discutidos.

A primeira estratégia, ou seja, o remanejamento/revezamento de colaboradores tem a capacidade de alterar o produto/serviço a ser ofertado, uma vez que há uma alteração nas competências que envolvem o processo de prestação do mesmo. Este processo pode alterar o vetor relacionado às características do serviço ofertado. Contudo, esta troca ou substituição não tem a capacidade de afetar as competências ou preferências dos usuários deste serviço, ou seja, não há espaço para geração de novas rotinas e práticas, uma vez que o processo sobrecarrega o funcionário.

A melhora no relacionamento com o paciente tem o objetivo de diminuir a insatisfação resultante da falta de colaboradores. Esse processo, no entanto, não pode ser compreendido como uma inovação, mesmo sendo capaz de alterar as características do serviço. Isso se deve porque esta ação por parte do funcionário não altera as competências ou preferências nem do usuário e nem do prestador, ou seja, eles não mudam a dinâmica organizacional.

A orientação é uma estratégia que é capaz de alterar as preferências e competências dos usuários (tornando-os mais cientes do processo), mas não é capaz de alterar as preferências ou competências do prestador, apesar de alterar as características dos serviços.

O planejamento e economia podem ser compreendidos como ações prévias, que buscam a manutenção dos serviços. Portanto, podem alterar somente o vetor das características dos serviços, ou seja, podem levar a serviços que sejam ofertados com quantidades mínimas de recursos materiais, contudo, esta decisão não afeta o vetor de competências ou preferências dos usuários. Já a cooperação pode ser considerada uma ação reativa, ou seja, não envolvem mudanças diretas na prestação de serviços. Desta forma, não alteram características do serviço ofertado e sim tenta manter o que já é realizado.

A priorização, muito usada em dois desafios, também não pode ser classificada como inovação, uma vez que não é capaz de alterar as características do serviço prestado.

Então, não há inovação?

Partindo-se do pressuposto que a inovação poderia ocorrer de outras formas, sem ter como ponto de partida os desafios elencados, algumas ações interessantes puderam ser delimitadas. Destaca-se uma mobilização para os serviços prestados em tom de prevenção, objeto da atenção primária:

“... amanhã começa um grupo de reeducação alimentar, aí ele vai durar três meses, aí nesses três meses os vinte participantes eles vão ter que perder peso, aí tem orientação da nutricionista, acompanhamento meu, acompanhamento da agente, as agentes fazem caminhada, faz exercício físico com eles... a gente começou de tabagismo há três meses atrás, então de três em três meses a gente tá fazendo uma coisa diferente assim pra população, pra trazer eles pra cá... “ “ ... Sabe essas mulheres que fica a tarde em casa assistindo sessão da tarde, num tem nada pra fazer? A gente traz elas pra cá, pra elas fazer artesanato, plantar, fazer plantinha, é... fuxico, contar história, essas coisas assim, aí elas passam a tarde aqui com a gente. Mas a gente inventa, sabe esses grupos diferentes assim, é o que a gente pode fazer, porque não tem muito o que mudar dentro do PSF né... mas aí a gente vai fazendo umas coisas assim.” (E2)

“A gente gosta muito de fazer é... ações na rua, né? Igual em julho, o... fez uma ação na praça, que é um local que fica pessoas que são vulneráveis, né, pessoas em situação de rua ou usuários de droga...”

“... fez palestra sobre o autocuidado, fez coleta de teste rápido, é... aferição de pressão, de glicose... fez um café depois pro pessoal e isso gera um impacto muito positivo, aquelas pessoas se sentiram muito valorizadas, né? E com isso elas procuram a unidade pra fazer teste rápido, até mesmo pra consultar, pra vacinação.” “...A gente fez uma palestra no bar, foi assim, muito bacana, porque do mesmo jeito, o pessoal que tava lá veio, procurou a unidade pra fazer teste rápido, pra consulta, pra vacina... mostra que a gente tá com a porta, com as portas abertas pra eles, né.” (E4)

Desta forma, as duas ações identificadas são capazes de alterar o vetor características dos serviços, uma vez que estes são prestados de forma diferente, em locais diferentes e atingindo públicos que não buscavam a unidade de saúde. Esta ação exige competências diferenciadas dos prestadores, ou seja, dos envolvidos com a iniciativa. As ações supracitadas possuem um efeito positivo na prestação dos serviços de saúde, alterando suas competências e suas preferências, mobilizando-os a buscar os serviços.

Já os grupos possuem um foco voltado para pessoas com problemas crônicos e pessoas com maus hábitos. A iniciativa altera o vetor de características do serviço (prestado de outra forma); altera as competências/ preferências dos usuários, pois os grupos passam por reeducação, aprendendo a lidar com seus agravos de saúde. E este processo exige uma mudança nas competências do provedor, uma vez que é preciso alterar as rotinas da unidade.

Contudo, quando questionados sobre como estas atitudes afetavam os decisores políticos, os entrevistados foram assertivos:

“Não! Não associam, não porque a gente já fez uma enquete uma vez e superinteressante, é... e a resposta, o retorno que a gente teve, é que quem produz somos nós, e não a prefeitura. Tanto que no dia que a gente é, saiu no jornal... eles acharam ruim. Porque eles saíram no jornal com o nome da prefeitura, e não do nosso PSF, eles não ficaram satisfeitos.” (E2)

“Eles são o pessoal do postinho, “ah” o postinho de saúde, as meninas do posto... a fala deles é essa. Então...vincula ao posto, não à prefeitura em si, mas vincula à imagem do posto (E5)

“Não, isso é a gente mesmo, graças a Deus.” (E7)

A associação com os decisores políticos, só é feita quando o resultado é negativo:

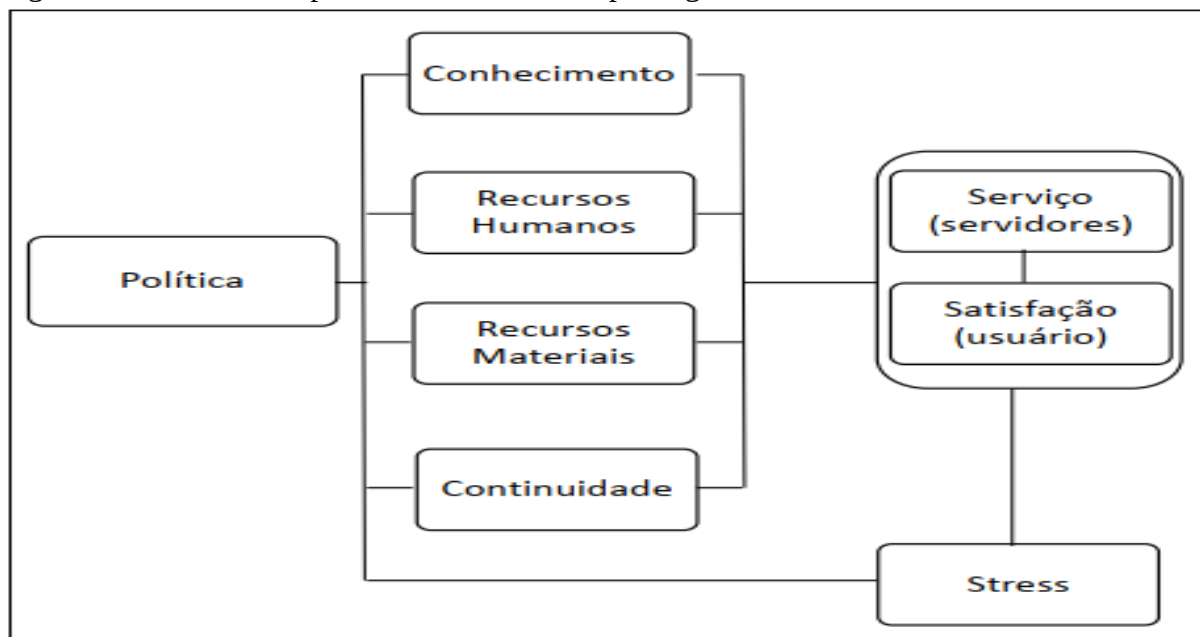
“... porque eles falam assim, igual, por exemplo, os médicos...” “... um tá de férias e a outra de atestado. Ah, mas esse prefeito não é bom, né...” (E5)

Portanto, até mesmo essas ações realizadas fora da unidade não podem ser classificadas como inovação, já que não ocorre mudança no vetor dos decisores políticos.

Dinâmica dos problemas encontrados

Através dos problemas encontrados foi possível elaborar uma dinâmica entre eles, que de certa forma relacionam entre si, fato que envolve os políticos, os usuários e os servidores. O modelo de tal dinâmica pode ser encontrado na figura 2.

Figura 2: Dinâmica dos problemas enfrentados pelos gestores



Fonte: Elaborado pelos Autores

O SUS é um programa gerenciado pelo Governo, portanto a política se encontra no início dessa dinâmica, na qual se encontra os políticos e as leis. É importante ressaltar os princípios estabelecidos pela Lei 8.080 (BRASIL, 1990), especialmente quando esta estabelece um sistema hierarquizado, descentralizado e organizado em redes. Nesta dinâmica, é preciso compreender que há um limite de poder e execução para cada ente (municípios, estados e União), estando também o orçamento condicionado a este propósito. As redes de atenção (RAS's) representam este desenho (MENDES, 2011) uma vez que um atendimento de maior complexidade precisa ser referenciado à outra unidade, o que leva tempo. Portanto, a questão política influencia todos os outros desafios e estratégias delimitadas também.

Desta forma, por reflexo da política adotada os recursos são insuficientes, a demanda não é suprida e a continuidade é prejudicada. Todo este processo gera um impacto nos outros dois lados do modelo de Windrum e García-Goñi (2008): provedores e usuários, causando-lhes insatisfação e stress. Portanto, os quatro aspectos: conhecimento, recursos humanos, recursos materiais e continuidade; influenciam fortemente o serviço prestado pelos servidores públicos presentes nas UBS's, e conseqüentemente a satisfação dos usuários, que são os pacientes. É importante salientar que o servidor, devido aos desafios, sente-se sobrecarregado, o que não permite que ele busque formas inovadoras de prestar o serviço.

Através da análise dos problemas e das estratégias criadas pelos gestores para lidar com eles, é possível afirmar que não há inovação seguindo o modelo proposto por Windrum e García-Goñi (2008), pois as estratégias não apresentam a criação de algo novo que mude as características dos três pilares: servidores, consumidores e políticos; elas são apenas respostas necessárias para lidar com determinados problemas, como uma tentativa de amenizar o dano causado pela frequente falta de recursos e pelo grande número da demanda.

Conclusões

O objetivo desta pesquisa foi identificar os principais desafios (drivers) que gestores de unidades básicas da atenção primária enfrentam e se as estratégias delimitadas para lidar com tais percalços constituem-se em inovação.

Os dados coletados permitem indicar que as estratégias adotadas para lidar com os desafios listados, não podem ser compreendidas como uma inovação, segundo o modelo de Windrum e Garcia-Góni (2008). No entanto, é importante destacar como os desafios são interligados e impedem a dinâmica inovativa. Há destaque para o fator político, uma vez que este delimita todo o processo de cuidado e a disponibilidade de recursos, afetando fortemente prestador e usuário. Portanto, os desafios podem ser compreendidos como limitadores à inovação e não geradores destas.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, A.; BERTUCCI, G. Replicating Innovations in Governance: an Overview. In: BERTUCCI, G. (Org.). . *Innovations in Governance and Public Administration: Replicating what works*. New York: United Nations Publication, 2006. p. 190.
- ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Dados Gerais: Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2010-2020)*.
- BARBOSA, P. R.; GADELHA, C. A. G. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. Supl., p. 68–75, 2012.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract>>.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.*. Brasília: [s.n.], 1990

CHRISTENSEN, C. M. *et al.* What is disruptive innovation? Twenty years after the introduction of the theory, we revisit what it does - and doesn't - explain. *Harvard Business Review*, v. 93, n. 12, p. 44–53, 2015. Disponível em: <<https://hbr.org/2015/12/what-is-disruptive-innovation>>.

COSTA, L. S. *et al.* A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. SUPPL.1, p. 76–82, 2012.

COSTA, L. S.; BAHIA, L.; BRAGA, P. S. DA C. Saúde e desenvolvimento: um diálogo com o pensamento de Celso Furtado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 7, p. 2119–2127, 2017.

DURÃO, I. L.; MEIRIÑO, M. J.; MÉXAS, M. P. Inovação em serviços de saúde a partir do Teste Myers-Briggs Type Indicator (MBTI®) associado à análise de redes sociais (ARS). *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 12, n. 3, p. 277–291, 2018.

FALABRETTE, L. *et al.* Prestação de Serviço em Saúde Hospitalar: Uma Análise da Inovação dos Processos em Hemodiálise no Hospital da Cidade de Passo Fundo. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, v. 5, n. 2, p. 1–13, 2016.

FARAH, M. F. S. Disseminação de inovações e políticas públicas e espaço local. *Organizações & Sociedade*, v. 15, n. 45, p. 107–126, 2008.

FERNANDES, F. M. B. *et al.* Inovação em ouvidorias do SUS – reflexões e potencialidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2547–2554, 2016.

FERREIRA, V. DA R. S. *et al.* Inovação em serviços de saúde no Brasil: análise dos casos premiados no Concurso de Inovação na Administração Pública Federal. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 5, p. 1207–1227, 2014.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: Avanços e desafios. *Revista de Saude Publica*, v. 46, n. SUPPL.1, p. 13–20, 2012.

GALLOUJ, F.; WEINSTEIN, O. Innovation in services. *Research Policy*, v. 26, n. 4–5, p. 537–556, 1997.

GIL, A. C. *Como elaborar Projetos de Pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2002.

GOMES, C. A.; MACHADO, A. G. C. Fatores que influenciam a inovação nos serviços públicos: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, v. 23, n. 74, p. 47–68, 2018.

MANSHARAMANI, V. Towards a theory of service innovation: An Inductive Case Study Approach to Evaluating the Uniqueness of Services. *Research Policy*, v. 15, n. 4, p. 69, 2005.

MARTINS, W. DE J.; ARTMANN, E.; URIBE RIVERA, F. J. Communication management of collaborative networks of science, technology and innovation in health. *Revista De Saude Publica*, v. 46, n. S, p. 51–58, 2012.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, v. 27, n. 78, p. 101–102, 2013. Disponível em: <<http://ci.nii.ac.jp/naid/110007988052/>>.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: [s.n.], 2011a.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. [S.l.: s.n.], 2011b.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual *. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 21,

n. 1, p. 77–92, 2014.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 15, n. 4, p. 761–765, 2011.

NIOSI, J. *et al.* National systems of innovation: in search of a workable concept. *Technology in Society*, v. 15, n. 2, p. 207–227, 1993.

NODARI, C. H. *et al.* Configuração das práticas de inovação na atenção primária à saúde: estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 3073–3086, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003073&lng=pt&tlng=pt>.

NODARI, C. H.; OLEA, P. M.; DORION, E. C. H. Relação entre inovação e qualidade da orientação do serviço de saúde para atenção primária. *Revista de Administração Pública*, v. 47, n. 5, p. 1243–1264, 2013.

OLIVEIRA, L. G. DE *et al.* Inovação no setor público: uma reflexão a partir das experiências premiadas no concurso inovação na gestão pública federal. *Caderno Enap*, v. 38, p. 61, 2014.

PÁDUA FILHO, W. C. *et al.* Inovação: uma ferramenta estratégica para a gestão de serviços do setor saúde. *Rahis*, v. 12, n. 4, p. 80–91, 2016.

RESENDE JUNIOR, P. C.; GUIMARÃES, T. A. Service Innovation: The state of the art and a proposal of a research agenda. *Revista Brasileira de Gestao de Negocios*, v. 14, n. 44, p. 293–313, 2012.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: Métodos e Técnicas*. São Paulo: Edi, 1999.

UCHÔA, S. A. DA C. *et al.* Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 100–113, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500100&lng=pt&tlng=pt>.

VASCONCELOS, C. R. DE. Inovação em Empresas Prestadoras de Serviços de Saúde: Uma Contribuição através da Metodologia de Kano. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, v. 03, n. 01, p. 57–69, 2014.

WINDRUM, P.; GARCÍA-GOÑI, M. A neo-Schumpeterian model of health services innovation. *Research Policy*, v. 37, n. 4, p. 649–672, 2008.