

Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Programa de Pós-Graduação em Administração
Curso de Doutorado Acadêmico em Administração

Katarina Leal Chaves Lacerda

DINÂMICA DA INOVAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**JOÃO PESSOA – PB
2020**



Katarina Leal Chaves Lacerda

DINÂMICA DA INOVAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Tese apresentada como requisito para obtenção do título de doutora em Administração no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Paraíba. Área de Concentração: Administração e Sociedade. Linha de Pesquisa: Organizações e Sociedade. Ênfase I: Inovação e Conhecimento.

Orientador: Prof. Dr. André Gustavo Carvalho Machado

**JOÃO PESSOA – PB
2020**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

L131d Lacerda, Katarina Leal Chaves.
Dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família /
Katarina Leal Chaves Lacerda. - João Pessoa, 2020.
230 f.

Orientação: André Gustavo Carvalho Machado.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCSA.

1. Administração. 2. Inovação no setor público. 3.
Dinâmica da inovação. 4. Estratégia Saúde da Família.
5. Atenção Primária à Saúde. I. Machado, André Gustavo
Carvalho. II. Título.

UFPB/BC

CDU 658 (043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

KATARINA LEAL CHAVES LACERDA

DINÂMICA DA INOVAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Administração no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Paraíba.

Área de Concentração: Administração e Sociedade. Linha de Pesquisa: Organizações e Sociedade.

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora:

Prof. Dr. André Gustavo Carvalho Machado (Orientador)
Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGA

Prof. Dr. Gesinaldo Ataíde Cândido (Examinador Interno)
Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGA

Prof. Dr. Samir Adamoglu de Oliveira (Examinador Interno)
Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PPGA

Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito (Examinador Externo)
Universidade Federal da Paraíba – UFPB/MPSF

Profª. Dra. Yákara Vasconcelos Pereira (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE/PPHTUR/MPA

AGRADECIMENTOS

Nada do que fazemos ou construímos é fruto unicamente dos nossos esforços. Somasse a eles uma rede de apoio que proporciona a fonte e, por vezes, a força necessária para que tudo se realize. E o início de tudo é Deus. Sem Ele, eu nada seria! Obrigada Pai amado por me levar ao alcance daquilo que até mesmo nem imaginaria conseguir.

Aos meus pais, Ubiratan Lacerda e Cláudia Chaves. Vocês são a minha base, a quem devo por todo amor, cuidado e esforços ao longo da vida para que eu pudesse alcançar essa e outras realizações. Muito obrigada por tudo!

À minha irmã, Ysabelle Lacerda, e ao meu cunhado, Daniel Souza, que muito contribuíram para a realização dessa pesquisa. Obrigada por disponibilizarem seu tempo para me acompanhar aos compromissos de coleta de dados, e, antes disso, pela indicação acertada de Ysabelle em relação à parceria de pesquisadores na área de saúde, além das tantas dúvidas esclarecidas. E ao baby Teodoro, amor de titia, que, sem nem saber ainda, me deu forças para concluir este ciclo.

Ao meu marido e companheiro de vida, Ironaldo Leal, minha sustentação e apoio incondicional. A pessoa que me incentiva a batalhar por tudo aquilo que acredito, e até que nem acredito, ser capaz. Muito obrigada por estar sempre ao meu lado, construindo o nosso presente e futuro.

À família do meu marido, também parte da minha família, especialmente meus queridos sobrinhos, Kauã, Heitor e Ravi, que me trouxeram alegria em tantos momentos necessários, e minha sogra, Flávia Raquel. Obrigada pelo incentivo e apoio para viabilizar esta pesquisa.

Aos colegas da Turma 06 de Doutorado do PPGA/UFPB. Nosso convívio e conversas descontraídas foram essenciais nesse processo. Agradeço ainda a Eurico Sprakel, colega de orientação, a quem agradeço por seu apoio e companheirismo.

Aos amigos: Anna Carolina Orsini, Elaine Rocha e Elton Moura. Meus sinceros agradecimentos a vocês que desde o mestrado compartilham comigo dessa longa e árdua caminhada na pós-graduação. A amizade de vocês é muito valiosa para mim. Não poderia deixar de registrar meu agradecimento ao apoio que me proporcionaram para fazer e durante a seleção do doutorado. Juntamente com Ironaldo, vocês não me deixarem desistir. Obrigada!

À amiga que o doutorado me proporcionou, Solange Cristina. Certamente a sua amizade e companheirismo foram um presente que recebi durante esses anos e que levarei por toda vida.

Ao meu orientador, Prof. André Machado, por todos os ensinamentos, desde o mestrado. Agradeço pelo compromisso, dedicação e profissionalismo com que sempre conduziu a orientação, indicando com precisão os pontos de melhoria. Obrigada por seus conselhos e

conhecimentos compartilhados, que, sem dúvida, contribuíram para o meu desenvolvimento acadêmico e profissional.

Aos Professores do PPGA/UFPB, a quem agradeço pela contribuição em minha formação doutoral, em especial aos professores Gesinaldo Ataíde e Samir Adamoglu, também membros da banca examinadora e que trouxeram excelentes contribuições para o aperfeiçoamento da pesquisa.

Ao professor Eduardo Brito, membro da banca examinadora e colaborador do projeto de pesquisa. Agradeço por ter aceitado o convite de investir na construção desta tese e pelas tantas consultas e reuniões para esclarecimentos sobre o campo de estudo. Seu conhecimento e apoio foram fundamentais para a realização da pesquisa.

À professora Yákara Vasconcelos, membro da banca examinadora e que dedicou bastante atenção, principalmente, para o meu entendimento dos procedimentos metodológicos. Muito obrigada por suas contribuições tão importantes para a condução da pesquisa.

À companheira de trabalho do DGP/UFPB, Maria Lucia. Sou muito grata por seu apoio e incentivo ao longo desses anos. Não poderia ter contado com melhor pessoa.

Aos professores do DGP/UFPB: Lizandra Serafim, Iris Gomes e Marco Acco. Agradeço pelos conhecimentos e indicações de literatura compartilhados. Saibam que foram essenciais na construção da pesquisa. E aos chefes do DGP/UFPB durante esse período de trabalho concomitante com o doutorado, Glenda Dantas, Vanderson Gonçalves, em especial, Sabrina Cabral e Flávio Perazzo, pelo apoio e incentivo logo em minha chegada ao DGP, que foram de grande auxílio.

À Camila Gomes e Miguel Dantas, as pontes para a autorização municipal que permitiu a realização da pesquisa. Sou muito grata pela solicitude em que ambos me atenderam. Estendo esse agradecimento a Raquel Brito, Edna Guedes e Sandra Araújo, da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, pela presteza e receptividade que dispensaram ao atendimento da pesquisa.

Às Gestoras Distritais Sanitárias de Campina Grande e aos profissionais de saúde que disponibilizaram um pouco do seu tempo, mesmo em meio ao corre-corre do dia a dia, entre uma reunião e outra, ou até mesmo durante a própria reunião, para participar da pesquisa. Muito obrigada!

Ao CNPq pela aprovação do projeto de pesquisa desta tese na Chamada Universal MCTIC/CNPq N 28/2018.

E a todos aqueles que estiverem presentes comigo neste processo e que, porventura, aqui não mencionados. Gratidão!

RESUMO

Este estudo objetiva esclarecer como ocorre a dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família (ESF). Para isso, tomando como base os fundamentos da teoria adaptativa, adotou-se a estratégia metodológica de estudo de caso no município de Campina Grande, localizado no Estado da Paraíba. Os sujeitos da pesquisa foram informantes-chave da Secretária Municipal de Saúde, Gerentes Distritais de Saúde, além de profissionais de saúde de equipes da ESF do município indicados pelos gerentes. Como técnicas de coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, grupos focais, observação direta sistemática e dados secundários. A análise foi realizada por meio do método da análise de conteúdo, com auxílio do *software* ATLAS.ti. Como resultados, a pesquisa evidenciou a existência de quinze inovações na ESF de Campina Grande, entre as quais, três estão presentes em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as demais encontram-se distribuídas nas UBSs da cidade. O tipo de inovação mais presente é a do tipo prestação de serviço, existindo inovações radicais, com predominância de inovações incrementais. O processo de inovação ocorre conforme etapas previstas na literatura. Entretanto, existe autonomia política e administrativa para que as equipes da ESF, desenvolvam e implementem inovações. Dos vinte e dois determinantes da inovação evidenciados, os principais são as necessidades dos usuários e entender a demanda do público. Características sociodemográficas e econômicas, atendimento a requisitos de programas governamentais e reconhecimento da população são determinantes que surgiram do caso analisado. Onze barreiras da inovação foram identificadas, sendo a mais relevante a limitação de recursos, sobretudo os recursos financeiros. Treinamento inadequado foi uma barreira evidenciada no contexto específico do estudo. Entre os atores políticos, jurídicos e físicos envolvidos na dinâmica da inovação, os que mais se destacam são os profissionais de saúde e as gerências (municipal e distritais). O usuário, apesar de não ser um ator ativo no processo de elaboração e implementação da inovação, figura como ponto central dessa dinâmica. A parceria para realização de inovações é mais evidente com o Ministério da Saúde e com instituições de ensino superior localizadas na cidade. Quanto aos resultados da inovação, os aspectos gerenciais são os mais contemplados, seguidos dos aspectos assistenciais e sociais. A dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família, com base nas quatro dimensões analisadas (inovação, determinantes e barreiras, atores e resultados), foi representada por meio de um *framework* desenvolvido *a priori*, à luz do encadeamento teórico discutido, e aperfeiçoado *a posteriori* por meio da investigação empírica. Como contribuição da pesquisa, a discussão teórica acerca da inovação em saúde pública possibilitou o entendimento de que entre os modelos de gestão da administração pública, os princípios do Novo Serviço Público (NSP) são os que mais se aproximam da realidade em que as inovações são desenvolvidas e implementadas na ESF. Além disso, os achados possibilitam uma compreensão mais clara de quais são e como se comportam os elementos que envolvem a dinâmica da inovação na ESF, orientando gestores e formuladores de políticas públicas de saúde a respeito do aperfeiçoamento dos processos inovativos.

Palavras-chave: Inovação no setor público; Dinâmica da inovação; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study aims to clarify how the dynamics of innovation occur in the Family Health Strategy (FHS). For this, based on the foundations of adaptive theory, the methodological strategy of a case study was adopted in the municipality of Campina Grande, located in the State of Paraíba. The research subjects were key informants of the Municipal Health Secretary, District Health Managers, in addition to health professionals from FHS teams in the city appointed by the managers. As data collection techniques, semi-structured interviews, focus groups, systematic direct observation and secondary data were used. The analysis was performed using the content analysis method, with the aid of the ATLAS.ti software. As results, the research showed the existence of fifteen innovations in the FHS of Campina Grande, among which three are present in all Basic Health Units (BHU) and the others are distributed in the BHU of the city. The most present type of innovation is the service type, with radical innovations, with a predominance of incremental innovations. The innovation process occurs according to stages foreseen in the literature. However, there is political and administrative autonomy for the ESF teams, in the BHUs, to develop and implement innovations. Of the twenty two determinants of innovation highlighted, the main ones are users' needs and understanding the demand of the public. Sociodemographic and economic characteristics, meeting government program requirements and population recognition are determinants that emerged from the analyzed case. Eleven barriers to innovation were identified, the most relevant being the limitation of resources, especially financial resources. Inadequate training was a barrier evidenced in the specific context of the study. Among the political, legal and physical actors involved in the dynamics of innovation, the ones that stand out the most are health professionals and managers (municipal and district). The user, despite not being an active actor in the process of elaborating and implementing innovation, is at the center of this dynamic. The partnership for carrying out innovations is more evident with the Ministry of Health and with higher education institutions located in the city. As for the results of innovation, managerial aspects are the most contemplated, followed by assistance and social aspects. The dynamics of innovation in the Family Health Strategy, based on the four dimensions analyzed (innovation, determinants and barriers, actors and results), was represented through a framework developed a priori, in the light of the theoretical link discussed, and improved a posteriori through empirical research. As a contribution of the research, the theoretical discussion about innovation in public health made it possible to understand that among the public administration management models, the principles of the New Public Service (NPS) are the ones that come closest to the reality in which innovations are developed and implemented in the FHS. In addition, the findings provide a clearer understanding of what the elements that involve the dynamics of innovation in the FHS are and how they behave, guiding managers and formulators of public health policies regarding the improvement of innovative processes.

Keywords: Public sector innovation; Dynamics of innovation; Family Health Strategy; Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - <i>Framework</i> de Inovação no Setor Público conforme a OCDE.....	72
Figura 2 - <i>Framework</i> de Inovação no Setor Público conforme a NESTA.....	73
Figura 3 - <i>Framework</i> de Inovação no Setor Público conforme o MEPIN.....	74
Figura 4 - <i>Framework</i> de Inovação no Setor Público conforme a APSII.....	75
Figura 5 - Modelo de inovação em saúde pública conforme Lister et al. (2017).....	77
Figura 6 - Modelo de Inovação no Setor Público conforme Tonelli et al. (2016).....	78
Figura 7 - <i>Framework</i> de Inovação no Setor Público conforme Isidro-Filho (2017).....	79
Figura 8 - Modelo de Inovação no Setor Público conforme Innoscience (2015).....	79
Figura 9 - <i>Framework</i> da dinâmica de inovação na Estratégia Saúde da Família.....	84
Figura 10 - Percurso Metodológico	89
Figura 11 – Principais termos mencionados acerca das inovações na ESF de Campina Grande	111
Figura 12 - Principais termos mencionados acerca dos determinantes da inovação na ESF de Campina Grande	132
Figura 13 - Principais termos mencionados sobre as barreiras da inovação na ESF de Campina Grande	141
Figura 14 - Principais termos mencionados acerca dos atores das inovações na ESF de Campina Grande	147
Figura 15 - Rede entre atores, processo de inovação e determinantes na ESF de Campina Grande...	149
Figura 16 - Principais atores da inovação da ESF de Campina Grande	150
Figura 17 - Principais termos mencionados acerca dos resultados da inovação na ESF de Campina Grande	159
Figura 18 - Relação entre os resultados da inovação na ESF de Campina Grande.....	161
Figura 19 - <i>Framework</i> da dinâmica da inovação na ESF de Campina Grande	169

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Conceitos de inovação no setor público.....	50
Quadro 2 - Tipologias de inovação no setor público.....	52
Quadro 3 – Determinantes da inovação no setor público.....	62
Quadro 4 - Barreiras da inovação no setor público.....	65
Quadro 5 - Fontes teóricas e empíricas da pesquisa.....	91
Quadro 6 – Características do município selecionado para o estudo.....	95
Quadro 7 - Informações sobre os sujeitos da pesquisa.....	96
Quadro 8 - Relação das questões com os objetivos específicos.....	99
Quadro 9 - Passos para a análise de conteúdo dos dados.....	105
Quadro 10 - Principais elementos constitutivos do ATLAS.ti.....	106
Quadro 11 - Categorias e códigos de análise.....	107
Quadro 12 - Definição constitutiva e operacional dos constructos da pesquisa.....	103
Quadro 13 - Inovações na ESF de Campina Grande.....	122
Quadro 14 - Determinantes da inovação na ESF de Campina Grande.....	133
Quadro 15 - Barreiras à inovação na ESF de Campina Grande.....	141
Quadro 16 - Resultados alcançados com as inovações na ESF de Campina Grande.....	160

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
APSII	Australian Public Sector Innovation Indicators
APSS	Australian Public Sector Innovation Indicators Project
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEPAM	Centro de Estudos e Pesquisas da Administração Municipal
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
EPSIS	European Public Sector Innovation Scoreboard
ESF	Estratégia Saúde da Família
FGV	Fundação Getúlio Vargas
GII	Korean Government Innovation Index
GSPOA	Estratégia Global e do Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IES	Instituição de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MEPIN	Measuring Public Innovation in the Nordic Countries
MS	Ministério da Saúde
NESTA	National Endowment for Science Technology and the Arts
NGP	Nova Governança Pública
NOAS-SUS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB's	Normas Operacionais Básicas

NPM	New Public Manangement
NSP	Novo Serviço Público
OCDE	The Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPSI	Observatório de Inovação do Setor Público
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPPs	Parcerias Público-Privadas
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PuPs	Parcerias Público-Públicas
RECEM	Rede de Comunicação de Experiências Municipais
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUDS	Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA	14
1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA	22
1.2.1. Objetivo Geral	23
1.2.2. Objetivos Específicos	23
1.3 ARGUMENTO DA TESE	23
1.4 JUSTIFICATIVA	25
1.5 ESTRUTURA DA TESE	30
2. REFERENCIAL TEÓRICO	31
2.1 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	31
2.1.1 SUS e Estratégia Saúde da Família	37
2.2 INOVAÇÃO NO SETOR PÚBLICO	42
2.2.1 Inovação na Gestão Pública Municipal	54
2.2.2 Inovação em Saúde Pública	57
2.3 DETERMINANTES E BARREIRAS ÀS INOVAÇÕES NA GESTÃO PÚBLICA	61
2.4 MODELOS E <i>FRAMEWORKS</i> DE INOVAÇÃO NO SETOR PÚBLICO	71
2.5 ANÁLISE CRÍTICA E PROPOSIÇÃO DE UM <i>FRAMEWORK</i>	80
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	88
3.1 ESTRATÉGIA, DELINEAMENTO E NÍVEL DA PESQUISA	90
3.2 SELEÇÃO DO CASO E SUJEITOS DA PESQUISA	93
3.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	97
3.3.1 Caso Piloto	97
3.3.2 Coleta de dados	98
3.4 DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS	102
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	104
3.5.1 Confiabilidade e Validade	108
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	109
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CASO ESTUDADO	109
4.2 INOVAÇÕES DESENVOLVIDAS PELA ESF DE CAMPINA GRANDE	110
4.3 DETERMINANTES E BARREIRAS À INOVAÇÃO NA ESF DE CAMPINA GRANDE	126
4.4 ATORES ENVOLVIDOS NA DINÂMICA DE INOVAÇÃO NA ESF DE CAMPINA GRANDE	142
4.5 RESULTADOS DA INOVAÇÃO NA ESF DE CAMPINA GRANDE	150

4.6 <i>FRAMEWORK</i> DA DINÂMICA DA INOVAÇÃO DA ESF DE CAMPINA GRANDE.....	164
5. CONCLUSÕES.....	171
5.1 CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA	178
5.2 LIMITAÇÕES E SUGESTÃO DE ESTUDOS FUTUROS	181
REFERÊNCIAS	184
APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA.....	201
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	202
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GRUPO FOCAL.....	205
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ENTREVISTA	207
APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA GRUPO FOCAL.....	211
APÊNDICE F - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.....	214
APÊNDICE G – REGISTROS FOTOGRÁFICOS NA ESF DE CAMPINA GRANDE	215
APÊNDICE H – RELATÓRIO DE MEMO DO ATLAS.TI	217
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE	219
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA	220
ANEXO C – FICHAS DE CADASTRO E ATENDIMENTO DO CIDADÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	221

1. INTRODUÇÃO

Nesta primeira seção é realizada a contextualização do tema abordado, bem como a apresentação do problema de pesquisa, articulando sobre a abordagem teórica da inovação no serviço público, da inovação na gestão municipal e da inovação em saúde pública, especificamente no que se refere à Estratégia Saúde da Família. Em seguida, são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos do trabalho, a argumentação da tese, a justificativa para o estudo e a estrutura da pesquisa.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA

A inovação é entendida como um processo social, que compreende potenciais de mudança, mediante elementos individuais, tecnológicos e culturais, ao mesmo tempo em que envolve incertezas e solução de problemas ao longo da implementação (COSTA, 2016; SOUSA; BRUNO-FARIA, 2013; TIDD; BESSANT; PAVITT, 2008).

Os estudos sobre inovação vêm se estabelecendo como um assunto de grande interesse, especialmente no tocante ao setor privado, campo em que vários esforços foram empreendidos com o intuito de explicar a definição, os tipos, por que e como a inovação acontece (VRIES; BEKKERS; TUMMERS, 2016; SOUSA et al., 2015; SOUSA; BRUNO-FARIA, 2013; DJELLAL; GALLOUJ; MILES, 2013; TIDD; BESSANT; PAVITT, 2008).

Não por acaso o setor privado é considerado como o *locus* natural da inovação, haja vista que os trabalhos seminais de Joseph Alois Schumpeter, datados da década de 1930, e de seus seguidores, tratam a inovação como uma atividade típica da dinâmica industrial, cujo resultado é de natureza econômico-financeira (CAVALCANTE et al., 2017; DJELLAL; KLUMB; HOFFMANN, 2016; OLIVEIRA; SANTANA; GOMES, 2014; GALLOUJ; MILES, 2013; SCHUMPETER, 1997).

Apenas recentemente outras abordagens passaram a fazer parte do escopo conceitual da inovação, tais como a inovação colaborativa, social, organizacional e em serviços, abrangendo também os serviços públicos, ainda que de maneira pouco explorada (SOUSA et al., 2015; DJELLAL; GALLOUJ; MILES, 2013).

A inovação no setor público é entendida como a implementação de uma novidade funcional que provoca uma mudança transformadora e durável, produzindo resultados significativos para as operações e gestão do setor público, para os elementos de processo e entrega dos serviços públicos e/ou para a sociedade, levando a um impacto de valor público.

Embora haja crescente interesse pelos governos locais e internacionais em tornar a inovação sistemática e contínua, a pesquisa acadêmica a respeito de inovações no setor público não tem recebido atenção proporcional aos esforços empreendidos pelos seus praticantes (AXELSON; NETZ; SANDSTROM, 2017; SILVA, LIMA; GOMIDE, 2017; SOUSA et al., 2015; FERREIRA et al., 2015; GALLOUJ; DJELLAL, 2012) e, com isso, ainda carece de uma visão sistemática abrangente da evidência empírica (VRIES; BEKKERS; TUMMERS, 2016).

O tema ainda é envolto em contradições, principalmente quanto ao papel do setor público nos processos de inovação, e ainda não estão amplamente esclarecidos os antecedentes que influenciam o processo de inovação, os resultados e efeitos desse processo, e a sua disseminação (WEBER et al., 2018; SILVA, LIMA; GOMIDE, 2017; VRIES; BEKKERS; TUMMERS, 2016; TONELLI et al., 2016; BRANDÃO; BRUNO-FARIA, 2013; NÄHLINDER, 2013; LIMA; VARGAS, 2012).

Sobre o processo de inovação, este envolve o desenvolvimento e a implementação de novas ideias dentro de um contexto institucional (SOUSA; BRUNO-FARIA, 2013). Assim, o processo de inovação no setor público relaciona-se às atividades necessárias ao desenvolvimento, implementação e difusão da inovação, sendo essas atividades consideradas como: acessar novas ideias, selecionar e desenvolver as ideias, implementar a(s) inovação(ões), e, difundir a(s) inovação(ões) (ISIDRO-FILHO, 2017; KATTEL et al., 2015; HUGHES; MOORE; KATARIA, 2011; APSII, 2011).

Especificamente em relação aos resultados da inovação, tem-se que boa parte dos estudos que abordam a inovação no setor público frequentemente focam em explicar o processo de inovação e em apontar os objetivos para inovar, mas não se concentram em esclarecer os posteriores efeitos da atividade inovativa (VRIES; BEKKERS; TUMMERS, 2016).

De modo geral, o setor público tem sido entendido como financiador de atividades de inovação e criador de regulações e infraestrutura de incentivo à inovação no setor privado, mas não como protagonista da inovação (SILVA; LIMA; GOMIDE, 2017; LIMA; VARGAS, 2012). Consequentemente, constata-se certa escassez de estudos que se prestem a investigar aspectos sociais, culturais e políticos que influenciam a inovação no setor público, atenuando potenciais contribuições para a construção de uma teoria específica em inovação pública, inclusive, que seja apropriada ao contexto brasileiro (SOUSA et al., 2015; FERREIRA et al., 2015).

A literatura da área de gestão pública não tem contemplado, até então, um modelo que descreva como ocorrem as inovações nos serviços públicos com base no contexto brasileiro (OLIVEIRA, 2017; SOUSA et al., 2015; FERREIRA et al., 2015). O corpo teórico existente

sobre inovação pública tende a utilizar a literatura e os modelos estrangeiros para explicar o fenômeno local de inovação (ISIDRO-FILHO, 2017; OLIVEIRA, 2017), o que dificulta o reconhecimento da originalidade dos resultados por não serem levadas em consideração as especificidades locais.

Percebe-se também que as pesquisas ou não contêm uma base teórica clara para análise da inovação (VRIES; BEKKERS; TUMMERS, 2016) ou são fundamentadas em textos relativos à abordagem da inovação em serviços típicos do setor privado (SOUSA et al., 2015; FERREIRA et al., 2015), o que não necessariamente contribui para explicar a inovação no setor público (OPEN INNOVATION IN THE PUBLIC SECTOR, 2017; SOUSA et al., 2015; DJELLAL; GALLOUJ; MILES, 2013; GALLOUJ; DJELLAL, 2012).

Isso porque os serviços públicos apresentam aspectos complexos e singulares que os diferenciam dos que são oferecidos comercialmente. Afinal, com poucas exceções, além de não estarem expostos a pressões competitivas, os serviços públicos estão sob forte influência política, sofrem de falta de recursos e de incentivos para inovadores e intraempreendedores, e podem ser terceirizados para provedores privados ou fornecidos por meio de parcerias público-privadas (PPPs), aspectos que vêm a ter reflexos nos seus processos inovativos (SOUSA et al., 2015; DJELLAL; GALLOUJ; MILES, 2013).

Nesse sentido, a abordagem teórica do presente estudo para análise da inovação no setor público ocorre com base nos modelos teóricos de gestão da administração pública. São levados em consideração, sobretudo, os fundamentos da Nova Governança Pública (NGP) e do Novo Serviço Público (NSP). Isso porque esses modelos são compreendidos, presentemente, como os mais propícios a favorecer a inovação no setor público (DENHARDT; CATLAW, 2017; DIAS, 2016; KLUMB; HOFFMANN, 2016; SANTOS; SELIG, 2014).

Além disso, a NGP e o NSP avançam em relação ao modelo de gestão da administração pública denominado *New Public Management* (NPM), o qual tem como princípios e diretrizes básicas a busca por eficiência e a eficácia, com inspiração e apropriação das ferramentas de gerencialismo de organizações privadas (CAVALCANTE, 2019). Este, apesar de ter proporcionado uma mudança gerencial no setor público, não apresenta completa aderência ao contexto da inovação nesse setor (ERIKSSON; HELLSTRÖM, 2020), pois, entre outros fatores, a inovação no setor público não é apenas um reflexo do que é feito no setor privado na busca pela eficiência. Mais do que isso, foca em obter confiança e legitimidade dos cidadãos (VRIES; BEKKERS; TUMMERS, 2016).

Considerando que o Estado brasileiro é formado por três níveis de governo (federal, estadual e municipal), é de se esperar que seja necessária uma investigação científica em cada

um desses níveis para explicar a inovação individualmente, tendo em vista que cada esfera governamental funciona com seus próprios órgãos e estrutura administrativa e financeira, ainda que lidem com problemas semelhantes e cumulativos.

Embora haja esforços de pesquisas no âmbito federal (SILVA; RIBAS; MEZA, 2019; CAVALCANTE et al., 2017; CASTRO, 2017; OLIVEIRA, 2017; KLUMB; HOFFMANN, 2016; CAVALCANTE; CAMÕES, 2015; FERREIRA et al., 2015; SOUSA et al., 2015; OLIVEIRA; SANTANA, 2014), é no âmbito municipal onde a maioria dos serviços é prestada pelo Estado. Assim, é nesse domínio que mais se demandam inovações que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da população.

A descentralização de ações do governo federal para os governos subnacionais aumentou a importância destes e reforçou a democratização do país. Somado ao fato de que são os governos locais que vivenciam e estão mais próximos das diversas dificuldades enfrentadas pela população (SILVESTRE, 2019; COUTO; CKAGNAZAROFF, 2016; REEVE et al., 2015), certamente essa configuração leva a uma realidade de funcionamento diferente em relação ao contexto federal e estadual, o que pode gerar uma dinâmica de inovação específica do setor público municipal.

Por meio das prefeituras, por exemplo, o cidadão tem maior nível de contato com os governantes, tornando o governo local responsável direto pelas demandas locais. Desse modo, compete aos municípios a tarefa de estruturar serviços públicos, além de planejar e implementar políticas públicas que transformem os problemas cotidianos (SILVESTRE, 2019; COUTO; CKAGNAZAROFF, 2016).

Cabe ressaltar que se não houvesse ações locais de inovação, seria difícil implementar e avaliar novas intervenções, já que os governos locais podem esclarecer à comunidade política sobre quais iniciativas de inovação funcionam, face às características sociais, culturais, econômicas e demográficas, o que faz dos municípios um oportuno laboratório de inovação, servindo de modelo para os níveis superiores e até mesmo para outras localidades (REEVE et al., 2015).

Entre os setores de responsabilidade da administração pública municipal está o de saúde, área na qual as atividades inovativas, inclusive, são preponderantes (CAVALCANTE; CUNHA, 2017; ISIDRO-FILHO, 2017; KLUMB; HOFFMANN, 2016; SOUSA et al., 2015; GALLOUJ; DJELLAL, 2012). É importante considerar que o conceito de saúde evoluiu ao longo do tempo, passando do entendimento da simples ausência de doença para contemplar a prevenção e o bem-estar, e não somente no aspecto físico, mas também mental.

Nessa perspectiva, saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, indo além da ausência de afecções e enfermidades (WHO, 2019). Assim, compreende-se saúde pública como a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover a saúde física, mental e social mediante ação coletiva, tanto do Estado quanto da sociedade civil (SOUZA, 2014).

Embora haja um predomínio de pesquisas sob a perspectiva da inovação na área de saúde no setor público, este campo ainda permanece pouco desenvolvido e sem um referencial teórico maduro, o que causa impacto, inclusive, na formulação de políticas públicas de saúde (PANG, 2020; LIMA; DALLARI, 2020; DICLEMENTE, et al., 2019; VICKERS, et al., 2017; COSTA, 2016; NORADI et al., 2015). Um dos motivos para este cenário parece ser, justamente, a falta de uma teoria da inovação em serviços consistente e mais bem direcionada para os serviços públicos (COSTA, 2016).

Os serviços de saúde incluem todos os serviços que lidam com o diagnóstico e tratamento de doenças, ou a promoção, prevenção, manutenção, restauração e cuidados paliativos da saúde. Eles incluem os serviços de saúde para pacientes (individual), pessoas, famílias, comunidades e populações em geral. Serviços de saúde são as funções mais visíveis de qualquer sistema de saúde, tanto aos usuários e público em geral. A prestação desses serviços se refere à forma como insumos, pessoas, equipamentos e medicamentos são combinados para permitir a realização de intervenções de saúde (WHO, 2019).

No Brasil, os serviços de saúde pública são exercidos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas atividades se subdividem nos níveis primário, secundário e terciário, e sua gestão ocorre de maneira conjunta entre as três esferas de governo. Porém, com a ênfase na descentralização político-administrativa dos serviços de saúde para os municípios (BRASIL, 1990), a maior atuação recai sob os gestores públicos municipais de saúde (NORADI et al., 2019; NORADI et al., 2015).

Tem-se, assim, que o processo de redemocratização do país (ocorrido no início dos anos 1980), aliado ao movimento de descentralização política e administrativa, moldou a forma como se estabeleceram o direito à saúde (um dever do Estado) e a operacionalização e gestão dos serviços de saúde, com foco na municipalização.

Ainda assim, apesar de a saúde ser um direito constitucionalmente garantido aos cidadãos, há uma frequente disputa entre os setores público e privado no que diz respeito à predominância na gestão e na execução de serviços de saúde, somado às influências dos preceitos da política neoliberal na condução tanto da gestão do Estado, com o apoio, em

especial, do *New Public Management* (NPM), quanto no delineamento das políticas públicas de saúde.

Essa disputa faz com que haja a tentativa de direcionar a saúde no Brasil para o paradigma da economia da saúde, por meio da qual a esfera pública é responsável por atender apenas aos grupos sociais com rendimentos insuficientes para obter os serviços de saúde ofertados pelo mercado. Porém, o que se defende aqui é que a saúde é um direito social garantido pela Constituição Federal de 1988, e não contratual, e, como tal, deve seguir o paradigma da saúde pública.

Nesse contexto, o SUS enfrenta a dificuldade (frente às complexidades sociais, política, econômica, demográfica e ambiental, aliada à demanda de serviços pelos usuários) de se manter sustentável por meio do alcance simultâneo de um melhor cuidado, de uma melhor saúde para as populações, a um menor custo (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018; COSTA, 2016; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

A fim de suplantar esses obstáculos, é necessário aos gestores municipais do SUS a implementação rotineira de novas práticas, novos instrumentos, novas formas de realizar a atenção à saúde, mudanças que vão além do simples aumento da oferta de serviços (MAIA; BELEZA; FEITOSA, 2014).

A principal forma de acesso dos usuários aos serviços de saúde do SUS é a Atenção Básica (AB), ou Atenção Primária à Saúde (APS) (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018; NORADI et al., 2015; MORAIS et al., 2012), considerada, desde a Declaração de Alma-Ata, no ano de 1978, como o núcleo central de um sistema de saúde, norteadora das políticas nacionais, estratégias e planos de ação que devem ser formulados pelos governos (GIOVANELLA et al., 2019; ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Sua responsabilidade é promover a articulação de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, à pessoa, à família e à comunidade (MORAIS et al., 2012), próximo ao local de sua moradia, com atenção continuada centrada na pessoa e não na doença (CAMPOS et al., 2014).

Após a implementação de diversos modelos de funcionamento da APS, com interesses e concepções distintos, nas diferentes regiões do país, a Estratégia Saúde da Família (ESF) figura como modelo prioritário de atuação e assistência, fundamentado na família e no contexto social e de trabalho em que os indivíduos estão inseridos, contemplando a dimensão integral do sujeito (NODARI et al., 2019; BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018; ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; SORATTO et al., 2015).

Originalmente concebido, em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS) como Programa Saúde da Família (PSF), no ano de 1997 o PSF recebeu *status* de estratégia e sua denominação foi alterada para Estratégia Saúde da Família. A mudança de programa para estratégia ocorreu em razão de sua potencialidade em reorientar o modelo assistencial do sistema de saúde e como forma de garantir sua continuidade, com foco na consolidação da Atenção Primária à Saúde, além de viabilizar o seu papel como porta de entrada do SUS. Assim, a ESF é compreendida, atualmente, como uma política pública de saúde (NODARI, et al., 2019; VASCONCELOS; PARREIRA, 2017; GALAVOTE et al., 2016; MORAIS et al., 2012; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Considera-se como política pública o conjunto de decisões inter-relacionadas adotadas por atores políticos ou grupo de atores (públicos ou não públicos) voltados para a seleção de objetivos e meios para alcançá-los, submetidas às capacidades institucionais a eles disponíveis, de modo que as decisões devem, em princípio, estarem ao alcance do poder dos atores, com a finalidade de mitigar problemas públicos (EUCLYDES; SILVEIRA, 2020; OLIVEIRA, 2016).

A ESF é, assim, um instrumento de inovação na assistência à saúde ocorrida na APS, uma vez que procura reorientar as ações de saúde conforme as demandas e necessidades das comunidades (VASCONCELOS; PARREIRA, 2017; MORAIS et al., 2012). Além disso, é, em si, uma inovação tecnológica não material (SORATTO et al., 2015), estabelecida no plano de modelo assistencial de saúde no Brasil.

Isso porque muda o foco do modelo médico-assistencial para um modelo de assistência coletivo e de trabalho multiprofissional, adotando uma noção mais ampla do processo saúde-doença (VASCONCELOS; PARREIRA, 2017; BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018; SORATTO et al., 2015), favorecendo o fortalecimento da gestão local e do controle social, além de sinergia nas ações com outros setores de políticas públicas (TONELLI et al., 2016).

Apesar disso, há pouca sistematização das inovações que são efetivamente implementadas, ficando estas restritas ao contexto local em que foram desenvolvidas, em detrimento de sua difusão para todo o sistema público de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011). Portanto, esta pesquisa se engaja nesse propósito, sob a perspectiva de que é necessário entender a inovação em saúde pública, sobretudo na Estratégia Saúde da Família, conforme uma abordagem teórica específica da inovação no setor público.

A inovação em saúde pública aqui é entendida como a introdução de um novo conceito, ideia, serviço, produto e/ou processo produtivo, administrativo ou organizacional que vise melhorar o tratamento, diagnóstico, educação, divulgação, prevenção e pesquisa, produzindo benefícios significativos para indivíduos, grupos ou à comunidade em geral, e com objetivos

de longo prazo no que se refere ao aperfeiçoamento da qualidade, da segurança, dos resultados, da eficiência e dos custos para a unidade de saúde que a adota (COSTA, 2016; OMACHONU; EINSPRUCH, 2010).

Nesse sentido, em conformidade com a definição de inovação no setor público estabelecida nesta pesquisa, considera-se, para os fins desse estudo, que a inovação em saúde pública deve se configurar pela implementação de uma novidade funcional que provoca uma mudança transformadora e durável, produzindo resultados significativos para as operações e gestão do setor público, para os elementos de processo e entrega dos serviços públicos e/ou para a sociedade, levando a um impacto de valor público. Além disso, deve envolver a possibilidade de replicação, e/ou ampliar/reforçar a comunicação com a sociedade, e/ou utilizar recursos de forma responsável e/ou estimular práticas autônomas e autossustentadas.

Entender como a inovação na Estratégia Saúde da Família acontece perpassa pela identificação de como se desenvolve a sua dinâmica. A dinâmica da inovação representa a interação e a relação dos atores envolvidos no processo de geração e implementação de inovações, cuja capacidade, preferência e interesses desses atores moldam a inovação (enquanto tipo e intensidade da novidade implementada) e seus resultados (ERIKSSON; HELLSTRÖM, 2020; COSTA, 2013; BARBOSA; GADELHA, 2012; VARGAS, 2006).

A agência desses atores é precedida por fatores determinantes da inovação, os quais têm origem social, política, econômica, legal, tecnológica, organizacional ou gerencial, e pressionam a existência da inovação e/ou influenciam o seu sucesso ao longo do seu desenvolvimento e implementação (ISIDRO-FILHO, 2017; SOUSA; BRUNO-FARIA, 2013; KOCH; HAUKNES, 2005).

Cabe esclarecer que, no presente estudo, agência é compreendida como a capacidade de iniciativa humana em agir intencionalmente, por meio de engajamento construído temporalmente por atores de diferentes ambientes estruturais, cuja interação e relação envolvem o exercício do poder de decisão (FENWICK, 2012; EMIRBAYER; MISCHÉ, 1998).

Além dos fatores determinantes, há elementos que impõem obstáculos à inovação ao longo do seu desenvolvimento e implementação, denominados barreiras da inovação (ISIDRO-FILHO, 2017; KOCH; HAUKNES, 2005). É importante ressaltar que determinantes e barreiras da inovação têm caráter dinâmico, de modo que um fator pode ser considerado ora como determinante, ora como barreira da inovação, e vice-versa, dependendo das condições organizacionais internas e do contexto externo (SOUSA; BRUNO-FARIA, 2013; KOCH; HAUKNES, 2005).

Os resultados da inovação, por sua vez, decorrem dos efeitos causados a partir da inovação, os quais podem ser de caráter social, gerencial ou assistencial (FLEURY, 2014; VRIES; BEKKERS; TUMMERS, 2016). Assim sendo, a dinâmica da inovação, para os propósitos desta pesquisa, envolve quatro dimensões para a análise: atores; determinantes e barreiras; inovação; e resultados.

Entende-se que a dinâmica da inovação em saúde nos serviços públicos da Estratégia Saúde da Família possa ser representada por meio de um *framework*. *Framework* é entendido como um quadro composto por ideias ou conceitos escolhidos pelo pesquisador, e suas inter-relações, cuja construção representa as características relevantes de um fenômeno, o qual guiará a coleta e a análise dos dados de um estudo, de modo a tornar os resultados mais significativos frente aos construtos teóricos no campo da pesquisa (ADOM; HUSSEIN; AGYEM, 2018).

Nesse sentido, o *framework*, para os propósitos dessa pesquisa, deve ser compreendido como uma tecnologia com potencial de facilitar o entendimento e a realização de atividades inovativas no âmbito da saúde pública municipal (SANTOS; FROTA; MARTINS, 2016; LORENZETTI et al., 2012; SCHALL; MODENA, 2005), especialmente no que se refere à Estratégia Saúde da Família.

Diante do exposto, a originalidade desse estudo está relacionada à utilização de uma abordagem própria da teorização sobre inovação no setor público, com base nos modelos teóricos de gestão da administração pública (especificamente o Novo Serviço Público (NSP) e a Nova Governança Pública (NGP)), para a análise empírica da inovação na ESF (que acontece no nível municipal de governo), algo que não foi realizado em estudos anteriormente publicados. Além disso, a compreensão da dinâmica da inovação na ESF, com a proposição de um *framework* explicativo, é em si outra contribuição, tanto na esfera teórica, quanto prática, uma vez que não há indicativo de sua existência na literatura.

Com base nessas considerações, questiona-se: como ocorre a dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família?

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

A partir da contextualização do tema e apresentação da questão de pesquisa, serão apresentados, nesta seção, os objetivos gerais e específicos que nortearão este estudo.

1.2.1. Objetivo Geral

Propor um *framework* que esclareça como ocorre a dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família.

1.2.2. Objetivos Específicos

- a) Averiguar as inovações empreendidas na Estratégia Saúde da Família;
- b) Investigar os determinantes e as barreiras da inovação na Estratégia Saúde da Família;
- c) Identificar o papel dos atores envolvidos na dinâmica de inovação na Estratégia Saúde da Família;
- d) Analisar a relação entre os atores envolvidos na dinâmica de inovação na Estratégia Saúde da Família;
- e) Descrever os resultados da dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família.

1.3 ARGUMENTO DA TESE

Entende-se que os municípios brasileiros possuem autonomia administrativa e financeira em relação aos estados e à federação, garantida pela Constituição Federal de 1988 (fato que, inclusive, diferencia-os dos municípios de outros países) (MAGALHÃES, 2007), e que são os governos municipais que estão mais próximos dos problemas locais da população (SILVESTRE, 2019; COUTO; CKAGNAZAROFF, 2016), o que demanda esforços para o enfrentamento desses desafios.

Nesse sentido, é de se esperar que, em alguma medida, o âmbito municipal de governo exerça um papel ativo no que concerne à elaboração e implementação de inovações. Além do mais, em um país com dimensões continentais, tal qual é o Brasil, dificilmente o nível de governo federal (ou até mesmo estadual) poderá encontrar soluções homogêneas para as dificuldades enfrentadas por cada localidade frente à diversidade de características regionais que são encontradas.

O próprio Sistema Único de Saúde (SUS) é descentralizado e encontra no município o principal responsável pela sua execução, que deve ser adequada a cada realidade local. Somado a isso, a literatura indica que as especificidades relativas a cada município devem ser levadas em consideração para que sejam criadas experiências inovadoras, o que reforça o papel dos municípios em relação à democratização.

Além disso, cada localidade pode apresentar fatores que influenciam o processo de inovação, seja para beneficiar o surgimento e sustentação de iniciativas de inovação, seja para obstaculizá-las (BLOCH; BLASSIANO, 2000). Nesse contexto, resultados de pesquisas constataram que inovações implementadas no âmbito do SUS, entre os anos de 1996 e 2006, ocorreram de maneira diferente nos municípios brasileiros e que essas diferenças foram decorrentes do porte municipal e da região do país (FLEURY, 2014).

Assim como cada âmbito governamental pode exercer inovações à sua maneira, cada área de atuação do setor público também pode possuir características diferentes em termos da inovação. Isso porque cada uma delas (educação, saúde, infraestrutura, entre outras) apresenta particularidades estruturais, de problemas a serem resolvidos e de finalidade a que atende junto à população. Levando em consideração a área de saúde, soma-se a isso o fato de que o SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016b).

Desse modo, somente no âmbito do SUS é possível que cada um dos níveis de atenção que integram a sua gestão (primário, secundário e terciário) compreenda uma dinâmica distinta de inovação, já que há diferenças entre os serviços de saúde e a complexidade que envolve a oferta desses serviços.

Encontra-se também na saúde pública uma diversidade de atores (pessoas físicas, pessoas jurídicas e pessoas políticas), com diferentes recursos, capacidades, preferências, interesses e níveis de poder decisório, cuja interação molda o desenvolvimento, implementação e os resultados de inovação nesta área (ERIKSSON; HELLSTRÖM, 2020; NODARI et al., 2019; COSTA, 2013; BARBOSA; GADELHA, 2012; VARGAS, 2006).

Tomando como base a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual é um instrumento de inovação na assistência à saúde ocorrida na Atenção Primária à Saúde (APS), que procura reorientar as ações de saúde conforme as demandas e necessidades das comunidades (VASCONCELOS; PARREIRA, 2017; MORAIS, et al., 2012), tem-se que certamente as inovações desenvolvidas pela ESF são diferentes em cada município.

Há, inclusive, a indicação na literatura de que diferenças entre os municípios, em termos de ofertas de serviços de saúde e capacidades técnicas e administrativas, fazem com que haja diversas formas de atuação da ESF, conforme a realidade local (MARQUES; ARRETCHE, 2003; MARQUE; MENDES, 2002).

Além disso, estudo realizado na APS de um sistema municipal de saúde no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, identificou que a adoção do modelo de atenção da ESF é mais favorável ao surgimento de inovações, em comparação ao modelo de Unidade

Básica de Saúde (UBS) tradicional (RASIA; RUBENICH; OLEA, 2013). Isso demonstra que, em alguma medida, a ESF é mais inovativa e que, para tanto, deve ter uma forma particular de desenvolver inovações.

Portanto, a tese defendida nesta pesquisa é: **a Estratégia Saúde da Família possui uma dinâmica própria para o desenvolvimento de inovações, estruturada em torno da agência dos atores envolvidos em direção à inovação, que é permeada por fatores contextuais (determinantes e barreiras), os quais influenciam o processo e a implementação da inovação, levando a resultados sociais, assistenciais e gerenciais.**

1.4 JUSTIFICATIVA

Para as organizações públicas, uma gestão com foco na inovação é relevante, a fim de que possam melhorar a qualidade, a eficiência e a efetividade dos serviços prestados para atender as necessidades e as demandas da sociedade. Afinal, diversas questões econômicas e sociais complexas permeiam a realidade contemporânea global, como pobreza, saúde pública, nível de emprego, sistemas educacionais, segurança pública, mobilidade urbana, infraestrutura logística, segurança energética, desenvolvimento regional e degradação ambiental, exigindo novas respostas e soluções dos governos.

Desde os anos de 1990, os estudos sobre inovação no setor público vêm ganhando maior crescimento e relevância na literatura, tanto porque a teoria de inovação tem ampliado seu escopo para incluir a diversidade e a especificidade do setor de serviços (SOUSA et al., 2015; DJELLAL; GALLOUJ; MILES, 2013), quanto em razão da percepção de que as organizações públicas buscam cada vez mais inovar, de modo a fornecer um serviço público de qualidade, ágil e eficiente (SILVA; RIBAS; MEZA, 2019; CAVALCANTE et al., 2017; CAVALCANTE; CUNHA, 2017; VRIES; BEKKERS; TUMMERS, 2016; BUGGE; BLOCH, 2016).

Entretanto, a maior parte das pesquisas tem se concentrado em países desenvolvidos, como Estados Unidos e o Reino Unido, o que enseja a necessidade de realização de estudos em outros países (AAS; JENTOFT; VASSTROM, 2016; VRIES; BEKKERS; TUMMERS, 2016), principalmente aqueles que possuem uma realidade socioeconômica, política e cultural divergente desses, como a do Brasil.

Quando se considera a realidade governamental brasileira, tem-se que há a divisão em três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Os estudos brasileiros sobre inovação no setor público têm privilegiado a investigação em nível federal, utilizando, sobretudo, os dados

disponíveis sobre o Concurso Inovação na Gestão Pública Federal, realizado pela Escola Nacional de Administração Pública (Enap) (ISIDRO-FILHO, 2017; SOUSA et al., 2015).

Possivelmente, a preferência por analisar esse âmbito governamental se deve à prontidão na obtenção dos dados para análise (geralmente derivados desse tipo de concurso) e/ou por acreditar que há maior relevância, tendo em vista que se trata do nível hierárquico mais alto do governo brasileiro.

Pode haver também a percepção de que o âmbito municipal é sistematicamente mais complexo em relação aos outros níveis, devido à presença de diferentes atores que compõem os governos municipais e da diversidade de áreas e demandas que são de responsabilidade dos municípios. Além disso, considerar que há baixo nível de qualificação técnica das equipes municipais, e infraestrutura física e tecnológica inadequada ou insuficiente (BRANDÃO; BRUNO-FARIAS, 2017), pode levar pesquisadores a crerem que há pouca ou nenhuma inovação em âmbito municipal.

O setor público é composto por uma heterogeneidade de atividades que se encontram em diferentes níveis políticos, geográficos e hierárquicos, possibilitando um vasto campo empírico (NÄHLINDER, 2013). Nesse sentido, há a presunção de que características relacionadas aos objetivos e às estruturas organizacionais distinguem uma organização pública de outra. Em consequência disto, as práticas de inovação possivelmente divergem em algum grau entre as diferentes áreas do setor público, o que gera a necessidade de se analisar a gestão da inovação em cada área separadamente (AAS; JENTOFT; VASSTROM, 2016), motivo pelo qual se escolheu para este estudo a área de saúde.

No que tange à área de saúde pública brasileira, esta se divide em três níveis de atendimento: primário, secundário e terciário. O nível primário é representado pela Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é considerada, desde a Declaração de Alma-Ata, no ano de 1978, como o núcleo central de um sistema de saúde, tal qual o SUS, norteadora das políticas nacionais, estratégias e planos de ação que devem ser formulados pelos governos (GIOVANELLA et al., 2019; ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Sua responsabilidade é articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, à pessoa, à família e à comunidade (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018). A literatura mundial evidencia que a APS é a estratégia mais eficaz e eficiente para a abordagem do atual perfil epidemiológico mundial e para promover a ampliação do acesso aos serviços de saúde (BARBAZZA et al.; 2019).

Apesar de não ser o único meio de acesso, os serviços de saúde na APS ocorrem prioritariamente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF ocupa o percentual de

cobertura de 65% da população brasileira (NEVES et al., 2018), contando com 43.458 equipes que atendem cerca de 150 milhões de pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020), mesmo enfrentando diversas dificuldades, como alterações demográficas e epidemiológicas, e desigualdades sociais e econômicas (as quais têm impacto no perfil das demandas e em obstáculos para o acesso aos serviços de saúde).

Tais adversidades são acentuadas na atuação da ESF em grandes centros urbanos (MAGNAGO; PIERANTONI, 2015). Esse contexto, conseqüentemente, enseja o desenvolvimento de inovações para superação dos problemas que permeiam a disponibilização e execução dos serviços de saúde da ESF.

Além disso, muitos usuários do SUS veem os serviços básicos de saúde como barreiras em termos de acesso, visualizando as unidades básicas de saúde como um local pobre em recursos humanos e materiais, o que faz com que esses usuários busquem os níveis de maior complexidade (urgência-emergência), por acreditarem alcançar maior resolução nesses níveis de atendimento (MAIA; BELEZA; FEITOSA, 2014). Esse cenário motiva, assim, a necessidade de repensar a gestão da Atenção Primária à Saúde e inserir inovações capazes de redirecionar a atenção dos usuários para a utilização dos serviços do nível primário de saúde.

Ao pesquisar na literatura estudos sobre o tema, na base de dados online *Web of Science*, utilizando a busca associada da palavra “*innovation*” e da expressão “*family health strategy*”, entre os anos de 2015 e 2019, apenas dois artigos (SILVA et al., 2018b; LOWEN et al., 2015) trouxeram em seu escopo o tratamento específico da temática inovação na Estratégia Saúde da Família. Buscando-se na base de dados online *PubMed Central* (PMC), mediante a utilização dos mesmos termos, com um recorte temporal de dez anos, foram identificados três estudos (BROW; RYAN, 2018; GUPTA et al., 2016; BRADLEY et al., 2012). E, na base de dados online LILACS, com o uso dos mesmos descritores e sem fazer uso de recorte temporal, foi encontrada apenas uma pesquisa (ONOCKO-CAMPOS et al, 2012).

Entre esses estudos, o que mais se aproxima ao propósito deste trabalho é o de Bradley et al. (2012), cujo objetivo foi de desenvolver um modelo *scale up* para ampliar as inovações em saúde da família em países de média e baixa renda. Ainda assim, a diferença fundamental consiste no fato de que este estudo buscou identificar como expandir experiências inovadoras nas ESFs, ou seja, como pode ocorrer a adoção generalizada de inovações bem-sucedidas na ESF (difusão da inovação), enquanto que a presente pesquisa se engaja no propósito de esclarecer como as inovações na ESF são desenvolvidas, ou seja, o que está envolvido na geração dessas inovações, levando em consideração as peculiaridades locais para o seu desenvolvimento (dinâmica da inovação).

Especificamente no que se refere à literatura nacional é possível identificar algumas iniciativas de investigação que visam evidenciar as experiências inovadoras realizadas pela Estratégia Saúde da Família e/ou pela Atenção Primária na Saúde em alguns municípios brasileiros (SILVA et al., 2018b; NODARI et al., 2018; VASCONCELOS; PARREIRA, 2017; PINTO; ROCHA, 2016; NODARI et al., 2015; SILVA, 2015; CARLFJORD; FESTIN, 2015; MAIA; BELEZA; FEITOSA, 2014; RASIA; RUBENICH; OLEA, 2013; CARLFJORD et al., 2010).

Merece destaque o estudo do Laboratório de Inovação nas cidades de Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba e Florianópolis, que é uma estratégia de produção e divulgação de conhecimento sobre boas práticas inovadoras desenvolvidas pelos gestores do SUS, da saúde suplementar e de outros países, empreendido pelo Ministério da Saúde, em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Porém, sob a perspectiva do avanço na melhoria dos serviços de saúde do SUS, especificamente da ESF, entende-se que outras pesquisas devem ser desenvolvidas com o intuito de identificar não somente as práticas inovadoras que foram implementadas, mas também como essas práticas são elaboradas, qual a dinâmica que envolve o seu desenvolvimento. Como as ações da Estratégia Saúde da Família ocorrem em âmbito municipal, até mesmo local, é preciso levar em consideração a inovação neste nível governamental, o que vem a contribuir também para evidenciar e fortalecer a literatura nacional que trata sobre inovação no setor público municipal.

Além disso, faz-se relevante entender como problemas nas dimensões político-institucional, organizativa e técnico-assistencial da Estratégia Saúde da Família (tais como financiamento público insuficiente, distribuição inadequada dos serviços, trabalho precário e carência de profissionais capacitados) têm sido enfrentados para contribuir com o avanço da ESF e seu estabelecimento como referência de acesso e de primeiro contato aos serviços de saúde (universalização dos cuidados primários) (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; CAMPOS et al., 2014).

É preciso, assim, avançar no conhecimento, superando o desafio de evidenciar os impactos das inovações feitas pela ESF na organização do sistema e na saúde das populações (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008), de modo a pormenorizar e sistematizar a dinâmica da inovação em saúde, abrangendo a identificação das inovações implementadas, de quais são os seus determinantes e barreiras, inclusive os relacionados ao contexto político, econômico e social das localidades, atores envolvidos e seus interesses, além dos respectivos resultados.

Investigações com esse propósito são importantes, pois permitem a identificação de aspectos passíveis de serem reproduzidos em diferentes contextos e a comprovação da eficiência de práticas inovativas desenvolvidas nas unidades de saúde dos municípios. O conhecimento de como a inovação acontece é fundamental para que os gestores na área de saúde possam orientar seus esforços na busca por novas práticas e novos instrumentos que possam melhorar a atenção e assistência à saúde (COSTA, 2016; NORADI et al., 2015; MAIA; BELEZA; FEITOSA, 2014; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Teoricamente, os resultados da presente pesquisa têm o potencial de contribuir para o avanço da abordagem teórica da inovação no setor público, no geral, e sobre a inovação na Estratégia Saúde da Família em particular.

No que se refere aos estudos sobre inovação em saúde pública, apesar dos esforços de diversos autores (PANG, 2020; LIMA; DALLARI, 2020; NODARI, et al., 2019; DICLEMENTE, et al., 2019; ZHU; THOMASSEN, 2018; LISTER, et al. 2017; VICKERS, et al., 2017; DJELLAL; GALLOUJ; MILES, 2013; HUGHES; MOORE; KATARIA, 2011; WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008; DJELLAL; GALLOUJ, 2005) em prol do desenvolvimento do conhecimento relativo a este tema na esfera pública, recorrentemente se observa o uso da teoria da inovação em serviços, (a qual é voltada prioritariamente para os serviços do setor privado), fragilizando sua teorização (COSTA, 2016).

Para atenuar esta deficiência, em consonância com Klumb e Hoffmann (2016), pretende-se discutir a inovação em saúde pública à luz da abordagem própria da inovação no setor público, com base nos modelos teóricos de gestão da administração pública. Assim, a partir da utilização de uma lente teórica específica da administração pública será possível investigar se os elementos da Nova Governança Pública e/ou do Novo Serviço Público estão presentes ou não da inovação no contexto da inovação em saúde pública analisada.

No que concerne aos estudos acerca da inovação na Estratégia Saúde da Família, são poucos os estudos (BROWN; RYAN, 2018; SILVA, et al., 2018b; VASCONCELOS; PARREIRA, 2017; LOWEN et al., 2015; MAIA; BELEZA; FEITOSA, 2014; BRADLEY, et al., 2012; MORAIS et al., 2012) cujos objetivos se voltam para esse propósito, podendo os resultados dessa pesquisa colaborar para a consolidação desta literatura.

Para os gestores da área de saúde e formuladores de políticas públicas, espera-se que os elementos que irão compor o *framework* tenham o potencial de contribuir como um guia útil de referência para o desenvolvimento de inovações, auxiliando no aperfeiçoamento dos processos de inovação, e, conseqüentemente, na melhoria dos serviços de saúde para a população.

Adicionalmente, o estudo proporcionará maior visibilidade e melhor entendimento da ESF e do que tem feito para o SUS, não somente no âmbito da APS, mas para a rede de atenção à saúde.

1.5 ESTRUTURA DA TESE

A estrutura da tese é composta por seis capítulos. No primeiro capítulo foram apresentados a contextualização do tema, o problema de pesquisa, os objetivos, geral e específicos, o argumento da tese, e a justificativa do estudo.

O segundo capítulo compreende o referencial teórico, abordando cinco seções principais e três subseções: a) Saúde Pública no Brasil, SUS e Estratégia Saúde da Família; b) Inovação no Setor Público, Inovação na Gestão Pública Municipal, Inovação em Saúde Pública; c) Determinantes e Barreiras à Inovação na Gestão Pública; d) Modelos e *Frameworks* de inovação no setor público; e, e) Apreciação Crítica e Proposição de um *Framework*. Ao final deste capítulo, encontra-se a proposição de um *framework* desenvolvido *a priori*, à luz do encadeamento teórico discutido, e aperfeiçoado *a posteriori* por meio da investigação empírica.

No terceiro capítulo o percurso metodológico é descrito, explicando-se a estratégia, delineamento e nível da pesquisa, os critérios de seleção dos casos e sujeitos da pesquisa, os procedimentos para coleta dos dados adotados, e os processos para análise dos dados. O quarto capítulo abrange a apresentação e análise do caso investigado, evidenciando os achados e a relação com o escopo teórico, a fim de proceder ao aperfeiçoamento e elaboração final do *framework* proposto. O quinto e último capítulo é destinado às conclusões da tese, com a indicação das contribuições da pesquisa, bem como das limitações e sugestões para estudos futuros.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico do presente estudo aborda os temas inovação no setor público e inovação no serviço público de saúde. Na primeira seção são tecidas algumas considerações sobre a saúde pública no Brasil, destacando em uma subseção as características pertinentes ao SUS e à Estratégia Saúde da Família. Na segunda seção contextualiza-se a inovação no setor público, com uma subseção destinada à inovação na gestão pública municipal, e outra sobre inovação em saúde pública. A terceira seção trata dos determinantes e barreiras à inovação na gestão pública. Na quarta seção é feita uma explanação sobre modelos e *frameworks* de inovação no setor público. E a quinta e última seção contempla a proposição de um *framework* referente à dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família.

2.1 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A discussão sobre saúde pública perpassa por conceitos e entendimentos da ciência política, já que está diretamente relacionada a uma subárea desse campo, a de políticas públicas (OLIVEIRA, 2016; PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015), apesar de haver pouca interação entre os assuntos nos estudos na área das ciências humanas e sociais (OLIVEIRA, 2016).

A política de saúde no Brasil tem sua trajetória marcada pela acentuada privatização dos serviços de assistência médica. No início de seu desenvolvimento mantinha estreita relação com a Previdência Social, pela qual, historicamente, obteve financiamento. Na década de 1920, surgiram as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que em 1930 foram ampliadas para os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e, em 1960, foram unificadas no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (mais tarde transformado no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)), fornecendo o acesso a ações e a serviços de saúde somente ao segurado assalariado que contribuía, compulsoriamente, por meio de contrato (FLEURY, 2014; FERREIRA et al., 2014; MIRANDA, 2010; MEDEIROS, 2010; ARRETCHÉ, 2005; COLLINS; ARAUJO; BARBOSA, 2000).

Conforme as normas da Previdência Social, a saúde era, então, um direito contratual fornecido a trabalhadores filiados ao seguro. Nesse cenário, milhões de brasileiros que não se encontravam integrados ao mercado de trabalho formal e fora da região urbana estavam desprotegidos em termos de saúde. Ao Estado cabia, em colaboração com instituições filantrópicas, realizar campanhas preventivas de cunho coletivo e tentar atender à alta demanda

não coberta pelo seguro social (ARRETCHE; FONSECA, 2018; PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015; FLEURY, 2014; MIRANDA, 2010; MEDEIROS, 2010; COLLINS; ARAUJO; BARBOSA, 2000).

A concepção da saúde como direito social só ocorreu com o processo de redemocratização política do país, inicializado no início dos anos 1980 (ARRETCHE; FONSECA, 2018; MIRANDA, 2010; MEDEIROS, 2010; MENICUCCI, 2007), processo esse que se realizava não só no Brasil, mas também em diversos países latino-americanos (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015), e que converge para a busca do alcance do Estado de Bem-Estar Social (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Nesse momento, houve reivindicações de diferentes grupos sociais (população, aposentados, médicos), com destaque para a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Essas reivindicações, e, essencialmente a RSB, convergiam para o mesmo propósito de tornar o Estado responsável pela reorganização do sistema de saúde (fazendo-o público, universal, gratuito e equânime) e pela oferta dos serviços de saúde, o que mais tarde se consolidou com a Constituição Federal de 1988, ao ser criado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) (Leis 8.080/90 e 8.142/90) (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015; GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013; MIRANDA, 2010; MEDEIROS, 2010; MENICUCCI, 2007).

Cabe ressaltar que histórica e socialmente o Estado no país é entendido como agente legítimo para reivindicar e dirimir demandas coletivas, dado que sua criação (ou melhor, sua transferência de Portugal para o Brasil colônia, situação única da América Latina) é paralela ao estabelecimento da própria sociedade brasileira, por meio do qual se efetiva a existência da cidadania (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015).

Dessa maneira, o setor privado passou a ter participação no Sistema de Único de Saúde brasileiro de maneira complementar (MEDEIROS, 2010). Ainda assim, tem-se que o embate entre o predomínio público ou privado permanece e gera consequências até os dias atuais (MIRANDA, 2010; MENICUCCI, 2007), sobretudo no que se refere à relação entre gasto público e gasto privado no sistema de saúde. É importante destacar que, para além da delimitação do SUS, há no Brasil um sistema plural de saúde (pautado no modelo do sistema americano) formado pelo SUS, pelo Sistema de Atenção Médica Supletiva e pelo Sistema de Medicina Liberal (GOMES, 2010; MENICUCCI, 2007; ARRETCHE, 2005).

O estabelecimento do SUS foi antecedido pela criação do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS) e pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), em que ambas funcionaram para tecer as condições técnicas administrativas e políticas necessárias à

construção do Sistema Nacional de Saúde e do SUS. Com o SUDS e as AIS, e nos termos da Constituição Federal de 1988, somou-se ao processo de redemocratização do país o movimento de descentralização política da operacionalização e da gestão dos serviços de saúde (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015; FLEURY, 2014; MIRANDA, 2010; MEDEIROS, 2010; ROCHA, 2010).

A descentralização da saúde, prevista constitucionalmente como um dos princípios basilares do SUS, tinha sido colocada em prática ainda em meados dos anos de 1970, com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), voltado para a região Nordeste do país. Entretanto, se concretizou de fato com a designação constitucional e com a LOS, fortalecendo-se após a publicação pelo Ministério da Saúde, na década de 1990, das Normas Operacionais Básicas (NOB's) e, no início dos anos 2000, das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002, com foco na regionalização das atividades de assistência à saúde) (ROCHA, 2010; MIRANDA, 2010; MEDEIROS, 2010; MARQUES; MENDES, 2002).

Merecem destaque as NOB-SUS 01/93 e 01/96, as quais promoveram um avanço no processo de descentralização ao responsabilizarem os municípios pela gestão e suprimento das necessidades de saúde dos cidadãos (ROCHA, 2010; MIRANDA, 2010; MEDEIROS, 2010; MARQUES; MENDES, 2002).

Em especial tem-se a NOB-SUS 01/96 que enfatizou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como meio de fortalecer a Atenção Primária à Saúde, atendendo aos princípios e diretrizes do SUS, e de alcançar o maior número da população coberta pela assistência (garantindo a universalização pelo menos nesse nível de atenção) (MARQUES; MENDES, 2002), ainda que, em contrapartida, sem superar a carência de capacidades administrativas e institucionais para atender às novas atribuições (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013; MENICUCCI, 2007; ARRETCHE, 2005).

É importante salientar que a descentralização não se confunde com prefeiturização, uma vez que a primeira se relaciona com os princípios do SUS e a segunda com fins eleitorais (MIRANDA, 2010). A descentralização foi uma forma de buscar tornar a política de saúde eficiente e diminuir a influência do setor privado no processo decisório dessa política (MEDEIROS, 2010), levando a uma aproximação dessa política às necessidades da saúde em nível local.

Contudo, considera-se que é uma descentralização tutelada, de caráter político, visto que está baseada em demasiado controle dos meios de operação e da política de saúde a ser adotada, mediante as normativas direcionadas pelo Ministério da Saúde e pelo governo federal,

condicionando, inclusive, o repasse de recursos financeiros aos estados e municípios (ARRETCHE; FONSECA, 2018; MARCHILDON; BOSSERT, 2018; GOMES, 2010; ARRETCHE, 2005; ARRETCHE, 2002; MARQUES; MENDES, 2002; COLLINS; ARAUJO; BARBOSA, 2000).

O modo como é determinado o repasse de recursos financeiros faz acreditar que a política de saúde está baseada no incentivo financeiro, condicionando estados e municípios a seguirem as políticas determinadas pelo governo federal para, assim, obter mais recursos. Isso, além de prejudicar a adaptação adequada da política de saúde às necessidades locais, contribui para reforçar a centralização do sistema de saúde, e não sua descentralização (ARRETCHE; FONSECA, 2018; ROCHA, 2010; MARQUES; MENDES, 2002; MARQUES; ARRETCHE, 2003; COLLINS; ARAUJO; BARBOSA, 2000).

O procedimento de repasse financeiro concorre também para que ao ser enfatizada importância na Atenção Primária à Saúde (priorização da municipalização neste nível de atenção, por meio do incentivo financeiro que é concedido para o seu desenvolvimento, e, em razão de uma tendência internacional, norte-americana, de valorizar o paradigma da determinação social da doença) os demais níveis sejam deixados em segundo plano, o que atrapalha a concretização dos princípios da universalidade e da equidade (ARRETCHE; FONSECA, 2018; ROCHA, 2010; HEIMANN; MENDONÇA, 2005; MARQUES; ARRETCHE, 2003; MARQUES; MENDES, 2002; COLLINS; ARAUJO; BARBOSA, 2000).

As características estruturais da federação brasileira (que diferem de outros países que utilizam o federalismo como sistema político, como por exemplo, o fato de que os municípios não estão sob a autoridade direta dos estados) conferem um espaço moderado para a decisão dos governos locais nas políticas de saúde, interferindo na maneira pela qual os serviços de saúde são organizados verticalmente pela influência do governo federal (ARRETCHE; FONSECA, 2018; MARCHILDON; BOSSERT, 2018; MENICUCCI; GONTIJO, 2016). A própria Constituição empoderou o governo federal a estabelecer legislações em todas as áreas políticas, inclusive nas que são executadas de forma descentralizada (ARRETCHE; FONSECA, 2018).

Ainda assim, a descentralização praticada, em conjunto com a exigência (também constitucional) da existência de mecanismos de controle público na gestão dos recursos e dos serviços de saúde, foi de encontro à orientação descentralizadora defendida pelo Banco Mundial e outorgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em vigor na década de 1990 em outros países em desenvolvimento, de priorizar a privatização da assistência médica, como uma forma

de racionalizar os gastos públicos (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015; FLEURY, 2014; ROCHA, 2010; MIRANDA, 2010; MENICUCCI, 2007).

Essa é uma lógica inserida no paradigma da economia da saúde, a partir da qual a esfera pública é responsável por atender apenas aos grupos sociais com rendimentos insuficientes para obter os serviços de saúde ofertados pelo mercado, o que se contrapõe ao paradigma da saúde pública, historicamente defendido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (LIMA et al., 2005).

Nesse sentido, o desenvolvimento do SUS possibilitou inovações político-administrativas, com a instituição da participação popular em decisão colegiada nos conselhos de saúde e dos fóruns de negociação e de deliberação entre os gestores das esferas federal, estadual e municipal (Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT)), as quais demonstram a capacidade do governo brasileiro em efetivar intervenções públicas para atender às demandas sociais, fortalecendo a democratização do acesso ao poder, mesmo frente à pressão internacional em cumprir com o ideário econômico-liberal no que tange a destinação dos cuidados de serviços de saúde ao setor privado (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015; FLEURY, 2014; GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013; BLOCH; BALASSIANO, 2000).

As CIB e CIT têm a responsabilidade de resolver conflitos e encaminhar soluções para os problemas apresentados pelos gestores (que, se não resolvidos, seguem para o Conselho Nacional de Saúde), além de aprovar as solicitações de ampliação e criação de novos serviços nos estados ou municípios. Somam-se a essas estruturas democráticas para a formulação de políticas os órgãos representativos dos estados e municípios (Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015; FLEURY, 2014; COLLINS; ARAUJO; BARBOSA, 2000).

Além das relações verticais de cooperação exercidas por essas duas comissões, nos anos 2000 foi instituída uma forma de cooperação horizontal entre secretarias municipais de saúde em uma mesma região de saúde, por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), representando a pactuação entre municípios e representantes regionais das secretarias estaduais de Saúde (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015; FLEURY, 2014).

Faz-se necessário enfatizar que apesar de ter reconhecido a saúde como um direito social, a Constituição Federal é dualista ao designar que haja um sistema único de saúde, dever do estado e direito de todos os cidadãos, ao mesmo tempo em que permite, em seu Art. 199, que a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada, fazendo da saúde um bem disponível

para o consumidor (ROCHA, 2010; GOMES, 2010; MIRANDA, 2010; MEDEIROS, 2010; MENICUCCI, 2007).

Não se pode deixar de lado, assim, a discussão da relação entre público e privado no que tange à área de saúde, a qual vem ganhando novos contornos desde o movimento de reforma do Estado, ao ser enfatizada uma lógica reducionista do aparelho estatal sob a perspectiva de que o seu papel gerencial é função primordial na produção de bens sociais.

Nessa perspectiva, se faz presente o foco na redução de custos e contenção de gastos, e, como consequência, há o direcionamento do Estado não como produtor, mas como administrador da prestação de serviços públicos delegados para entes privados não lucrativos, cabendo ao aparelho estatal a execução de programas focais voltados para segmentos populacionais em situação de pobreza (CARNEIRO JUNIOR; NASCIMENTO; COSTA, 2011; AMADIGI et al., 2007).

Assim, atualmente, um dos pontos principais dessa relação no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em particular da Estratégia Saúde da Família, é o estabelecimento de parcerias público-privadas (PPPs) com uma variedade de instituições, preferencialmente as Organizações Não-Governamentais (ONGs) e às Organizações da Sociedade Civil (OSCIPs), sob o ditame da lei de responsabilidade fiscal, com vistas à flexibilização da contratação de profissionais e à expansão dos serviços de saúde (CARNEIRO JUNIOR; NASCIMENTO; COSTA, 2011; HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

No caso das grandes cidades, a realização dessas parcerias reflete a necessidade em contornar as singularidades dos municípios desse porte (tais como alta concentração populacional, déficit expressivo na oferta de serviços de saúde e desigualdades intraterritoriais e sociais), a fim de superar as dificuldades inerentes ao cumprimento das metas estabelecidas pelo governo federal como condição para o financiamento da ESF. Essa conjuntura, consequentemente, exige capacidade de governança dos municípios para a manutenção de uma boa interação entre governo, sociedade civil e setor privado, buscando fazer prevalecer o interesse público (CARNEIRO JUNIOR; NASCIMENTO; COSTA, 2011).

De modo geral, a adoção no Brasil de um governo democrático não garantiu o atendimento às expectativas e demandas da sociedade em sua totalidade. Em um contexto neoliberal, que vincula as políticas sociais às políticas econômicas, a democratização se encontrou permeada pela criação de espaços de disputa de poder, tendo o Estado como figura central (MENICUCCI; GONTIJO, 2016; PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015; ROCHA, 2010).

Além disso, pouco tempo depois da criação do SUS, no início dos anos 1990, o governo federal reduziu pela metade o investimento financeiro no SUS, o que gerou impacto principalmente para os governos subnacionais (MARCHILDON; BOSSERT, 2018; MARQUES; ARRETCHE, 2003), em razão de acordos e tendências políticas neoliberais, ocasionando o desgaste do Sistema Único de Saúde tão logo o seu surgimento.

Esse quadro não mudou muito ao longo dos anos, estando o direito à saúde sujeito aos ajustes orçamentários (o que enfraquece a equidade) e, acompanhado da constante alta demanda dos serviços de saúde, o SUS tende a ser visto como um sistema ineficaz e com baixa qualidade (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015; MIRANDA, 2010; ROCHA, 2010; MEDEIROS, 2010; MENICUCCI, 2007).

Essa percepção de baixa qualidade faz com que a parcela da população com renda alta e média deixe de buscar os serviços do SUS e passe a se vincular ao seguro de saúde privado (planos de saúde), o que fortalece o projeto privatista de saúde (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013; MARQUES; MENDES, 2002; COLLINS; ARAUJO; BARBOSA, 2000).

Apesar disso, o SUS é considerado como a primeira grande inovação no setor de saúde no Brasil (FERREIRA et al., 2014), e, em função disso, é relevante entender não somente o contorno político para sua criação, como também o seu funcionamento e gestão, além da efetivação da Estratégia Saúde da Família em sua conjuntura, o que será discutido na próxima seção.

2.1.1 SUS e Estratégia Saúde da Família

Por meio do SUS buscou-se a garantia do acesso à saúde de forma integral, universal e igualitária à população brasileira, de modo a articular saúde e democracia, com foco na qualidade de vida, na prevenção e na promoção à saúde de todos os cidadãos, mesmo àqueles que recorrem ao seguro de saúde privado.

A gestão do SUS é feita de forma corresponsável entre os entes da Federação: União, Estados e Municípios, e participativa com a sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016b; FLEURY, 2014). À União, por meio do Ministério da Saúde, cabe o financiamento da rede pública de saúde, a formulação de políticas nacionais de saúde, a elaboração de normas, e a avaliação e o controle do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016b).

Os Estados e o Distrito Federal, por meio das secretarias específicas para a gestão de saúde, são responsáveis por organizar o atendimento à saúde em sua área, de acordo com a normatização federal, formular suas próprias políticas de saúde, além de coordenar e planejar o SUS em nível estadual, aplicando recursos próprios e oriundos da União em seu território e nos municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016b).

Já aos Municípios compete à execução das ações e serviços de saúde, com o uso de recursos próprios e os repassados pela União e pelo Estado. Os Municípios também formulam suas próprias políticas de saúde, coordenam e planejam o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal, e podem empreender parcerias com outros municípios, a fim de garantir o atendimento de procedimentos complexos que estejam além do alcance de sua competência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016b).

Assim, cada ente governamental possui no SUS atribuições e competências comuns (como a responsabilidade pelo financiamento) e outras específicas (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016b), interagindo para o alcance da finalidade compartilhada de efetivar o direito à saúde. Ademais, o que caracteriza o SUS como um sistema único é a existência de um conjunto de princípios que direcionam as três esferas de governos, a saber: universalização do direito à saúde, equidade, integralidade da atenção à saúde, regionalização e hierarquização, descentralização com direção única para o sistema, e, participação popular visando ao controle social (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2013; 2016b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Cabe destacar dois desses princípios: o da descentralização, que atribui papel preponderante aos municípios, no que tange à responsabilidade por organizar e executar as ações e serviços de saúde do SUS; e o da hierarquização, o qual segmenta a gestão do SUS em três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), de acordo com a complexidade envolvida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2013).

No nível terciário são atendidas as demandas de alta complexidade (assistência ao paciente portador de doença renal crônica, oncológico, cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, cirurgia cardiovascular pediátrica, procedimentos da cardiologia intervencionista, procedimentos de neurocirurgia, cirurgia reprodutiva, genética clínica, entre outros), não suportadas pelos demais níveis, envolvendo alta tecnologia e alto custo em hospitais de grande

porte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2013).

No nível secundário situam-se as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), hospitais e outras unidades de atendimento especializado de média complexidade (cirurgias ambulatoriais especializadas, traumatismo-ortopédico, radiodiagnóstico, ultrassonográficos, próteses e órteses e anestesia, entre outros), organizadas com base em macro e microrregiões de cada Estado. E no nível primário, de competência municipal, estão as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), responsáveis pela marcação de consultas (atendimentos básicos como Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia), realização de exames e fornecimento de vacinas e medicação, atuando em espaços diversos e próximos da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2013).

É no nível primário que ocorre a principal forma de acesso do cidadão ao SUS, no qual é efetivada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018; MORAIS et al., 2012; NORADI et al., 2015). É por meio da PNAB que se estruturam as diretrizes e normas para a organização e funcionamento da Atenção Primária à Saúde, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (MELO, et al., 2018).

Cabe ressaltar que a PNAB, desde a sua primeira versão, em 2006, vem sendo modificada e transformada a partir da experiência acumulada por um conjunto de atores que incluem movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Ainda assim, essas modificações, a mais recente no ano de 2017, são elaboradas e realizadas sob concentração de poder nos gestores formais do SUS, o que não necessariamente contribuem para o fortalecimento da ESF (MELO et al., 2018).

É importante esclarecer que Atenção Básica (AB) é a terminologia adotada no Brasil para designar a Atenção Primária à Saúde (APS), esta última, a nomenclatura utilizada internacionalmente desde a publicação da Declaração de Alma Ata no ano de 1978. A razão para haver essa substituição diz respeito a uma decisão, de viés ideológico, com o intuito de fortalecer o caráter do acesso universal à saúde no país por meio da AB (nível básico), além de contrapor o termo “primário” empregado por agências internacionais e suas políticas para a área de saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

A ideia era reforçar o papel do Estado em oferecer a AB enquanto os demais níveis de atenção à saúde continuariam sendo exercidos com a coexistência do setor público e privado, inclusive valorizando o setor privado. Contudo, há problemas no que tange ao uso da

terminologia Atenção Básica, pois além de transmitir a errônea impressão de que o que se faz na AB é algo simples, rudimentar, reforça o caráter de classe associado à APS no país, uma vez que ao primar pela cobertura do sistema, principalmente voltando-se para as classes mais desfavorecidas economicamente, a AB acaba sendo entendida por alguns como “medicina para pobres” (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Nessa perspectiva, levando em consideração a relevância da APS como núcleo central de um sistema de saúde, a partir do qual ocorre o primeiro contato do usuário, e o fato de que neste nível de atenção à saúde encontra-se um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, o qual pode incluir serviços de média e alta complexidade, principalmente em grandes centros urbanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019; ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009), utiliza-se nesta pesquisa a nomenclatura Atenção Primária à Saúde.

A APS possui como atributos essenciais: a atenção ao primeiro contato (acesso e acessibilidade); longitudinalidade (existência de uma fonte regular e contínua de atenção e cuidado, por meio do acolhimento, uma atitude que permeia toda atividade assistencial); integralidade (primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias); e a coordenação (articulação e sincronização entre os diversos serviços e ações de saúde, independentemente do local onde sejam prestados), além da orientação familiar e comunitária e a competência cultural, como atributos derivados (MOTTA; BATISTA, 2015; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; STARFIELD, 2002).

A APS é organizada prioritariamente em torno da Estratégia Saúde da Família (ESF) (NODARI et al., 2019; VASCONCELOS; PARREIRA, 2017; MORAIS et al., 2012; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; TEXEIRA; SOLLA, 2005). Trata-se de uma política pública de saúde federativa, criada no ano de 1994, a partir da experiência com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e implantada inicialmente nas regiões Norte e Nordeste do país em municípios de pequeno porte, sendo incentivada a intensificação da sua implementação em grandes municípios, no ano de 2003, por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) (VASCONCELOS; PARREIRA, 2017; MORAIS et al., 2012; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; TEXEIRA; SOLLA, 2005; HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

De adesão voluntária pelos municípios, a ESF busca contribuir para a incorporação de melhoria da qualidade e transformações nos processos de atendimento e de produção dos serviços públicos de saúde, por meio da constante análise da situação de saúde da população e de suas necessidades, promovendo o envolvimento dos usuários nesse processo (BROWN; RYAN, 2018; VASCONCELOS; PARREIRA, 2017; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016b; MORAIS et al., 2012; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Cada equipe da ESF é formada por um grupo interdisciplinar composta por: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e, agentes comunitários de saúde (ACS) (BROWN; RYAN, 2018; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016b).

A ESF constitui-se em um instrumento de inovação na assistência à saúde, dado que procura reorientar as ações de saúde, conforme as demandas e necessidades das comunidades (VASCONCELOS; PARREIRA, 2017; MORAIS et al., 2012), rompendo com o modelo tradicional de assistência (centrado no médico e na medicalização, em nível individual do sujeito), ao mudar o foco para um modelo coletivo, multi e interdultiprofissional, o qual contempla a dimensão integral do indivíduo (incluindo família e contexto social de onde vive e trabalha) (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018). Além do caráter substitutivo da assistência e da adoção de equipes multiprofissionais, a ESF compreende mais outros dois princípios básicos: a integralidade e hierarquização; e, a territorialização e adscrição da clientela (MARQUES; MENDES, 2002).

O perfil do gestor municipal de saúde e da equipe da ESF deve incluir conhecimentos, habilidades e atitudes capazes de atender às necessidades da população, utilizando bem os recursos disponíveis, realizando parcerias e trabalhando em conjunto com a equipe e a comunidade, de modo a aprimorar o funcionamento dos serviços públicos de saúde com a introdução de novas práticas, novos instrumentos e novas formas de realizar a atenção à saúde. É essencial também o trabalho conjunto entre o gestor da ESF e o gestor municipal de saúde, a fim de que sejam viabilizados o incentivo e a estrutura necessários para a operacionalização de estratégias de inovação (MAIA; BELEZA; FEITOSA, 2014; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

A inovação na ESF deve levar em consideração o contexto macro que envolve a prestação e a gestão de serviços públicos e de atividades inovativas. Nesse sentido, a seção seguinte aborda a inovação no setor público.

2.2 INOVAÇÃO NO SETOR PÚBLICO

Assim como a política pública de saúde tem se comportado de forma a ser alinhada à eficiência econômica, tal qual o preceito neoliberal (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015), a gestão da administração pública também tem buscado equiparar suas ações e atividades por essa perspectiva, por meio do seguimento de padrões de gestão típicos do setor privado.

Isso se fez sentir, sobretudo, na adoção pelo Estado, nos anos de 1980, de elementos do *New Public Management* (NPM), em substituição aos modelos antecedentes, quais sejam o patrimonialista e o burocrático, o que ocorreu não só no Brasil, mas também em outros países emergentes e em países desenvolvidos (SILVA; MATTIA, 2016; CAVALCANTE; CAMÕES, 2015).

Se inicialmente a burocracia foi pensada como ideal (fundamentada na legalidade, racionalidade e conhecimento técnico, com foco no processo, apesar de direcionar a dicotomia entre administração e política), por representar um modelo capaz de superar o patrimonialismo (caracterizado, essencialmente, pela falta de separação entre o bem público e o bem privado), o NPM foi concebido como necessário para ajustar o aparelho estatal à nova ordem político-administrativa neoliberal (SILVA, LIMA; GOMIDE, 2017; SILVA; MATTIA, 2016; NUNES; HARFOUCHE; 2015).

O fato é que a administração pública teve nos movimentos gerencialistas da esfera privada o espelho para definir os moldes de sua gestão, tendo em vista o entendimento de que, seja pública ou privada, uma organização buscará a eficiência, com foco nos resultados. Entretanto, o que não se leva em consideração é que o setor público e o setor privado perseguem finalidades distintas, dificultando a compatibilidade de se operacionalizar as mesmas técnicas gerenciais em ambos tipos de organização (EUCLYDES; SILVEIRA, 2020; SILVA, LIMA; GOMIDE, 2017; SILVA; MATTIA, 2016).

Além disso, com o NPM, o Estado se tornou por certo eficiente e moderno, voltado para o alcance de resultados com maior qualidade (tendo, inclusive, mecanismos sofisticados para a elaboração de políticas públicas), mas, em contrapartida, menos favorável aos cidadãos, distante do foco no interesse público e na democracia, ao tratar o cidadão como consumidor, além de conceder à esfera privada o caráter resolutivo dos problemas públicos (EUCLYDES; SILVEIRA, 2020; SILVA, LIMA; GOMIDE, 2017; SILVA; MATTIA, 2016).

Em contraponto ao *New Public Management*, modelos contemporâneos de gestão da administração pública vêm sendo difundidos (CAVALCANTE; CAMÕES, 2015), a fim de agregar novos valores que melhor considerem as particularidades do setor público, assim como

o aspecto democrático e político do Estado, a exemplo: do modelo societal (SILVA et al., 2018; SILVA, LIMA; GOMIDE, 2017; ALCÂNTARA; PEREIRA; SILVA, 2015), do modelo de Nova Governança Pública (NGP) (SILVESTRE, 2019; MEIJER, 2016; CAVALCANTE; CAMÕES, 2015; TONURIST; KATTEL; LEMBER, 2015; NÄHLINDER, 2013) e do Novo Serviço Público (NSP) (DENHARDT; CATLAW, 2017; DIAS, 2016; KLUMB; HOFFMANN, 2016; SANTOS; SELIG, 2014).

É nessa conjunta política e de gestão da administração pública que se desdobra a inovação no setor público brasileiro. A inovação no setor público é vital para a prestação de serviços eficazes, na medida em que favorece o enfrentamento a desafios econômicos e sociais do século XXI (CAVALCANTE; CUNHA, 2017; OSBORNE; BROWN, 2011). Ainda assim, é comum a percepção de que o setor privado é mais inovativo que o público, por acreditar-se que os governos são pouco dinâmicos e essencialmente burocráticos (CAVALCANTE; CUNHA, 2017; CUNHA, 2017; SOUSA et al., 2015; NÄHLINDER, 2013; GALLOUJ; DJELLAL, 2012).

As características pertencentes ao modelo burocrático de gestão das organizações públicas (tais como controle, formalidade, hierarquia e previsibilidade), anterior a Nova Gestão Pública (*New Public Management* - NPM), reforçam essa ideia, (CUNHA, 2017; KLUMB; HOFFMANN, 2016), por se relacionarem aos elementos considerados como barreiras à inovação (resistência à mudança, aversão ao risco, estruturas organizacionais rígidas e ausência de capacidade de aprendizagem organizacional) (KLUMB; HOFFMANN, 2016).

A adoção da Nova Gestão Pública (conhecida no Brasil como gerencialismo) enfatizou a percepção de que seus princípios possibilitaram a geração de oportunidades de inovação (FERREIRA et al., 2015), por incentivar a administração pública não somente a se espelhar na experiência do setor privado, como também a imitá-lo (CUNHA, 2017; KLUMB; HOFFMANN, 2016; FERREIRA et al., 2015).

Embora esse modelo de gestão tenha trazido mudanças que transformaram o setor público e enfatizaram o foco na inovação, há de se ressaltar que suas contribuições não são suficientes frente aos desafios e expectativas atuais, necessitando que a própria administração pública desenvolva mecanismos que proporcionem um setor público legitimamente inovador, capaz de enfrentar os diversos desafios sociais sem perder de vista o seu caráter democrático e focado no interesse público (CUNHA, 2017; KLUMB; HOFFMANN, 2016).

Assim, atualmente, a Nova Governança Pública (NGP) e Novo Serviço Público (NSP) são vislumbrados como lógicas institucionais que melhor permitem ao setor público inovar. A primeira contempla relações horizontais em rede e colaborativa entre múltiplos atores dentro

do setor público e também com o setor privado e os cidadãos. A segunda, por sua vez, enfatiza o entendimento do usuário como cidadão e não como consumidor, estando em suas bases à busca pela promoção da dignidade e dos valores que reafirmam a democracia, a cidadania e o interesse público (DENHARDT; CATLAW, 2017; DIAS, 2016; KLUMB; HOFFMANN, 2016; SANTOS; SELIG, 2014).

Cabe destacar que o movimento da Nova Gestão Pública para a Nova Governança Pública ou o Novo Serviço Público, assim como anteriormente da burocracia para a NPM, não ocorre por uma ruptura de adoção de um modelo para o outro. Na verdade, se tem uma mudança gradual e incremental, em que é possível encontrar ao mesmo tempo em uma organização pública aspectos relacionados a mais de um desses modelos de gestão, inclusive nos processos inovativos (CAVALCANTE, 2019; COSTA, 2018).

No que se refere às características da Nova Governança Pública, diferente do que previa a NPM, em que os cidadãos se envolvem apenas no processo de tomada de decisão governamental, sendo considerados como clientes/consumidores do serviço público, na NGP eles são entendidos como parceiros, coprodutores desses serviços, participando dos processos da inovação. Além disso, na NGP a inovação no setor público é enxergada como um processo político complexo, derivada de negociação e renegociação entre as partes envolvidas (CAVALCANTE, 2019; SILVESTRE, 2019; KLUMB; HOFFMANN, 2016; MEIJER, 2016; TONURIST; KATTEL; LEMBER, 2015; NÄHLINDER, 2013).

Com isso, há uma abertura para a introdução de novos métodos de redesenho de serviços e processos, como, por exemplo, o *design thinking* (uma nova forma de pensar sobre problemas, na busca por soluções advindas em conjunto com os diversos atores, com o emprego de experimentação das criações) e o *crowdsourcing* (uma forma de obter ideias de um grande número de usuários do serviço público, por meio de plataformas *on-line*, com a finalidade de atingir os objetivos da inovação) (SILVESTRE, 2019; KLUMB; HOFFMANN, 2016; MEIJER, 2016; TONURIST; KATTEL; LEMBER, 2015; NÄHLINDER, 2013).

Na NGP, privilegia-se a construção de redes em que a administração pública possa se apoiar para o trabalho, a gestão e o fornecimento de políticas públicas, com crença na confiança e reciprocidade. Além disso, a orientação estratégica é baseada em uma visão holística e integrada da gestão pública, com valorização da interdisciplinaridade e da capacidade de resposta dos funcionários à sociedade, tal qual do envolvimento e engajamento da sociedade como ator proeminente na operacionalização do setor público (CAVALCANTE, 2019; SILVESTRE, 2019).

Já o Novo Serviço Público tem por filosofia o entendimento de que o comportamento humano é guiado para além do interesse individual e, em razão disso, norteia-se por valores, crenças e preocupações sociais diversas. Nesse sentido, o NSP enxerga a possibilidade de que o servidor público encontra realização por meio do serviço ao cidadão. Ou seja, a perspectiva do Novo Serviço Público é de que o setor público precisa se voltar ao seu propósito primordial de servir aos cidadãos, com foco no interesse coletivo e entendendo o serviço público como uma extensão da cidadania (EUCLYDES; SILVEIRA, 2020).

Esse modelo tem, assim, como fundamento, a promoção da dignidade e do valor do serviço público, além da evidenciação da democracia, da cidadania e do interesse público como valores superiores da administração pública (EUCLYDES; SILVEIRA, 2020; DENHARDT; CATLAW, 2017).

Dessa forma, o NSP possui um conjunto de princípios que norteiam a sua concepção: a) servir cidadãos, e não consumidores; b) perseguir o interesse público; c) dar mais valor à cidadania e ao serviço público do que ao empreendedorismo; d) pensar estrategicamente e agir democraticamente; e) reconhecer que a *accountability* não é simples; f) servir em vez de dirigir; g) dar valor às pessoas, não apenas à produtividade (DENHARDT; CATLAW, 2017; DIAS, 2016; SANTOS; SELIG, 2014).

As literaturas brasileira e estrangeira evidenciam que, de fato, a administração pública tem empreendido esforços no sentido de cada vez mais exercer a inovação em seu âmbito organizacional, de modo a não ser apenas coadjuvante no apoio à inovação para outros agentes econômicos, inovando tanto nos serviços prestados quanto nos procedimentos internos de funcionamento, e, em alguns setores, as atividades inovativas são preponderantes, como na área da saúde (CAVALCANTE; CUNHA, 2017; ISIDRO-FILHO, 2017; KLUMB; HOFFMANN, 2016; SOUSA et al., 2015; GALLOUJ; DJELLAL, 2012).

Na literatura estrangeira, houve maior destaque para o tema em função da criação de programas de pesquisa e de concursos e prêmios conferidos às organizações governamentais voltadas a iniciativas de inovação. Dessa maneira, é possível encontrar alguns modelos teóricos que buscam esclarecê-la, a exemplo dos elaborados pelo projeto Indicadores da Inovação no Setor Público Australiano (APSS – *Australian Public Sector Innovation Indicators Project*); pela Fundação Nacional de Ciência Tecnologia e Artes (Nesta - *National Endowment for Science Technology and the Arts*), na Inglaterra; pela *Harvard Kennedy School/Deloitte*, nos Estados Unidos; e pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE - *The Organisation for Economic Co-operation and Development*) (ISIDRO-FILHO, 2017; OLIVEIRA, 2017; SOUSA et al., 2015).

No Brasil, ao longo dos anos 1980 e 1990, alguns institutos também promoveram o estímulo à inovação no setor público por meio de premiações, quais sejam: Fundação Getúlio Vargas (FGV), com o “Programa Gestão Pública e Cidadania”, voltado para a identificação e divulgação de iniciativas inovadoras dos governos locais que visaram melhorar a qualidade dos serviços públicos; Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), que realiza anualmente o Concurso Inovação na Gestão Pública Federal; e, Instituto Inovare, o qual efetua o “Prêmio Inovare”, cuja finalidade é reconhecer a inovação no sistema judiciário brasileiro (SOUSA et al., 2015).

O plano de fundo para que a inovação no setor público aconteça envolve, entre outros elementos, a busca por superar falhas de governo, aperfeiçoamento dos gastos, qualidade dos serviços públicos e a ampliação da legitimidade e confiança da sociedade, aliado à demanda por mais participação social na criação de políticas públicas e enfrentamento de problemas públicos mais complexos (denominados *wicked problems*), como aquecimento global, desastres ambientais, envelhecimento populacional, pobreza extrema, desigualdade de renda crescente, entre outros (CAVALCANTE; CUNHA, 2017; CUNHA, 2017; CAVALCANTE, et al., 2017; VRIES; BEKKERS; TUMMERS, 2016; BUGGE; BLOCH, 2016; COMUNIDADE EUROPEIA, 2013).

Esses fatores têm exigido que o setor público implemente políticas inovadoras que impliquem na descontinuidade com o passado (ainda que em pequena escala), ou seja, em mudanças relevantes, as quais não devem ser confundidas com melhoria contínua, já que nem toda melhoria é sempre inovadora na sua natureza (CAVALCANTE; CUNHA, 2017; KATTEL, 2015; COMUNIDADE EUROPEIA, 2013; OSBORNE; BROWN, 2011). Nessa perspectiva, é preciso considerar que a inovação não necessariamente traz sempre um benefício positivo. Algo pode ser inovador, mas não atender às necessidades sociais e econômicas existentes, ou resolver os problemas de forma inadequada (OSBORNE; BROWN, 2011).

Nesse sentido, o valor da inovação no setor público está relacionado a: a) Resultados: individuais e sociais, como aumento da saúde, aprendizagem, criação de emprego, segurança, ambiente sustentável, etc.; b) Serviços: criação de serviços mais significativos e úteis, conforme experimentados pelos usuários finais; c) Produtividade: melhoria da eficiência interna da gestão das organizações públicas; d) Democracia: fortalecimento do engajamento e participação dos cidadãos, de forma a garantir responsabilidade, transparência e igualdade na sociedade (CASTRO; ISIDRO-FILHO; MENELAU, 2017; COMISSÃO EUROPEIA, 2013).

Por outro lado, deve-se considerar que a pesquisa sobre inovação no setor público ainda é incipiente, carente de referencial teórico específico que a fundamente (CAVALCANTE;

CUNHA, 2017; VICKERS, et al., 2017; CUNHA, 2017; SOUSA et al., 2015). Isto implica no uso de perspectivas teóricas que não são próprias da abordagem de inovação em serviços públicos para a investigação do tema (CUNHA, 2017).

A teoria sobre inovação tecnológica e industrial foi tomada emprestada para explicar a inovação no setor público, o que, inevitavelmente, levou à alteração da essência da organização pública enquanto objeto de análise, uma vez que não há total correspondência entre organizações públicas e organizações industriais, tanto em relação à sua natureza constitutiva, quanto em relação aos resultados derivados de cada uma (CUNHA, 2017; DJELLAL; GALLOUJ; MILES, 2013; OSBORNE; BROWN, 2011).

Adicionalmente, nessa visão tradicional, as organizações públicas foram consideradas como fator restritivo, indutoras ou catalisadoras para as inovações ocorridas no setor privado, longe de serem protagonistas de sua própria inovação (CUNHA, 2017). Essa primeira fase dos estudos sobre inovação no setor público é denominada de período Schumpeteriano, caracterizado pelo emprego de uma visão mais ampla de como mudanças evolucionárias ocorrem nas sociedades para o entendimento do que é a inovação no setor público (KATTEL, 2015).

A segunda fase dos estudos sobre inovação no setor público tem início por volta dos anos de 1960, na medida em que pesquisadores em teoria organizacional passaram a estudar inovação em organizações tanto do setor público quanto do setor privado, entendendo que a inovação ocorre de igual modo nos dois setores. Essa fase é, então, designada de período da teoria organizacional (KATTEL, 2015). Entretanto, mais recentemente o entendimento passou a ser de que o Estado, suas instituições e organizações são agentes da inovação no seu próprio setor, cabendo a eles o papel ativo para o desenvolvimento e implementação desta (CUNHA, 2017).

Para tanto, a teoria da inovação em serviços foi considerada como funcional para compreender a inovação no setor público. A teoria sobre inovação nos serviços é sistematizada em quatro perspectivas: assimilação (que se refere à transposição da teoria de inovação em produtos, essencialmente com base tecnológica, para a inovação em serviços, sem considerar suas especificidades), diferenciação (a partir da qual se leva em consideração os aspectos de intangibilidade e de interatividade dos serviços para a delimitação teórica, deixando menos evidente que as novidades em serviços são advindas de incorporações tecnológicas), inversão (admitindo que os serviços são protagonistas como fonte de inovação para toda a economia, ao invés dos produtos) e integradora (que visa unificar a visão teórica de produtos e serviços, sob

uma mesma teoria de inovação) (ERIKSSON; HELLSTRÖM, 2020; DOS-REIS; SILVA FILHO, 2020; COSTA, 2016; DJELLAL; GALLOUJ; MILES, 2013).

Vê-se que essas perspectivas ou privilegiam produtos e processos de produção para serem tomados em analogia na investigação de inovações em serviços públicos, ou apresentam uma visão reducionista dos serviços, não levando em consideração as características de uma determinada sociedade a que os serviços públicos são direcionados, e de sua estrutura de poder (COSTA, 2016). Logo, é de se esperar que os modelos teóricos estrangeiros sobre inovação pública e a literatura acerca da inovação em serviço no setor privado não possuam correspondente potencial elucidativo para a inovação em serviço no setor público brasileiro (OLIVEIRA, 2017; SOUSA, et al., 2015).

Afinal, além de não estarem expostos a pressões competitivas (com a exceção de alguns casos), os serviços públicos estão sob influência política (e em situações diversas tal influência pode estar associada ao clientelismo e à corrupção), sofrem de falta de recursos e de incentivos para inovadores e intraempreendedores, e podem ser terceirizados para provedores privados ou fornecidos por meio de parcerias público-privadas (PPPs), aspectos que vêm a ter reflexos nos seus processos inovativos (DJELLAL; GALLOUJ; MILES, 2013).

Associado a isso está o fato de que os processos evolutivos no setor público são permeados não só por restrições políticas, mas também legais, institucionais e administrativas (KATTEL, 2015; OSBORNE; BROWN, 2011), além de seguirem princípios específicos (igualdade, justiça e continuidade) (NÄHLINDER, 2013; GALLOUJ; DJELLAL, 2012). Esses aspectos restritivos são fatores que ao mesmo tempo em que limitam ou facilitam as mudanças, também são modificados pelos próprios processos evolutivos, como consequência das inovações no setor público (KATTEL, 2015).

Desse modo, torna-se relevante a percepção de que para entender a inovação no setor público não é necessário partir da comparação com os processos inovativos que ocorrem no setor privado, na tentativa de encontrar semelhanças entre esses processos, pois além de serem distintos em termos de natureza e impacto, possuem motivações discrepantes (KATTEL, 2015; SILVA; MATTIA, 2016).

Enquanto o lucro e a competição são motivadores da inovação no setor privado, no setor público a motivação é advinda da busca por melhores serviços e promulgação de políticas públicas que gerem aumento do valor social (GOMES; MACHADO, 2018; SILVA; MATTIA, 2016; KATTEL, 2015;). A própria gestão da inovação se difere entre o setor público e o privado em termos das culturas institucionais que imprimem condições diferentes para a gestão (AAS; JENTOFT; VASSTROM, 2016).

Alguns autores defendem que é possível utilizar a teoria da inovação em serviços para o estudo da inovação do setor público, com base no argumento de que o ponto de ligação é o fato de que os serviços, sejam públicos ou privados, possuem características próprias (essencialmente: intangibilidade, inseparabilidade, perecibilidade e coprodução (OSBORNE; BROWN, 2011) que os diferem dos produtos (AAS; JENTOFT; VASSTROM, 2016; NÄHLINDER, 2013; OSBORNE; BROWN, 2011). Outros consideram que é necessário adotar uma perspectiva integradora da inovação em produtos e da inovação em serviços, com o intuito de fazer com que se evolua para uma única teoria da inovação (DOS-REIS; SILVA FILHO, 2020).

A visão adotada nesta pesquisa é a de que além da diferença existente entre serviços e produtos, há também a diferença entre os serviços do setor público e os serviços do setor privado, razão pela qual há a necessidade de se analisar a inovação no setor público por meio de uma lente teórica própria, e não por meio da teoria da inovação em serviços, já que esta é fundamentada nos serviços do setor privado, sem levar em consideração as peculiaridades que envolvem esse setor público e como ele funciona.

Além disso, as especificidades relativas aos serviços públicos, que os diferem dos serviços de mercado (os quais serviram de base para construção da teoria da inovação em serviços), já direcionaram pesquisadores a crer que uma abordagem particular da inovação no setor público tem maior utilidade (SILVA, LIMA; GOMIDE, 2017; SILVA; MATTIA, 2016; COSTA, 2016; SILVA; MATTIA, 2016; SOUSA et al., 2015; FERREIRA, ET AL., 2015; DJELLAL; GALLOUJ; MILES, 2013), estabelecendo-se a fase dos estudos da inovação no setor público denominada de período autóctone, iniciada a partir dos anos 2000 (KATTEL, 2015).

A definição de inovação no setor público encontra-se dispersa e ainda não há consenso no estabelecimento de seu significado (MCMURRAY; MUENJOHN, 2018; OCDE, 2015; MOUSSA). Muitos estudos, inclusive, não a definem, ou utilizam uma explicação geral. Ainda assim, é possível encontrar algumas conceituações, as quais possuem em comum o entendimento de que a inovação no setor público envolve duas dimensões principais: novidade percebida e adoção inédita de uma ideia por uma organização (VRIES; BEKKERS; TUMMERS, 2016). O Quadro 1 apresenta uma síntese dos conceitos identificados na literatura estrangeira e nacional.

Quadro 1 - Conceitos de inovação no setor público

AUTOR (ES)	DEFINIÇÃO
Lynn (1997)	A inovação [no governo] é adequadamente definida como uma transformação original, disruptiva e fundamental das tarefas centrais de uma organização. A inovação muda as estruturas profundas e as altera permanentemente.
Moore et al. (1997)	As mudanças que merecem ser reconhecidas como inovações devem ser novas para a organização, suficientemente grandes e duráveis o suficiente para afetar de forma significativa as operações ou o caráter da organização.
Newman et al. (2001)	A inovação do setor público pode ser constituída como uma mudança descontínua ou escalonada, como algo completamente novo para uma autoridade local em particular (embora possa ter sido anteriormente aplicado em outro lugar), e uma mudança que já havia sido implementada e não apenas uma aspiração ou iniciativa planejada.
Mulgan e Albury (2003)	Novas ideias que funcionam são inovações bem-sucedidas: a criação e implementação de novos processos, produtos, serviços e métodos de entrega que resultam em melhorias significativas na eficiência, eficácia ou qualidade dos resultados.
Koch e Hauknes (2005)	Inovação é a implementação de uma entidade social e o desempenho de uma nova forma específica ou repertório de ação social que é implementada deliberadamente pela entidade no contexto dos objetivos e funcionalidades das atividades da entidade.
Osborne e Brown (2005)	Significa a introdução de novos elementos em um serviço público, na forma de novos conhecimentos, nova organização e/ou nova habilidade de gestão ou processual, todos representando descontinuidade com o passado.
Audit Commission (2007)	Adoção de práticas aprimoradas caracterizadas por novidades, mudanças e melhor desempenho.
Ferrarezi e Amorim (2007)	Mudanças em práticas anteriores, por meio da incorporação de novos elementos da gestão pública ou de uma nova combinação de mecanismos existentes, que produzam resultados significativos para o serviço público e para a sociedade.
Bloch (2011)	Uma inovação é a implementação de uma mudança significativa na maneira como sua organização opera ou nos produtos que fornece. As inovações compreendem mudanças novas ou significativas em serviços e mercadorias, processos operacionais, métodos organizacionais ou a maneira como sua organização se comunica com os usuários. As inovações devem ser novas para sua organização, embora possam ter sido desenvolvidas por outras pessoas. Eles podem ser o resultado de decisões dentro de sua organização ou em resposta a novos regulamentos ou medidas políticas.
APSII (2011)	Uma inovação é a implementação de uma mudança significativa na forma como uma entidade opera ou nos produtos que fornece. As inovações compreendem mudanças novas ou significativas nos produtos, processos operacionais, métodos organizacionais ou a maneira como a entidade se comunica com os usuários.
Comissão Europeia (2013)	A inovação do setor público pode ser definida como o processo de geração de novas ideias e sua implementação para criar valor para a sociedade, seja ele com foco interno ou externo à administração pública.
Mulgan (2014)	A inovação no setor público envolve a criação, desenvolvimento e implementação de ideias práticas que tragam benefícios públicos. Essas ideias têm que ser pelo menos em parte novas (ao invés de melhorias); elas têm que ser incorporadas e usadas (em vez de simplesmente permanecerem ideias); e elas têm que ser úteis.
Ferreira et al. (2014)	De forma geral, a inovação pode ser definida como a geração, desenvolvimento e implementação de novas ideias, objetos ou práticas por pessoas que, ao longo do tempo, se engajam em relações com outras dentro de um contexto institucional. Especificamente, pode ser um novo processo, uma nova estrutura organizacional ou sistema administrativo, um novo plano ou programa pertencentes a membros de uma organização.
OCDE (2015)	A implementação de uma boa ideia operacional, inteiramente nova ou significativamente melhorada. A inovação não deve ser simplesmente a implementação de algo novo, mas a obtenção de resultados para a sociedade.

	Tem por características a novidade, a implementação e o impacto de valor público.
Agolla e Van Lill (2016)	Um processo no qual ideias valiosas são transformadas em novas formas de valor agregado para a organização, clientes, funcionários e partes interessadas.
Tonelli et al. (2016)	Mudança, introdução de novidade em relação ao modo antigo de se fazer as coisas em determinado contexto público. A inovação deve também gerar valor para a sociedade e usuários, de modo que a exploração bem-sucedida de uma ideia culmine em mudança positiva, consistente e duradoura para as pessoas.
Castro, Isidro-Filho e Menelau (2017)	A inovação no setor público pode ser vista tanto como uma modificação substancial, qualitativa ou quantitativa, em técnicas ou práticas anteriores, quanto como uma nova estrutura organizacional ou um novo sistema administrativo, um novo plano ou programa pertencente a membros de uma organização, resultando em um novo produto, serviço ou prática nova para o estado da arte (ou nova, pelo menos, para o contexto organizacional em que se encontra).
Lewis, Ricard e Klijin (2018)	O processo de ideias para a implementação bem sucedida destas, o que faz uma diferença substancial para a compreensão das necessidades a que se dirige uma organização e os serviços que ela oferece.

Fonte: Elaboração própria (2020)

Ao longo dos anos o conceito de inovação no setor público manteve em seu núcleo os elementos da novidade e da mudança, por meio de ideias implementadas, como características fundamentais. No entanto, deixou de ter um foco apenas interno, nas mudanças das operações e do caráter da organização, e passou a considerar também a utilidade da inovação para a sociedade e os usuários do serviço público, no sentido de que a inovação deve criar valor agregado tanto para a organização, quanto para usuários, funcionários e partes interessadas, por meio de melhorias significativas na eficiência, eficácia ou qualidade dos resultados.

Um cuidado que deve ser tomado ao se definir a inovação no setor público é o de não confundi-la com a mudança comum, pois para que seja considerada como uma inovação, a mudança tem que ser transformadora o suficiente para afetar significativamente o que a organização pública faz e como faz, levando a uma ruptura com as práticas do passado (CAVALCANTE; CUNHA, 2017; KATTEL, 2015; COMUNIDADE EUROPEIA, 2013 OSBORNE; BROWN, 2011).

Portanto, a partir do Quando 1, pode-se concluir que a inovação no setor público é a implementação de uma novidade funcional que provoca uma mudança transformadora e durável, produzindo resultados significativos para as operações e gestão do setor público, para os elementos de processo e entrega dos serviços públicos e/ou para a sociedade, levando a um impacto de valor público, conceito norteador para este estudo.

A inovação no setor público é uma novidade funcional, pois deve ser uma ideia praticável, ou seja, possível de ser realizada no âmbito de sua utilização, trazendo resultados positivos. Trata-se de uma mudança transformadora e durável pelo fato de que rompe com as práticas do passado, levando a organização pública a um novo padrão de funcionamento em

termos operacionais, de gestão, de processo e entrega dos serviços públicos e/ou de interface/atendimento à sociedade, e, como tal, não deve ser relacionada a apenas uma ação temporária, mas sim, de longo prazo.

A inovação no setor público, portanto, resulta em um impacto de valor público, tendo em vista que deve ser considerada relevante para o atendimento do interesse coletivo e legítima perante a sociedade (equilibrando eficiência e democracia), em contraposição ao valor que é buscado na inovação do setor privado, qual seja o de maior lucratividade da organização.

Além das definições, percebe-se que há um esforço de pesquisadores em delinear quais são os tipos de inovação no setor público, como forma de até mesmo facilitar o entendimento e a identificação das inovações, embora ainda não haja consenso na literatura de quais são os tipos de inovação a ser adotadas pelas organizações públicas (CASTRO; ISIDRO-FILHO; MENELAU, 2017; LIMA; VARGAS, 2012;).

O Quadro 2 apresenta uma síntese das tipologias. Para a construção do quadro, inicialmente, foi empreendida a identificação das classificações existentes na literatura, seja em livros ou artigos acadêmicos que tratam do tema inovação no setor público, conforme disposto na segunda coluna do quadro. Os tipos com nomenclaturas diferentes, mas com características similares, foram agrupados sob uma mesma denominação.

Ressalta-se que, apesar de ter sido buscada uma classificação das inovações na literatura nacional, os estudos sobre o tema no país utilizam as tipologias encontradas nas pesquisas estrangeiras, de forma que aqui somente foram referenciados os autores estrangeiros, como apresentado na primeira coluna do quadro. Em seguida, foi feita uma análise comparativa entre as tipologias definidas pelos diferentes autores, a fim de encontrar similaridades e, assim, descrever as características pertinentes a cada tipo de inovação, como pode ser observado na terceira coluna do quadro elaborado.

Quadro 2 - Tipologias de inovação no setor público

AUTOR (ES)	TIPO DE INOVAÇÃO	CARACTERÍSTICAS
Halvorsen et al. (2005) Windrum e Koch (2008) Bloch (2011) Hughes, Moore e Kataria (2011) Wu et al. (2013)	Inovação de serviço	É a introdução de um novo produto de serviço ou uma melhoria na qualidade de um produto de serviço existente. Isso inclui todas as inovações que envolvem mudanças nas características dos produtos de serviços e no design dos serviços.
Windrum e Koch (2008)	Inovação de prestação de serviço	Envolve maneiras novas ou alteradas de entregar aos clientes, ou de outra forma interagir com eles, com a finalidade de fornecer serviços públicos específicos.
Halvorsen et al. (2005) Bloch (2011) Hughes, Moore e Kataria (2011)	Inovação de processo	É a implementação de um método para a produção e fornecimento de serviços que seja novo ou significativamente melhorado em comparação com

Wu et al. (2013)		os processos existentes. Pode envolver melhorias significativas, por exemplo, em equipamentos e/ou habilidades. Inclui também melhorias significativas nas funções de suporte, como TI, contabilidade e compras.
Halvorsen et al. (2005) Bekkers, Van Duivenboden e Thaens (2006) Windrum e Koch (2008) Bloch (2011) Hughes, Moore e Kataria (2011)	Inovação organizacional	Criação de novas formas organizacionais, ou na introdução de novos métodos e técnicas de gestão e novos métodos de trabalho.
Hughes, Moore e Kataria (2011) Bloch (2011)	Inovação de comunicação	É a implementação de um novo método de promover a organização ou seus serviços e bens, ou novos métodos para influenciar o comportamento de indivíduos ou outros. Estes devem diferir significativamente dos métodos de comunicação existentes na organização.
Halvorsen et al. (2005) Bekkers, Van Duivenboden e Thaens (2006) Windrum e Koch (2008)	Inovação conceitual	Envolve novos conceitos, quadros de referência ou até mesmo novos paradigmas que desafiam suposições que sustentam produtos, processos e formas organizacionais de serviço existentes. A Nova Gestão Pública ou a Nova Governança Pública são exemplos.
Halvorsen et al. (2005)	Mudança radical de racionalidade	Significa que a visão de mundo ou a matriz mental dos funcionários de uma organização está mudando.
Halvorsen et al. (2005) Bekkers, Van Duivenboden e Thaens (2006) Windrum e Koch (2008)	Inovação institucional (ou sistêmica)	Transformações fundamentais nas relações institucionais entre organizações, instituições e outros atores no setor público.
Audit Commission (2007)	Inovação democrática	Novas práticas para aumentar a cooperação democrática com os cidadãos.
Audit Commission (2007) Hughes, Moore e Kataria (2011)	Inovação estratégica	Reposicionamento da autoridade de acordo com novos objetivos corporativos ou novos usuários, incluindo o uso de modelos de prestação de serviços alternativos.
Windrum e Koch (2008)	Inovação política	Mudam o pensamento ou as intenções comportamentais associadas a um sistema de crença política. As inovações políticas estão associadas a três tipos de aprendizado: aprendizagem de como os instrumentos de política podem ser aprimorados para alcançar um conjunto de metas; aprendizagem conceitual que segue as mudanças na compreensão compartilhada de um problema e de cursos de ação apropriados, isto é, segue inovações conceituais; e, aprendizado social baseado na compreensão compartilhada dos papéis apropriados dos atores políticos e das regras para a mudança de interação com base em novas ideias sobre interação social e governança.
Wu et al. (2013)	Inovação colaborativa	Atividades abrangentes no processo de prestação de serviços e gerenciamento (por exemplo, alianças, parcerias, colaborações e trabalho em rede). A inovação colaborativa não se limita aos governos ou suas agências, mas envolve cada vez mais a colaboração com organizações sem fins lucrativos e empresas privadas.

Wu et al. (2013)	Inovação de governança	Novas abordagens e práticas que visam administrar instituições democráticas, desencadear a participação do cidadão e combater a corrupção.
------------------	-------------------------------	--

Fonte: Elaboração própria (2020)

Com exceção de Wu et al. (2013), as tipologias propostas pelo Manual de Oslo e pelo Manual de Copenhague são tomadas como referência pelos autores elencados no Quadro 2 para determinar os tipos de inovação no setor público, seja adequando a tipologia proposta pelo Manual de Oslo (que tem origem no ambiente industrial) ao contexto da administração pública, ao substituir a inovação em produto por inovação em serviço e a inovação em marketing por inovação em comunicação (adequação esta que foi posteriormente compilada no Manual de Copenhague), ou acrescentando formas específicas de inovação do setor público.

Todos os tipos de inovação podem ocorrer em diferentes graus de intensidade, a saber: incremental e radical. A inovação é considerada incremental quando implica em uma novidade que aperfeiçoa significativamente algo ou alguma prática existente na organização. Por outro lado, a inovação radical representa algo totalmente novo, sendo, assim, uma prática inédita na organização (CAVALCANTE; CUNHA, 2017; BRANDÃO; BRUNO-FARIA, 2017; APSII, 2011; OSBORNE; BROWN, 2005).

Considerando as peculiaridades de cada âmbito governamental (federal, estadual e municipal), e até mesmo as peculiaridades regionais do país para implementação das inovações, a subseção seguinte aborda especificamente a inovação no serviço público municipal, discutindo os achados sobre o assunto na literatura estrangeira e nacional.

2.2.1 Inovação na Gestão Pública Municipal

Com a Constituição Federal de 1988, o governo municipal brasileiro passou a ter autonomia em relação às esferas de governo superiores e atribuição de competências tributárias próprias, participando no produto da arrecadação de impostos da União e dos Estados, a partir da sua colocação como um dos membros da Federação e da descentralização do poder político. Assim, assumiu responsabilidade por demandas como saúde, educação e assistência social (SILVESTRE, 2019; COUTO; CKAGNAZAROFF, 2016; GRIN, 2012; MAGALHÃES, 2007; FARAH, 2006). Esses são atributos que diferenciam os municípios brasileiros dos municípios de outros países (MAGALHÃES, 2007).

Tais atributos e responsabilidades dos municípios brasileiros (decorrentes do processo de redemocratização política do país, descentralização e da modernização da esfera pública, à

época dos anos de 1980) (MAGALHÃES, 2007; PAULICS, 2005), em conjunto com a reforma gerencial do Estado, por volta dos anos de 1990 (GRIN, 2012), o acelerado processo de urbanização (MAGALHÃES, 2007; PAULICS, 2005) e a proximidade com os problemas locais da população (SILVESTRE, 2019; COUTO; CKAGNAZAROFF, 2016), conduziram e conduzem à inovação em âmbito municipal (GRIN, 2012; FARAH, 2006; PAULICS, 2005;).

Nesse contexto, ao longo dos anos 1980 e 1990 surgiram no Brasil várias iniciativas para o registro, análise e disseminação de experiências inovadoras executadas nos municípios do país, tais como a Rede de Comunicação de Experiências Municipais (Recem), instituído pelo Centro de Estudos e Pesquisas da Administração Municipal (CEPAM), em São Paulo, e o Boletim DICAS, do Instituto Pólis (PAULICS, 2005).

Uma iniciativa de destaque em nível nacional foi a premiação Programa Gestão Pública e Cidadania, criada no ano de 1996, pela Fundação Ford e pela Fundação Getulio Vargas, com apoio do BNDES, tendo por objetivo premiar e disseminar práticas inovativas implementadas por prefeituras, governos estaduais e organizações próprias dos povos indígenas (FGV, 2018; SOUSA et al., 2015; SPINK, 2003; BARACCHINI, 2002).

Em contrapartida aos esforços de identificar e premiar as práticas inovadoras municipais, poucos são os estudos publicados nas principais bases de dados científicos nacionais e internacionais (FARIAS FILHO; MIRANDA, 2016) que exploram o desenvolvimento de inovações na esfera municipal, estando esses estudos concentrados nos anos de 1990 e 2000.

As inovações em âmbito municipal se originam de várias fontes: do próprio município; de iniciativas de programas federais ou de regras para acesso a financiamento em certas áreas; de partidos, movimentos sociais ou iniciativas de determinada categoria profissional; e de uma ação conjunta entre diferentes atores governamentais e não-governamentais (FARAH, 2006; WALKER, 2006). Não se pode deixar de lado também o processo de disseminação de inovação que ocorre quando um município adota uma prática inovativa ou nova política pública por meio de experiências realizadas em outras localidades (FARAH, 2008).

No que concerne à adoção de inovações por um município como resultado da disseminação de inovação realizada em outras localidades, isso ocorre em razão de certos elementos: a) características intrínsecas à inovação, como a capacidade que uma política, programa ou processo tem de constituir-se em solução inovadora para problemas sociais; b) natureza do problema enfrentado pela política ou programa inovador, o qual se espera que seja comum a outras localidades; c) percepção pelo atores sociais e políticos de outras localidades de que os problemas tratados pela inovação são relevantes; d) convergência entre a agenda de

políticas públicas das localidades e o problema tratado pela política ou programa inovador; e) acesso à informação (difusão de informações); f) papel ativo desempenhado por atores sociais e políticos envolvidos nos processos decisórios nas localidades adotantes na seleção de inovações; g) incentivos políticos e financeiros; h) quadro institucional; i) características estruturais da localidade receptora; j) legado de políticas prévias; k) ideologia (FARAH, 2008).

Seja qual for a fonte da inovação da gestão pública municipal, para ser considerada como uma prática inovadora é preciso que implique em uma mudança substantiva em relação às práticas anteriores, apresente possibilidade de replicação, amplie ou reforce a comunicação com a sociedade, utilize recursos de forma responsável, estimule práticas autônomas e autossustentadas, com o intuito de tratar problemas identificados e/ou melhorar o serviço e o valor do serviço prestado à sociedade (FARIAS FILHO; MIRANDA, 2016; CNM, 2016a; FARAH, 2006; SPINK, 2003).

A categorização de intervenções municipais como inovadoras perpassa por duas dimensões: orientação para a eficiência (com foco no processo administrativo, envolvendo a identificação dos atores envolvidos e das suas relações) e perspectiva democrática (focada no conteúdo das políticas públicas, com orientação à inclusão de novas parcelas da população no domínio da atenção estatal e na adoção de direitos) (FARAH, 2006).

Com base nessas dimensões, pode-se considerar como experiências inovadoras aquelas que: a) propõem uma inversão de prioridades na aplicação dos recursos públicos; b) utilizem participação popular; c) considerem as características culturais regionais e resgatam as tecnologias populares tradicionais; d) aperfeiçoem os recursos públicos, fazendo uso da transparência administrativa e do acesso de informação aos cidadãos; e) se preocupem com a preservação do meio ambiente e equilíbrio ecológico; f) democratizem as decisões do aparato administrativo; g) aponte um potencial pedagógico, educativo ou organizativo; e, h) contribuam para a melhoria dos serviços públicos e qualidade de vida (FARAH, 2006).

Em suma, entende-se que a inovação na gestão pública municipal é uma prática que envolve a possibilidade de replicar, e/ou ampliar/reforçar a comunicação com a sociedade, e/ou utilizar recursos de forma responsável e/ou estimular práticas autônomas e autossustentadas (FARIAS FILHO; MIRANDA, 2016; CNM, 2016a; FARAH, 2006; SPINK, 2003), a qual gira em torno das dimensões orientação para a eficiência e perspectiva democrática (FARAH, 2006).

A inovação é um processo complexo que, na área de saúde, ganha contornos ainda mais profundos, por lidar diretamente com a vida (até mesmo sobrevivência) de um paciente (ROSETO et al., 2017; OMACHONU; EINSRUICH, 2010; CUNNINGHAM, 2005). Em relação aos serviços públicos de saúde, a complexidade que envolve necessidades e urgências

da população, exige novas respostas do setor público e inovação na área, assunto que será discutido na próxima seção.

2.2.2 Inovação em Saúde Pública

A inovação em saúde pública é entendida como a introdução de um novo conceito, ideia, serviço, produto e/ou processo produtivo, administrativo ou organizacional que vise melhorar o tratamento, diagnóstico, educação, divulgação, prevenção e pesquisa, produzindo benefícios significativos para indivíduos, grupos ou à comunidade em geral, e com objetivos de longo prazo no que se refere ao aperfeiçoamento da qualidade, da segurança, dos resultados, da eficiência e dos custos para a unidade de saúde que a adota (COSTA, 2016; OMACHONU; EINSRUCH, 2010).

Ao considerar a inovação no setor público de saúde é preciso entender que esse processo pode envolver os esforços conjuntos de diversas organizações que tenham como propósito efetivar atividades relativas à área de saúde, sejam essas organizações públicas ou privadas (CUNNINGHAM, 2005).

Assim, a inovação em saúde é um processo social, e, como tal, depende da influência, da agência, dos conhecimentos, dos recursos e das capacidades de múltiplos atores. Mesmo assim, a interação e a integração de recursos entre esses atores, principalmente para solucionar problemas complexos, como os de saúde pública, ainda não são bem exploradas na literatura (ERIKSSON; HELLSTRÖM, 2020).

Os atores da inovação em saúde pública podem ser os mais diversos: profissionais de saúde, usuários, grupos de classes, organizações, agências governamentais, universidades, institutos de pesquisa, instituições financeiras (NODARI et. al., 2019; COSTA, 2016), secretarias municipais, Ministério da Saúde, secretário (a) municipal de saúde, políticos locais, poder judiciário (no que diz respeito às ações de direito à saúde) (FLEURY, 2014), gestores e funcionários da linha de frente, consultores, formuladores de políticas públicas (AAS; JENTOFT; VASSTROM, 2016), entre outros. Cada um desses atores exerce um papel diferente no processo inovativo em termos de poder de decisão e de informação disponível para refletir sobre possíveis soluções aos problemas dos serviços de saúde (COSTA, 2016).

Em termos de inovação no âmbito do SUS, pode-se destacar um estudo, realizado entre os anos de 1996 e 2006, que construiu um índice de inovação na gestão local do SUS, com base em três dimensões dos resultados da inovação:

a) Aspectos Sociais, relativos às relações entre Estado e sociedade, no que se refere à mudança política e social advinda com a descentralização do sistema de saúde para o governo local. Essas mudanças incluem a forma como o poder local é exercido no âmbito da política de saúde (abrindo-se espaço para a participação da sociedade, além da utilização de práticas de *accountability*, transparência governamental e disponibilização de informações à população), a democratização do acesso ao cargo de secretário (a) municipal de saúde e a profissionalização dos (as) gestores (as);

b) Aspectos Gerenciais, referentes às questões de eficiência e produtividade, decorrentes da necessidade de acompanhar as mudanças introduzidas na governança local da política de saúde, e que dizem respeito à modernização gerencial da gestão de pessoas, de compras e serviços, de informações, de apoio técnico e de parcerias; e,

c) Aspectos Assistenciais, relacionados aos programas de atenção à saúde implantados localmente, os quais foram ampliados em volume e diversidade, além da introdução de mecanismos de organização da oferta de ações e serviços de saúde (FLEURY, 2014).

O citado estudo constatou que inicialmente a dimensão social da inovação foi a mais desenvolvida, dado que o processo de descentralização do SUS se encontrava ainda em andamento, o que reforçava a necessidade de inovações nessa dimensão. Nesse momento, havia mobilização e democratização do SUS, mas com quase nenhum impacto na atenção à saúde da população (FLEURY, 2014).

Com o passar do tempo, a dimensão assistencial se tornou a mais induzida, em razão dos incentivos do governo federal de uma política nacional acordada entre os três níveis de governo. Quanto à dimensão gerencial, esta é a que apresentou menor intensidade, mostrando que os avanços alcançados nas outras dimensões ainda convivem com expressivas limitações, e que este é o desafio atual do SUS, assim como a dimensão assistencial foi no passado (FLEURY, 2014).

Outro achado significativo do estudo foi a verificação de que as políticas e programas assistenciais tiveram papel significativo no curso da inovação local em saúde. Por outro lado, constatou-se que os incentivos financeiros devem ser acompanhados de transformações culturais e organizacionais e de suporte social, a fim de que seja fomentada a sustentabilidade das inovações (FLEURY, 2014).

As inovações na saúde pública podem gerar resultados em termos de melhoria na evolução e entrega do serviço, na eficiência, no desempenho e gestão organizacional, na qualidade dos serviços, na satisfação do usuário, nas condições de trabalho dos funcionários, no clima organizacional, nos impactos sociais e ambientais, na confiança e legitimidade, e na

imagem e nas relações institucionais (ISIDRO-FILHO, 2017; KATTEL et al., 2015; BLOCH, 2011; APSII, 2011), resultados esses que são compreendidos de maneira sintética nesta pesquisa como sendo de caráter social, gerencial ou assistencial, em conformidade com Fleury (2014).

Sendo assim, soluções inovadoras rápidas, eficazes e sustentáveis são requeridas mundialmente na busca de resolver problemas urgentes de saúde pública. Para tanto, um dos passos necessários é fortalecer o desenvolvimento científico com base em evidências, principalmente em nível local, a fim de orientar formuladores de políticas públicas na direção inovativa, ainda mais no contexto atual em que se descreve tanto da ciência e de seus resultados (PANG, 2020).

Ao analisar inovações em saúde pública, um estudo ressaltou a contribuição da interação entre as lógicas institucionais do setor público, do mercado e da sociedade civil, por meio da qual a inovação pode ocorrer mediante uma cultura para a criatividade, proteção e compartilhamento de conhecimento, e gerenciamento de recursos financeiros, além da prática de relacionamento com financiadores, usuários e outras organizações de prestação de serviços (VICKERS, et al., 2017).

Outro estudo destacou a aderência do Brasil à Estratégia Global e do Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (GSPOA), originada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cujo propósito é aumentar a eficácia na promoção da inovação em países emergentes, por meio de desenvolvimento institucional, investimento e coordenação de áreas relevantes para a inovação em saúde. Foi constatado que, a partir de pesquisas sobre doenças de maior incidência, houve o desenvolvimento de produtos terapeuticamente viáveis e a preços acessíveis, o que demonstra aproximação à GSPOA. Ainda assim, verificou-se a necessidade da expansão científica para proporcionar uma base sólida e sustentável para a P&D em saúde no Brasil (LIMA; DALLARI, 2020).

De maneira complementar, outra pesquisa enfatiza a necessidade de se utilizar metodologias inovadoras e emergentes no enfrentamento dos complexos desafios de saúde pública, por meio da contribuição de uma abordagem científica transdisciplinar e de estratégias baseadas em tecnologia (DICLEMENTE, et al., 2019).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a adoção de inovação é influenciada por alguns fatores, tais como a avaliação das expectativas do pessoal, a avaliação da necessidade de a inovação ser implementada e de sua compatibilidade potencial com as rotinas existentes. Nesse contexto, é sugerido que a implementação da inovação ocorra por meio de uma estratégia bem definida e que a inovação não ocorra ao mesmo tempo em que outras grandes mudanças

organizacionais são efetivadas (CARLFJORD et al., 2010). Manter um clima organizacional positivo e propício à mudança também é apontado como fundamental para sustentar a adoção de uma inovação (CARLFJORD; FESTIN, 2015).

Ainda no contexto da APS, o processo inovativo pressupõe que a gestão tenha atenção em mobilizar as capacidades dos servidores, com foco em ações de educação e capacitação permanentes, para a realização de uma análise tanto das condições organizacionais, quanto das necessidades locais para o desenvolvimento de atividades inovativas (NODARI et al., 2019).

Um estudo realizado no país Basco identificou a utilização de inovação aberta, por meio de comunidades de práticas virtuais, composta voluntariamente por diversos profissionais da área de saúde, atuantes na atenção primária, como uma forma capaz de identificar, propor, definir e desenvolver ideias inovadoras, as quais podem ser visualizadas e discutidas pelos usuários (MENDIZABAL; SOLINÍS; GONZÁLEZ, 2013).

Redes colaborativas de inovação, com a participação de diversos profissionais de saúde no âmbito da APS (atuantes em diferentes localidades), lideradas pelos usuários, já haviam sido apontadas, em estudo anterior, como promissoras no desenvolvimento de inovadoras maneiras de prestar cuidados em saúde (MARGOLIS; HALFON, 2009).

O uso de tecnologia de informação e comunicação, por meio de Observatórios de Tecnologia da Informação e Comunicações em Saúde, também tem sido um instrumento inovador para simplificar o fluxo de dados e informações, com uso de *big data*, para os tomadores de decisão no gerenciamento da APS (PINTO; ROCHA, 2016).

Esses observatórios, presentes na cidade do Rio de Janeiro e em outras localidades estrangeiras (a exemplo de países da Europa), podem, inclusive, influenciar as políticas públicas de saúde ao proporcionar o monitoramento de dados demográficos locais sobre a socioeconômica, a mortalidade, a morbidade relacionada a fatores de risco identificados, as coberturas e recursos associados (físicos, humanos e financeiros) e a demanda local em saúde, além dos efeitos e impactos do desempenho dos programas e serviços de saúde, com vistas à melhoria da saúde e redução das desigualdades em saúde, e a gestão da educação em saúde (PINTO; ROCHA, 2016).

Ainda assim, no que se refere às inovações tecnológicas no âmbito da APS, uma estratégia do Departamento de Atenção Básica, o e-SUS Atenção Básica (concebida com a finalidade de reestruturar os Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, a fim de realizar a implantação de dois sistemas de *software* para a captação dos dados de saúde dos cidadãos em nível nacional), tem enfrentado desafios para a sua aceitação, tais como: incompatibilidades com o processo de trabalho, implantação de forma súbita, com

capacitação deficiente, sobrecarga de trabalho, resistências, e impactos negativos sobre a assistência. Isso demonstra a necessidade de preparar os atores que estão envolvidos, além de adequar ao contexto em que é utilizado (SILVA et al., 2018b).

Quanto ao tipo de inovação presente na APS, dois estudos realizados em duas cidades do Estado do Rio Grande Sul, com base na tipologia preconizada pelo Manual de OSLO, identificaram haver inovações de marketing, de produto, de serviço e organizacional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Essas inovações tanto foram desenvolvidas pelas próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS), quanto foram adotadas por meio de programas originários de outras localidades (SILVA, 2015; RASIA; RUBENICH; OLEA, 2013). É importante ressaltar que entre as UBS analisadas, aquelas em que o trabalho era realizado por meio da Estratégia Saúde da Família tiveram maior presença de inovações (RASIA; RUBENICH; OLEA, 2013).

Apesar de ser percebida como uma atividade significativa para lidar com os desafios da sociedade e melhorar a qualidade dos serviços públicos (AB RAHMAN; ISMAIL; RAJIANI, 2018), para que a inovação no setor público, e, conseqüentemente, em saúde pública, aconteça é preciso haver condicionantes contextuais que impulsionem o seu acontecimento. Por outro lado, os mesmos fatores que determinam a atividade inovativa podem, a depender do contexto, obstaculizar o desenvolvimento e implementação da inovação. Assim, a próxima seção discute os determinantes e barreiras às inovações na gestão pública.

2.3 DETERMINANTES E BARREIRAS ÀS INOVAÇÕES NA GESTÃO PÚBLICA

O processo inovativo nos serviços públicos é permeado por fatores que podem conduzi-lo e facilitá-lo, assim como por barreiras que dificultam, atrasam, elevam os custos ou até mesmo impedem completamente a inovação (GOMES; MACHADO, 2018). Os Fatores Condutores são aqueles que motivam e pressionam o surgimento de inovações. Fatores Facilitadores, por sua vez, dizem respeito àqueles que influenciam o sucesso da inovação ao longo do seu desenvolvimento e implementação (SOUSA; BRUNO-FARIA, 2013; KOCH; HAUKNES, 2005).

Ambos, condutores e facilitadores, são conceituados nesta pesquisa como Fatores Determinantes da Inovação. Nesse sentido, os determinantes da inovação são fatores que têm origem social, política, econômica, legal, tecnológica, organizacional ou gerencial, os quais pressionam a existência da inovação, ao mesmo tempo em que também representam os elementos que influem na capacidade da organização inovar.

No que diz respeito aos determinantes da inovação, pode-se identificar fatores que estão no ambiente externo das organizações públicas e fatores que se encontram no ambiente organizacional, relativos, em geral, ao local de trabalho, a aspectos gerenciais e a características dos servidores públicos.

O Quadro 3 relaciona, sinteticamente, os fatores determinantes da inovação e os autores que os citam. Para uma melhor compreensão de como cada determinante pode funcionar e a qual aspecto está relacionado, os fatores determinantes foram agrupados em categorias, chegando-se à definição de cinco categorias: sociais e políticos, ambiente organizacional, aspectos gerenciais, elemento humano e recursos, como pode ser visto na primeira coluna. Os determinantes com nomenclaturas diferentes, mas com características similares, foram classificados sob uma mesma denominação, conforme apresentado na segunda coluna.

Quadro 3 – Determinantes da inovação no setor público

CATEGORIAS	DETERMINANTES	AUTOR (ES)
Sociais e Políticos	Acordos internacionais, leis e regulamentos	Halvorsen (2005) Cavalcante e Camões (2017) Isidro-Filho (2017)
	Alternância de gestores públicos	Halvorsen (2005) Gomes e Machado (2018)
	Competitividade	Cunningham (2005) Djellal e Gallouj (2008)
	Crise econômica	Gomes e Machado (2018)
	Cultura local	Lewis, Ricard e Klijn (2018)
	Desenvolvimentos sociais, como crescimento populacional	Halvorsen (2005) Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005) Djellal e Gallouj (2008)
	Desenvolvimento tecnológico e científico	Koch e Hauknes (2005) Halvorsen (2005) Cunningham (2005)
	Necessidades dos usuários	Ab Rahman, Ismail e Rajiani (2018)
	Opinião popular em assuntos relevantes	Halvorsen (2005) Gomes e Machado (2018)
	Qualidade das propostas provenientes de políticos e gestores superiores	Lewis, Ricard e Klijn (2018)
	Valores políticos	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005) Lewis, Ricard e Klijn (2018)
Ambiente Organizacional	Ambiente e clima organizacional propício para a inovação	Cunningham (2005) Moussa, McMurray e Muenjohn (2018) Lewis, Ricard e Klijn (2018)
	Criação de espaço para a inovação	Mulgan e Albury (2003) Cunningham (2005)
	Cultura organizacional	Ab Rahman, Ismail e Rajiani (2018) Araújo, Rocha e Carvalhais (2015)
	Estrutura de tomada de decisão	Nelson; Svara (2012)

	Estrutura organizacional	Cunningham (2005) Lewis, Ricard e Klijn (2018) Araújo, Rocha e Carvalhais (2015)
Aspectos Gerenciais	Agenda de inovação	Gomes e Machado (2018) Araújo, Rocha e Carvalhais (2015)
	Apoio dos gestores e dirigentes	Gomes e Machado (2018)
	Atenção intensiva para as opiniões da equipe	Mulgan e Albury (2003)
	Avaliação dos impactos potenciais das inovações	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005)
	Características do gestor (estabilidade gerencial, histórico gerencial e empreendedorismo)	Damanpour; Schneider (2006)
	Entender a demanda do público	Ab Rahman, Ismail e Rajiani (2018)
	Estratégia de inovação	Araújo, Rocha e Carvalhais (2015) Mulgan e Albury (2003)
	Experimentação	Demircioglu e Audretsch (2017) Mulgan e Albury (2003)
	Gestão da mudança	Mulgan e Albury (2003)
	Legitimação e comprometimento	Castro et al. (2017)
	Liderança	Moussa, McMurray e Muenjohn (2018) Lewis, Ricard e Klijn (2018) Cavalcante e Camões (2017) Mulgan (2007)
	Medição da inovação	Araújo, Rocha e Carvalhais (2015) Mulgan e Albury (2003)
	Novos objetivos e padrões	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005) Sorensen e Torfing (2010)
	Padronização de dados e processos	Castro et al. (2017) Isidro-Filho (2017)
	Sistema de comunicação institucional eficaz e abrangente	Ab Rahman, Ismail e Rajiani (2018) Castro et al. (2017) Isidro-Filho (2017)
	Trabalho em equipe	Castro et al. (2017) Isidro-Filho (2017)
	Uso de sistema de informação gerencial	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005) Ferreira et al. (2015)
Elemento Humano	Desenvolvimento de pessoas e competências	Cunningham (2005) Castro et al. (2017) Isidro-Filho (2017) Demircioglu e Audretsch (2017) Gomes e Machado (2018)
	Execução de formas mais rígidas de administrar o desempenho	Sorensen e Torfing (2010)
	Experiências entre os empregados	Gomes e Machado (2018)
	<i>Feedback</i> positivo dos gestores aos servidores públicos	Demircioglu e Audretsch (2017)
	Garantir diversidade de pessoal	Mulgan e Albury (2003)
	Motivação para melhorar o desempenho	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005) Demircioglu e Audretsch (2017)
	Valores e ambição dos servidores públicos	Sorensen e Torfing (2010)
Recursos	Colaboração com outras instituições	Koch e Hauknes (2005)

		Cunningham (2005) Ab Rahman, Ismail e Rajiani (2018) Lewis, Ricard e Klijn (2018) Cavalcante e Camões (2017)
	Disponibilidade de recursos	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005) Castro et al. (2017) Isidro-Filho (2017) Araújo, Rocha e Carvalhais (2015)
	Envolvimento de usuários finais	Mulgan e Albury (2003)
	Financiamento para o desenvolvimento	Mulgan e Albury (2003)
	Restrições orçamentárias	Djellal e Gallouj (2008) Demircioglu e Audretsch (2017)
	Sustentar recursos adequados	Ab Rahman, Ismail e Rajiani (2018)

Fonte: Elaboração própria (2020)

É possível verificar no Quadro 3 que os elementos classificados como determinantes da inovação no setor público se encontram tanto no ambiente interno quanto externo das organizações públicas, podendo esses, assim, ser controlados ou não pela organização pública. Nesse sentido, as categorias: ambiente organizacional, aspectos gerenciais e elemento humano compõem os elementos internos; os sociais e políticos, por sua vez, os elementos externos; e a categoria recursos possui elementos que figuram tanto no ambiente interno quanto externo.

Além disso, é importante destacar que cada elemento disposto em uma determinada categoria não possui uma ação isolada dos demais elementos inclusos em uma categoria diferente. Há uma influência mútua entre esses elementos, tendo em vista que a ação de um determinante pode ser decorrente da ação de outro, assim como servir de suporte para o comportamento de outro elemento.

Cabe salientar que determinantes e barreiras da inovação têm caráter dinâmico, de modo que um fator pode ser considerado ora como determinante, ora como barreira da inovação, e vice-versa, dependendo das condições organizacionais internas e do contexto externo (SOUSA; BRUNO-FARIA, 2013; KOCH; HAUKNES, 2005). Ainda assim, há na literatura um esforço de estabelecer quais são as barreiras da inovação no setor público, as quais estão relacionadas no Quadro 4.

A elaboração e a organização do Quadro 4 seguiram o mesmo procedimento utilizado no Quadro 3. No caso das barreiras da inovação no setor público, as categorias definidas para agrupar esses fatores foram: ambiente organizacional, aspectos gerenciais, elemento humano e recursos. Nota-se a repetição de elementos da categoria sociais e políticos, e recursos, pelo fato de que como indicado antes, a depender do contexto interno e externo em que as organizações

públicas atuam, em certo momento, determinantes da inovação podem se tornar barreiras e vice-versa.

Quadro 4 - Barreiras da inovação no setor público

CATEGORIAS	BARREIRAS	AUTOR (ES)
Sociais e Políticos	Acordos internacionais, leis e regulamentos	Halvorsen (2005) Cavalcante e Camões (2017) Isidro-Filho (2017)
	Alternância de gestores públicos	Halvorsen (2005) Gomes e Machado (2018)
	Opinião popular em assuntos relevantes	Halvorsen (2005) Gomes e Machado (2018)
	Competitividade	Cunningham (2005) Djellal e Gallouj (2008)
	Crise econômica	Gomes e Machado (2018)
	Cultura local	Lewis, Ricard e Klijn (2018)
	Desenvolvimentos sociais, como crescimento populacional	Halvorsen (2005)
	Desenvolvimento tecnológico e científico	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005) Halvorsen (2005)
	Regras de concessão para incentivo financeiro	Marques e Mendes (2002) Fleury (2014)
	Regulamentação governamental	Gomes e Machado (2018)
	Qualidade das propostas provenientes de políticos e gestores superiores	Lewis, Ricard e Klijn (2018)
	Valores políticos	Cunningham (2005) Lewis, Ricard e Klijn (2018)
Ambiente Organizacional	Resistência pública à mudança	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005)
	Estruturas organizacionais inadequadas	Mulgan (2007) Moussa, McMurray e Muenjohn (2018)
	Instalações precárias para estudos pilotos	Manimala, Jose e Thomas (2006)
	Pouca integração entre as unidades	Mulgan (2007) Bloch (2011)
	Resistência cultural à mudança	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005) Resende Junior, Guimarães e Bilhim (2013) Castro et al. (2017) Moussa, McMurray e Muenjohn (2018)
Aspectos Gerenciais	Tamanho e complexidade do setor público	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005)
	Carga de trabalho pesada	Moussa, McMurray e Muenjohn (2018)
	Descontinuidade das equipes e dos projetos exitosos, devido à alternância do poder na gestão pública	Resende Junior, Guimarães e Bilhim (2013) Gonzalez, Llopis e Gasco (2013)
	Ênfase na disseminação e comercialização	Manimala, Jose e Thomas (2006)
	Estilo de liderança ineficaz	Resende Junior, Guimarães e Bilhim (2013) Moussa, McMurray e Muenjohn (2018)
	Estratégias de inovação ambíguas	Manimala, Jose e Thomas (2006)
	Excesso de regras	Mulgan (2007)

		Moussa, McMurray e Muenjohn (2018)
	Falta de apoio de chefes diretos ou supervisores	Manimala, Jose e Thomas (2006)
	Falta de competência de gerenciamento de riscos e de mudanças	Manimala, Jose e Thomas (2006) Moussa, McMurray e Muenjohn (2018)
	Falta de gerenciamento de conflitos	Moussa, McMurray e Muenjohn (2018)
	Falta de habilidade para solução de problemas	Moussa, McMurray e Muenjohn (2018)
	Imposição, de cima para baixo, da inovação	Moussa, McMurray e Muenjohn (2018)
	Incerteza quanto aos resultados	Mulgan (2007)
	Má manutenção de registros e documentos	Manimala, Jose e Thomas (2006) Isidro-Filho (2017)
	Mal planejamento	Moussa, McMurray e Muenjohn (2018)
	Perfil público/político e prestação de contas	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005)
	Necessidade de consulta e resultados pouco claros	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005)
	Ritmo e escala de mudança	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005)
Elemento Humano	Ausência de capacidade de aprendizagem	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005)
	Aversão ao risco	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005) Mulgan (2007) Bloch (2011)
	Conflito de interesses	Castro et al. (2017) Isidro-Filho (2017)
	Desconhecimento do conceito de inovação	Nählinger (2013)
	Diferenciação dos vínculos de trabalho dos servidores	Gomes e Machado (2018)
	Falta de incentivo para inovar	Resende Junior, Guimarães e Bilhim (2013) Moussa, McMurray e Muenjohn (2018)
	Falta de iniciativas	Manimala, Jose e Thomas (2006)
	Falta de reconhecimento por inovações	Manimala, Jose e Thomas (2006)
	Falta de treinamento	Moussa, McMurray e Muenjohn (2018)
	Formação informal de equipes	Manimala, Jose e Thomas (2006)
	Recompensas inadequadas	Manimala, Jose e Thomas (2006) Moussa, McMurray e Muenjohn (2018)
	Conflito entre classes profissionais	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005)
Recursos	Falta de sistemas de análise e administração de ideias	Manimala, Jose e Thomas (2006) Castro et al. (2017) Moussa, McMurray e Muenjohn (2018)
	Limitação de prazo	Castro et al. (2017) Isidro-Filho (2017) Moussa, McMurray e Muenjohn (2018)
	Limitação de recursos humanos, materiais, financeiros e tecnológicos	Koch e Hauknes (2005) Cunningham (2005)

		Bloch (2011) Castro et al. (2017) Isidro-Filho (2017) Ab Rahman, Ismail e Rajiani (2018) Gomes e Machado (2018) Moussa, McMurray e Muenjohn (2018)
--	--	--

Fonte: Elaboração própria (2020)

Assim como ocorre com os elementos determinantes, os elementos classificados no Quadro 4 como barreiras da inovação no setor público pertencem tanto ao ambiente interno quanto ao externo das organizações públicas. Igualmente, eles também podem ser controlados pela organização pública (barreiras internas) ou não (barreiras externas) e não possuem uma ação isolada dos demais elementos inclusos em uma categoria diferente, havendo uma influência mútua de ação entre esses elementos.

Com o intuito de enfrentar e superar as barreiras à inovação, alguns princípios e tendências são indicados: a) Co-design e co-criação de soluções inovadoras com outras partes do governo, empresas, terceiro setor e cidadãos (governo aberto); b) Adoção de modelos de prestação de serviços novos e colaborativos; c) Utilização criativa da tecnologia, por meio de mídia social, big data, computação em nuvem e governo eletrônico (*e-government*); e d) Adoção de uma atitude de experimentação e empreendedorismo (CUNHA, 2017; COMISSÃO EUROPEIA, 2013), ações essas que representam a lógica da Nova Governança Pública.

Especificamente no contexto da inovação na gestão pública municipal, é possível mencionar alguns fatores que são apontados como influenciadores das práticas criativas e inovadoras, tais como o estilo da liderança do gestor, o ambiente institucional, a legitimidade da organização e a autoridade conferida ao gestor.

Nesse sentido, tão crucial para a gestão municipal quanto à adoção de uma prática inovadora é a presença de gestores públicos municipais preparados para gerenciar a inovação, que exerçam efetivamente a liderança (FARIAS FILHO; MIRANDA, 2016; CNM, 2016a; WALKER, 2006). Estimular os servidores públicos ao pensamento criativo, em um ambiente tolerante aos erros e que valorize a capacitação e formação dos servidores também é uma forma de influenciar a inovação nos governos locais (CNM, 2016a; WALKER, 2006).

Outro estudo aponta como influenciadores o ambiente da comunidade (características socioeconômicas), demanda/necessidade, o ambiente organizacional (forma de governo, proximidade de outras cidades que adotam a inovação, recursos) e características organizacionais (tamanho organizacional, estrutura de tomada de decisão, serviço público) (NELSON; SVARA, 2012).

Pode-se ainda citar outra pesquisa que classifica os fatores influenciadores da inovação na gestão pública municipal: fatores ambientais (urbanização, riqueza da comunidade, crescimento populacional, taxa de desemprego, complexidade); fatores organizacionais (tamanho, saúde econômica, sindicatos, comunicação externa); e características do gestor (estabilidade gerencial, histórico gerencial (idade, gênero, educação) e empreendedorismo) (DAMANPOUR; SCHNEIDER, 2006).

Há também a consideração de que organizações maiores são mais propensas a inovar, uma vez que têm melhor chance de ter novas ideias e maior gama de conhecimentos e habilidades entre os funcionários, além da disponibilidade de recursos tecnológicos e financeiros (GONZALEZ; LLOPIS; GASCO, 2013; HANSEN, 2011).

Considera-se ainda que municípios maiores mais frequentemente implementam inovações, em razão de sofrer maiores pressões das partes interessadas (pressões sociais e políticas), além de realizarem inovação por meio de processos colaborativos com o ambiente externo e baseados nas novas Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) (GONZALEZ; LLOPIS; GASCO, 2013; REGINATO et al., 2011).

Além disso, outros fatores externos, como a pressão pública, valores políticos e direção política, a competição governamental (das ações de outros órgãos públicos que podem estimular organizações a adotarem uma inovação ou de outros provedores de serviços), a coerção de auditores e inspetores (WALKER, 2006), e a influência dos cidadãos sobre os serviços públicos (GONZALEZ; LLOPIS; GASCO, 2013) complementam as indicações de elementos que influenciam a inovação adotada em governos municipais.

Como se pode perceber, esses fatores influenciadores têm convergência com os elementos determinantes da inovação no setor público que são apontados no Quadro 3. De igual modo, possuem um caráter dinâmico, podendo, a depender do contexto, representar barreiras à inovação, se aproximando aos elementos que foram relacionados como barreiras à inovação no Quadro 4.

Complementando essa perspectiva, tem-se que a implementação de ações inovadoras no âmbito municipal requer o enfrentamento de desafios relativos a questões culturais (que podem dificultar o processo de mudança ao defender o *status quo*), a questões políticas (as quais conferem apoio e legitimidade para a implementação das inovações) e a reação da população à inovação (a qual nem sempre vai considerar a inovação como positiva) (CNM, 2016a).

Além do mais, o poder é apontado como um elemento dificultador da inovação na gestão pública municipal, já que por meio dele pode haver impedimentos administrativos e orçamentários para a implementação da inovação (KREBS; PELISSERO, 2010). Quanto mais

se concentra poder de decisão nas funções de alto nível do governo municipal, como a de prefeito, menor é a probabilidade de adoção de inovações (WALKER, 2006).

Assim, no que tange às questões políticas, uma aproximação da política com a gestão é desejada, a fim de alterar o modelo organizacional no qual as lideranças determinam as políticas (planejamento) e os técnicos coordenam a burocracia para a execução das políticas (administração), de modo a reforçar a cooperação e construir um ambiente de aprendizagem que permita o fortalecimento do desenvolvimento intelectual na solução de problemas (GRIN, 2012).

Um exemplo disso é descrito no estudo sobre inovação dos serviços de assistência em municípios noruegueses, em que foram tomados como casos departamentos de serviços de cuidados em três municípios no sul da Noruega. Os resultados evidenciaram que o processo de inovação teve início com a alta gerência dos departamentos, que identificou os desafios a serem abordados pelas iniciativas de inovação e estabeleceu algumas ideias potenciais de solução para os problemas. Depois essas ideias foram discutidas com os funcionários, em um *workshop*, e com outras partes interessadas, para a formação de grupos de trabalho e definição de plano de projetos de inovação. Esses planos foram, em seguida, apresentados à gestão política do município para a sua aprovação e designação de recursos (AAS; JENTOFT; VASSTROM, 2016).

É importante destacar que nesse exemplo não só há o envolvimento mútuo entre gestão política, gestão administrativa e funcionários da organização pública, como também, em um dos casos houve o envolvimento de consultores externos para a definição do processo de inovação, além de serem tomadas como referência as experiências de outras organizações públicas, o que demonstra o fato de que a inovação pode surgir de diversas fontes (AAS; JENTOFT; VASSTROM, 2016).

Outro ponto relevante é que embora o processo de inovação tenha se iniciado essencialmente por meio de uma abordagem de cima para baixo, dirigida pela gerência, após a implementação da inovação, o processo inovativo continua ativo para o acompanhamento da mudança das práticas (por meio das chamadas equipes de inovação, compostas por membros de todas as unidades dos departamentos) e para a avaliação da inovação por parte dos funcionários e usuários do serviço. Assim, nesse estágio do processo de inovação, há um aprimoramento, de forma contínua e incremental, das inovações, em uma abordagem de “bricolagem” baseada em funcionários, de baixo para cima, e impulsionada pelos desafios, ideias e iniciativas do dia a dia (AAS; JENTOFT; VASSTROM, 2016).

No que tange a inovação em saúde pública, entende-se que vários desafios moldam a maneira pela qual a saúde é formulada e entregue à sociedade, os quais funcionam como impulsionadores da política de saúde e também das inovações, tais como os relativos às mudanças nas características e demandas da própria população e os que representam respostas gerenciais para lidar com essas mudanças e demandas (CUNNINGHAM, 2005).

As inovações em saúde são influenciadas por diversos fatores que se encontram nas dimensões ambientais e operacionais das organizações de saúde (OMACHONU; EINSRUCH, 2010). Um deles é a tecnologia da informação, considerada um dos principais elementos que levam à inovação em saúde, uma vez que oferece a oportunidade de implementar mais serviços em localidades carentes e/ou de difícil acesso (por meio da telemedicina, por exemplo), de integrar sistemas de informação em saúde, de monitorar a segurança de medicamentos em escala global, e de compartilhar mais informações de alta qualidade para médicos e pacientes, melhorando produtos, serviços e processos (ROSETO et al., 2017; OMACHONU; EINSRUCH, 2010).

Ainda assim, é importante ressaltar que a inovação em saúde não é desenvolvida exclusivamente por meio do incremento tecnológico. Mais do que isso, faz-se presente também tecnologias sociais, inovações organizacionais, inovação na gestão do conhecimento para comunidades de profissionais de saúde, inovações em sistemas de melhoria de qualidade, entre outras (PULIDO; CÁRDENAS; IBARRA, 2017; COSTA, 2016).

Diante dos fatores influenciadores, a inovação em saúde passa por uma prévia análise cautelosa e detalhada do contexto interno e externo em que a inovação se insere, dos conhecimentos e capacidades necessários à inovação (seja da organização pública, seja do usuário do serviço de saúde), além do dimensionamento da abrangência da inovação, a fim de minimizar os riscos e aumentar a sua aceitação.

Esta análise deve se apoiar em uma adequada gestão estratégica da atividade inovativa. Entretanto, a inovação no setor público nem sempre faz parte do gerenciamento estratégico dos governos, ou seja, o setor público deixa de estabelecer uma estratégia de inovação (AB RAHMAN; ISMAIL; RAJANI, 2018; AAS; JENTOFT; VASSTROM, 2016; NÄHLINDER, 2013).

A gestão estratégica da inovação permite ao setor público melhorar seu nível de responsabilidade e transparência, o nível de envolvimento e satisfação do usuário e agregar novas formas de gestão que melhorem seu desempenho (AB RAHMAN; ISMAIL; RAJANI, 2018). Nesse sentido, a próxima seção discorre sobre modelos e *frameworks* de inovação no setor público, abordando os elementos que envolvem o seu processamento e implementação.

2.4 MODELOS E *FRAMEWORKS* DE INOVAÇÃO NO SETOR PÚBLICO

A literatura estrangeira, desde os anos de 1960, despertou o interesse em investigar os elementos que envolvem a inovação no setor público (KATTEL, 2015), a fim de não somente estabelecer um corpo teórico e metodológico sobre o tema, mas também possibilitar aos governos uma melhor compreensão em sua busca por inovação. Com isso, é possível encontrar alguns modelos teóricos e *frameworks* desenvolvidos que contribuem para que as organizações públicas possam enfrentar a multiplicidade e complexidade dos desafios econômicos e sociais da atualidade.

Antes de apresentá-los, cabe distinguir modelos de *frameworks*. Modelo é a representação de uma observação da realidade, uma forma de articulação teórica de conceitos para entender a realidade, cujo objetivo é esclarecer as relações entre diferentes elementos, indicando causalidades e interações efetivas. Sua função pode ser descritiva e/ou explicativa da ação organizacional, assim como normativa (MUNK et al., 2013; LIMA; LEZANA, 2005).

Framework, por sua vez, é um quadro composto por ideias ou conceitos escolhidos pelo pesquisador, e suas inter-relações, cuja construção representa as características relevantes de um fenômeno, o qual guiará a coleta e a análise dos dados de um estudo, de modo a tornar os resultados mais significativos frente aos construtos teóricos no campo da pesquisa (ADOM; HUSSEIN; AGYEM, 2018).

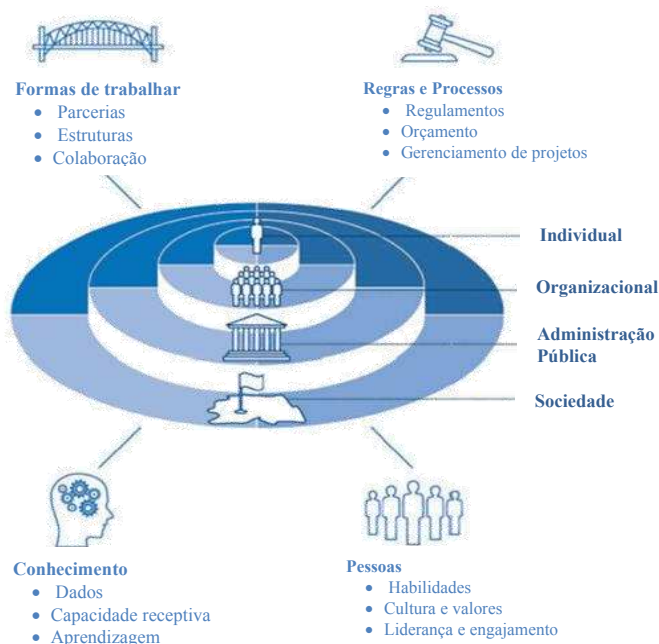
Seu objetivo é ser uma forma de traduzir temas complexos de forma que possam ser estudados e analisados. É importante ressaltar que os *frameworks* possuem as características de um modelo, sendo o modelo um tipo particular de *framework*, mas nem todo *framework* é um modelo (MUNK et al., 2013; LIMA; LEZANA, 2005).

Um dos *frameworks* encontrados na literatura é o da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que por meio do Observatório de Inovação do Setor Público (OPSI) formulou um *framework* que sintetiza os principais atributos que determinam a capacidade de inovação de uma organização pública: capacitação da força de trabalho do setor público; geração e compartilhamento de ideias inovadoras; adoção de novos métodos de trabalho; e, redução da complexidade regulatória, inovando dentro de regras, processos e procedimentos (OCDE, 2015).

Esses atributos estão dispostos em quatro níveis em que a inovação ocorre: o inovador individual, a organização na qual ele ou ela opera, o setor público como um todo e a sociedade; e quatro fatores organizacionais: pessoas, conhecimento, modos de se trabalhar e

regras e processos. Tais níveis e fatores são considerados interligados, com fronteiras não tão claras (OCDE, 2015). A Figura 1 apresenta o *framework* da OCDE.

Figura 1- *Framework* de Inovação no Setor Público conforme a OCDE



Fonte: OCDE (2015, p. 12).

No Reino Unido, a *National Endowment for Science Technology and the Arts* (NESTA) estabeleceu, por meio de um projeto piloto com líderes em organizações de dois setores públicos (Governo Local e o Serviço Nacional de Saúde britânico), responsáveis por fornecer inovação e melhorias nos serviços públicos, uma ferramenta para medição da inovação no setor público, criada com o intuito de identificar os níveis e tipos de inovação que estão acontecendo, os níveis de capacidades subjacentes e as condições do setor para a inovação, de modo a, assim, potencializar a capacidade de inovação das organizações públicas britânicas (HUGHES; MOORE; KATARIA, 2011).

Esta ferramenta apresenta índices de inovação no setor público, com base em uma abordagem de *scorecard*, os quais têm o objetivo de refletir com precisão como a inovação acontece no setor público e de possibilitar comparações entre diferentes partes do setor público e também entre os setores público e privado, seja no Reino Unido ou em outros países (HUGHES; MOORE; KATARIA, 2011).

Os autores do *framework* da NESTA chamam atenção de que este inclui o entendimento de que há duas diferenças importantes entre o setor público e o setor privado: como o valor da inovação é definido e os sistemas em que as organizações operam. Esse *framework* é composto

por elementos internos de controle da organização (capacidade de inovação, que sustenta a atividade de inovação de uma organização, a qual impacta no seu desempenho) e elementos externos que representam as condições setoriais mais amplas para a inovação, fora do controle da organização, mas dentro do controle de formuladores de políticas ou outros órgãos setoriais de influência estratégica. Esses elementos demonstram o sistema em que a organização pública atua e sua influência sob a atividade e a capacidade de inovação da organização (HUGHES; MOORE; KATARIA, 2011). A Figura 2 ilustra o *framework* da NESTA.

Figura 2 - Framework de Inovação no Setor Público conforme a NESTA



Fonte: Hughes, Moore e Kataria (2011, p. 6).

Apesar de indicar a existência de diferenças na inovação do setor público e do setor privado, o *framework* da NESTA contempla instrumentos de pesquisa voltados para o setor privado, como o *Private Sector Index Survey* (de autoria da própria NESTA), da *MEPIN Survey* e da *Community Innovation Survey*, com o intuito de possibilitar uma futura comparação entre a inovação realizada pelo setor público e pelo setor privado. Além disso, a base conceitual de inovação utilizada no modelo é a definição apresentada no Manual de Oslo, a qual é genérica, sem levar em consideração as especificidades do setor público.

Esses aspectos fazem com que haja uma contradição no *framework*, uma vez que, apesar de seus autores reconhecerem que o setor público inova por um sistema próprio, alcançando um valor distinto do que é pretendido pelo setor privado, utilizam o conceito de inovação e os

índices de investigação da inovação que ocorre tipicamente no setor privado para fundamentar o *framework*.

Nos países Nórdicos foi criado um projeto de pesquisa para o desenvolvimento de um quadro conceitual, com a finalidade de elaborar uma estrutura de medição da atividade inovativa existente no setor público, o *Measuring Public Innovation in the Nordic Countries* (MEPIN). A contribuição prevista desse projeto é a possibilidade de comparar dados internacionais sobre inovação no setor público, de forma a permitir a compreensão do que é a inovação nesse setor e como as organizações públicas inovam, utilizando as métricas desenvolvidas pelo projeto para promover a inovação no setor público (BLOCH, 2011).

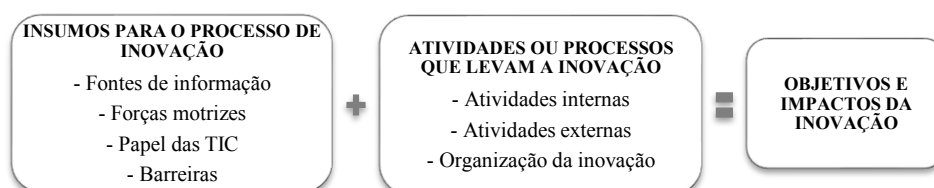
O *framework* do MEPIN é composto por três elementos principais:

1) insumos para o processo de inovação, relativos a fontes de informação (canais de transferência de conhecimento, interações com organizações públicas, empresas e cidadãos), forças motrizes (gerenciamento, funcionários, organizações, novas prioridades políticas, regulamentações, *feedback* dos cidadãos), papel das TIC, e barreiras (fatores políticos, burocracia, falta de incentivos para o pessoal inovar, resistência dos usuários para mudar);

2) atividades ou processos que levam a inovação, entendidas como atividades internas (P&D interno, formação e educação do pessoal para atividades de inovação, planejamento e projeto, pesquisa de mercado, estudos de viabilidade, testes e outros trabalhos preparatórios para a implementação de inovações), atividades externas (P&D externo, serviços de consultoria, aquisição de *know-how*, como patentes, licenças, entre outros, aquisição de equipamento/software e serviços), e organização da inovação (estratégia de inovação, o papel da gestão, organização das atividades de inovação e organização de competências);

3) objetivos e impactos da inovação, os quais são relacionados ao tratamento de desafios sociais, ao cumprimento de novos regulamentos, a mudanças politicamente exigidas, à melhoria da qualidade de serviços ou bens, ao aumento da eficiência, à melhoria da satisfação do usuário, à melhoria dos serviços *online* e à melhoria das condições de trabalho dos funcionários (KATTEL et al., 2015; BLOCH, 2011). A Figura 3 demonstra o *framework* empreendido pelo MEPIN.

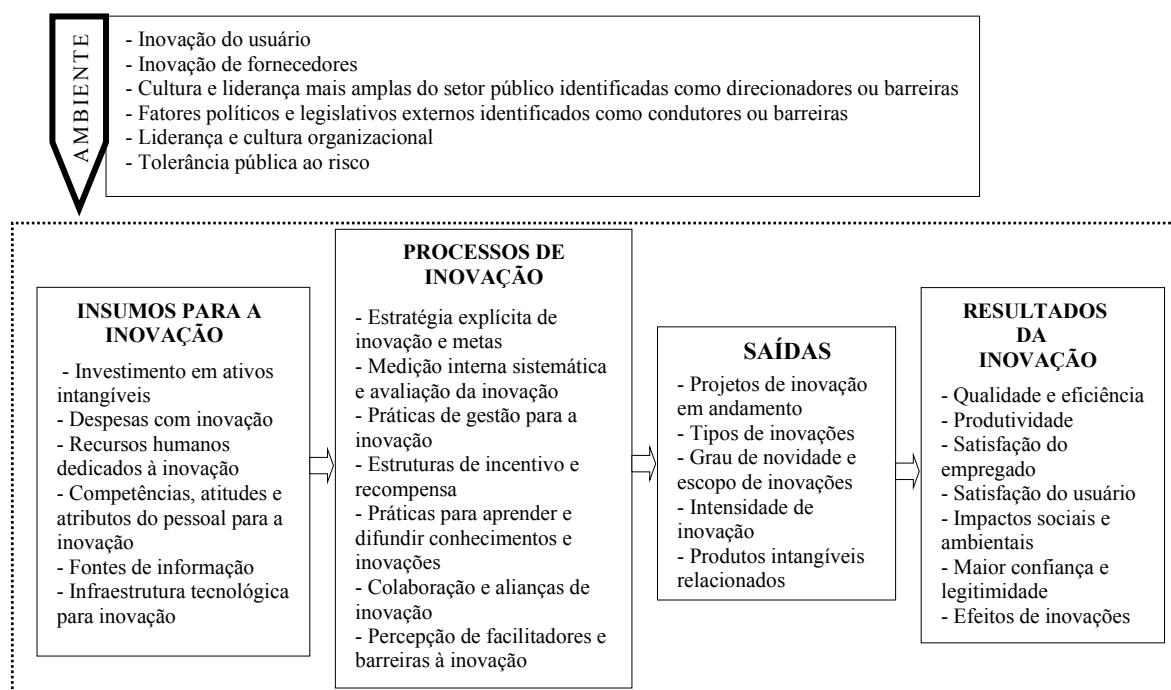
Figura 3 - Framework de Inovação no Setor Público conforme o MEPIN



Fonte: Elaboração própria a partir de Bloch (2011) e Kattel et al. (2015)

Outro *framework* de inovação no setor público relevante internacionalmente é o *Australian Public Sector Innovation Indicators* (APSII). Semelhante ao da NESTA, seu objetivo é medir a inovação do setor público australiano, com foco em cinco indicadores principais: insumos para inovação, processos de inovação dentro da organização, saídas do processo de inovação, resultados gerais da inovação e condições ambientais que afetam a inovação em organizações do setor público (KATTEL et al., 2015; APSII, 2011). O *framework* do APSII também se assemelha ao do MEPIN, na medida em que considera, na formação de seus indicadores, os elementos que integram o processo de inovação e os resultados da inovação. A Figura 4 ilustra o *framework* da APSII.

Figura 4 - Framework de Inovação no Setor Público conforme a APSII



Fonte: Elaboração própria a partir de APSII (2011) e Kattel et al. (2015).

Pode-se ainda mencionar outros dois *frameworks* estrangeiros: o *European Public Sector Innovation Scoreboard* (EPSIS) que envolve três fatores da inovação em organizações públicas: meios (recursos humanos e qualidade dos serviços públicos), atividades (capacidades, facilitadores e barreiras) e saídas (inovadores, efeitos no desempenho das organizações e contratação governamental); e o *Korean Government Innovation Index* (GII), o qual tem por objetivo medir a inovação nas agências governamentais coreanas, com foco em um conjunto de componentes de gerenciamento de inovação, tais como: liderança em inovação, visão e

estratégia, capacidade de pessoal, implementação de inovação, melhoria de desempenho e barreiras à inovação (KATTEL et al., 2015).

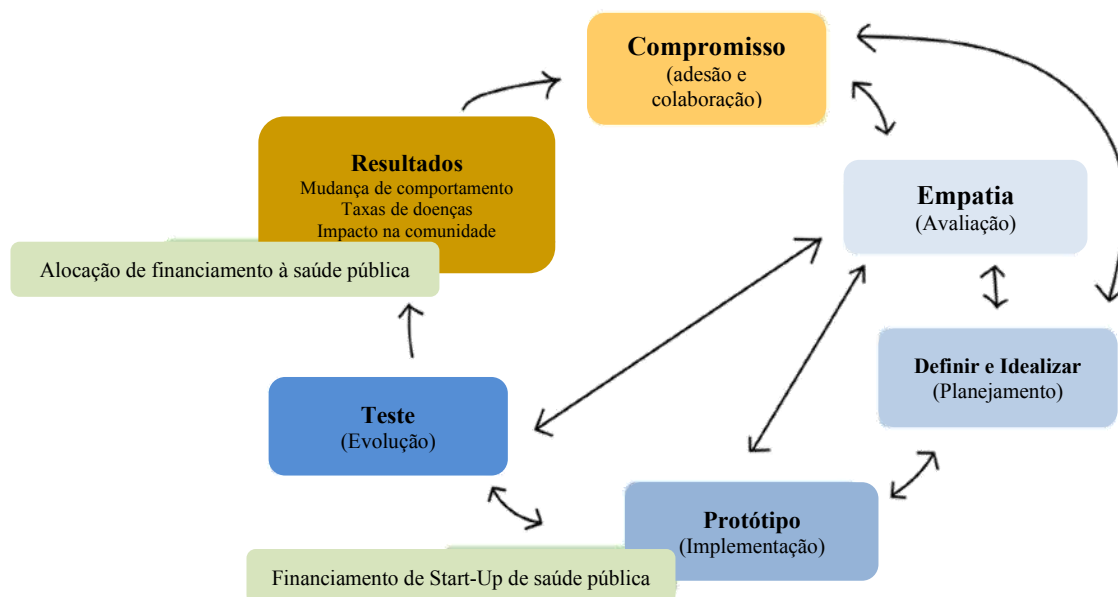
Cabe também mencionar que no âmbito da teoria da inovação em serviços, há um modelo neo-schumpeteriano de análise da inovação no setor público, aplicado a serviços de saúde. Esse modelo considera tanto as competências quanto as preferências ou interesses dos agentes (formuladores políticos, usuários e prestadores de serviço) como influentes na dinâmica de geração da inovação. O diferencial deste modelo em relação a outros consiste na explicitação dos formuladores de políticas, já que esses agentes desempenham um papel preponderante nas decisões relativas ao setor público, e, conseqüentemente, na dinâmica de inovação (WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008).

Com isso, há a diminuição do foco nas características técnicas dos serviços, atribuindo-se mais valor aos aspectos políticos e de poder. Entretanto, esse modelo tem uma visão limitada em termos dos agentes que podem influir e participar da inovação no serviço público, em especial na área de saúde, já que outros atores podem fazer parte desse processo.

Além disso, leva em consideração apenas os tipos de inovação explicitados no Manual de Oslo, os quais têm sua origem no setor privado. É importante esclarecer que a crítica realizada aqui não se refere ao fato de se utilizar a tipologia relacionada no Manual de Oslo, mas a limitação em investigar apenas os tipos de inovação sugeridos pelo Manual, deixando de lado uma tipologia que é própria do setor público.

Há ainda um modelo que trata da inovação em saúde pública, o qual se propõe a ser uma ferramenta de orientação inovativa para líderes públicos, a partir da combinação dos modelos tradicionais de planejamento de programas de saúde pública com os princípios de inovação adaptados do setor privado. O argumento utilizado é de que o setor público possui uma escassez de recursos e pouca prática de inovação, e, por isso, deveria se espelhar no exemplo do setor privado, ambiente tido como natural da inovação, para acrescentar o viés inovativo ao planejamento em gestão pública, mediante a utilização do processo de *design thinking* para a solução de problemas (LISTER, et al., 2017). A Figura 5 apresenta esse modelo.

Figura 5 - Modelo de inovação em saúde pública conforme Lister et al. (2017)



Fonte: Lister et al. (2017)

A proposta desse modelo, apesar de relevante, concentra-se no processo, na implementação e nos resultados da inovação em saúde pública, sem considerar os atores envolvidos e o que determina ou obstaculiza a ação inovativa.

Os modelos e *frameworks* até aqui apresentados, embora sejam importantes para guiar a produção de estudos no nível nacional, não devem ser considerados puramente como a lente de interpretação para a inovação no setor público brasileiro, pois a realidade em que foram construídos é certamente divergente da que existe no Brasil, em termos do desenvolvimento social e econômico dos países de origem, da estrutura da administração pública, e em razão de aspectos culturais, territoriais e políticos que, no nosso país, são bastante peculiares.

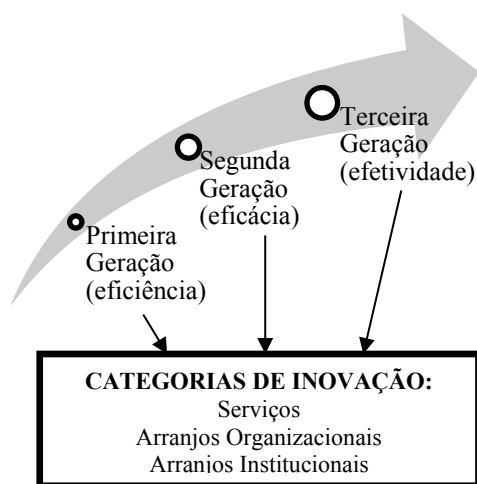
Na literatura nacional, pouco desenvolvida em comparação à estrangeira, encontram-se dois modelos teóricos e um *framework* com perspectivas diferentes sobre o que envolve a inovação no setor público brasileiro, dois dos quais foram experimentados com base nos dados do Concurso Inovação na Gestão Pública Federal, realizado pela Escola Nacional de Administração Pública (Enap).

Tonelli et al. (2016) propuseram um modelo analítico para a inovação na gestão pública que relaciona as tipologias de inovação no setor público existente na literatura (estrangeira e nacional, inclusive voltada para o setor privado), agrupadas nas categorias de inovações em serviço, inovações em arranjos organizacionais e arranjos institucionais, com as dimensões de

eficiência, eficácia e efetividade (primeira, segunda e terceira geração da inovação, respectivamente).

As dimensões, também chamadas de geração da inovação, estão associadas aos modelos administrativos burocrático, gerencial, e governança pública e gestão societal, nessa ordem. Para os autores, a inovação surge de acordo com a influência do contexto histórico em que se inserem, e, assim, a proposta e o enfoque inovativo são pertinentes ao modelo de gestão e a geração da inovação vigente (TONELLI et al., 2016). A Figura 6 representa o modelo proposto pelos autores supracitados.

Figura 6 - Modelo de Inovação no Setor Público conforme Tonelli et al. (2016)



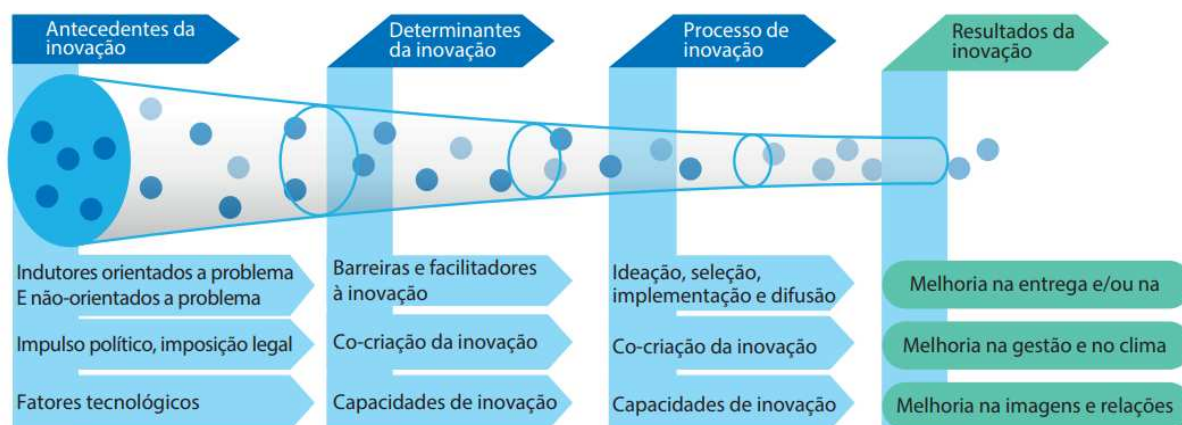
Fonte: Elaboração própria a partir de Tonelli et al. (2016).

Com base em modelos teóricos estrangeiros e em dados secundários obtidos por meio de iniciativas de inovação premiadas no Concurso Inovação na Gestão Pública Federal, promovido pela Escola Nacional de Administração Pública (Enap), Isidro-Filho (2017) elaborou um *framework* da inovação no setor público brasileiro, aplicado ao Poder Executivo Federal.

Essa estrutura analítica é composta por uma lógica processual de como a inovação acontece no Poder Executivo Federal, ou seja, tem uma visão mais instrumental que a de Tonelli et al. (2016) e não leva em consideração o contexto de seu surgimento. O *framework* envolve os seguintes elementos: 1) antecedentes da inovação, os indutores que fazem a inovação acontecer; 2) determinantes da inovação, identificados como barreiras à inovação e facilitadores de inovação, coprodução da inovação e capacidades de inovação; 3) processo de inovação, relativo à ideação, seleção, implementação e difusão, cocriação da inovação e capacidades de inovação; e, 4) resultados da inovação, tidos como melhoria na entrega e/ou

qualidade dos serviços, melhoria da gestão organizacional, melhoria da imagem e das relações institucionais, e melhoria do clima organizacional (ISIDRO-FILHO, 2017). A Figura 7 apresenta o *framework* proposto por Isidro-Filho (2017).

Figura 7 - Framework de Inovação no Setor Público conforme Isidro-Filho (2017)



Fonte: Isidro-Filho (2017, p. 167).

Há ainda a iniciativa de uma organização privada de consultoria brasileira, a Innoscience, em desenvolver uma ferramenta para identificação da situação atual da organização pública em relação à atividade inovativa, por meio do diagnóstico de oito dimensões que levam a organização pública a inovar, apresentando também um índice de inovação referente às práticas de novação (INNOSCIENCE, 2015). A Figura 8 apresenta o modelo da Innoscience.

Figura 8 - Modelo de Inovação no Setor Público conforme Innoscience (2015)



Fonte: Innoscience (2015).

É possível perceber que tanto na literatura estrangeira quanto na nacional a maior parte dos modelos de inovação no setor público se preocupa em medir a inovação e as atividades inovativas nas organizações públicas. Um ponto a ser destacado é que os modelos do MEPIN (Figura 3), da APSII (Figura 4) e de Isidro-Filho (2017) (Figura 7) incluem o foco em esclarecer os resultados alcançados com a implementação das inovações, o que é desejável, inclusive, para responder a questão de por que o setor público deve ser inovador.

A identificação dos resultados da inovação é algo relevante para o setor público, principalmente ao considerar que a inovação representa um investimento, por meio do emprego de recursos financeiros, tecnológicos, de tempo, de pessoal, os quais quase sempre são limitados, o que reforça a necessidade de demonstrar a real utilidade da inovação, ou seja, qual é o seu valor para o alcance de resultados individuais e sociais, a promoção de serviços, o aumento/melhoria da produtividade, e/ou o fortalecimento da democracia.

No que se refere aos modelos nacionais de inovação no setor público, é evidente que estes, em razão do escopo adotado e pelo tipo de dado utilizado para a sua elaboração, embora contribuam para a construção de uma base teórica voltada à inovação no setor público brasileiro, apresentam limitações que restringem a sua aplicabilidade em outros contextos de inovação em serviços públicos, como é o caso da inovação desenvolvida em âmbito municipal.

Nessa perspectiva, a seção que segue tece uma análise crítica a respeito dos assuntos abordados até aqui, a fim de, logo após, delimitar o *framework* que orienta esta pesquisa.

2.5 ANÁLISE CRÍTICA E PROPOSIÇÃO DE UM *FRAMEWORK*

A inovação no setor público é um assunto de crescente interesse acadêmico que tem gerado discussões, sobretudo na literatura estrangeira, em torno da sua definição, das suas tipologias, das bases teóricas que lhe conferem sustentabilidade, além da proposição de alguns modelos e *frameworks* que buscam explicar como essa inovação acontece, conforme abordado nas subseções anteriores.

Ainda assim, esta literatura concentra-se em uma perspectiva genérica do setor público, ou seja, não se aprofunda no tratamento específico de cada área de atuação (educação, infraestrutura, saúde, entre outros) e, muitas vezes, os estudos restringem-se à oposição entre as características da inovação no setor público e da inovação no setor privado. Somado a isso, quando se toma a literatura nacional como referência, tem-se a predominância de estudos que analisam a inovação no âmbito do governo federal, estando em segundo plano investigações sobre as atividades inovativas que ocorrem no nível de governo local.

Esses aspectos se refletem nos modelos e *frameworks* apresentados, de modo que para a análise pretendida no estudo, a qual se centra na inovação na área de saúde pública em âmbito municipal, esses não são adequados para serem utilizados integralmente, ensejando a criação de um *framework* específico para a análise deste caso.

Framework é entendido como um quadro composto por ideias ou conceitos escolhidos pelo pesquisador, e suas interrelações, cuja construção representa as características relevantes de um fenômeno, o qual guiará a coleta e a análise dos dados de um estudo, de modo a tornar os resultados mais significativos frente aos construtos teóricos no campo da pesquisa. O *framework* aqui apresentado é, por essa perspectiva, conceitual, tendo em vista que guia a investigação por meio de uma estrutura lógica que se acredita melhor explicar o fenômeno analisado, com base nos conceitos teóricos do estudo (ADOM; HUSSEIN; AGYEM, 2018).

A utilização de um *framework* conceitual ocorre geralmente quando as teorias existentes não são aplicáveis ou não são suficientes para criar uma estrutura adequada para a pesquisa (ADOM; HUSSEIN; AGYEM, 2018). Como mencionado, no âmbito do presente estudo, argumenta-se que os modelos e *frameworks* existentes na literatura sobre inovação no setor público não são suficientes para explicar a dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família. Sendo assim, serão discutidas aqui as principais semelhanças, diferenças, contribuições e lacunas desses modelos, como forma de propor um *framework* que contemple as principais dimensões e especificidades para o entendimento da dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família.

O *framework* da OCDE (2015) apresenta sua contribuição ao elencar os principais atributos que determinam a capacidade de inovação de uma organização pública. Nele está presente a indicação dos elementos necessários à inovação, os quais se encontram em nível individual, organizacional, do setor público e da sociedade. Próximo a sua contribuição está o modelo da Innoscience (2015) que, de modo semelhante, defini oito dimensões que levam uma organização pública a inovar.

Em comparação com os demais modelos e *frameworks*, estes são os mais incipientes quando se tem em consideração a análise da dinâmica de inovação no setor público, pois apesar de ser essencial identificar e gerenciar os elementos que colaboram para a iniciação e sustentação da inovação, o *framework* da OCDE (2015) e o modelo da Innoscience (2015) não contemplam os aspectos ligados ao desenvolvimento da inovação, ou seja, como ela é elaborada, quais são as saídas da inovação (a inovação que é gerada), e aos impactos/resultados da inovação após sua implementação (os efeitos e melhorias alcançados com a implementação da inovação).

Assim como o *framework* da OCDE (2015) e o modelo da Innoscience (2015), o *framework* do GII (2005) também é limitado, uma vez que elucida apenas parte da dinâmica de inovação, uma vez que concentra esforços em apresentar somente os componentes que envolvem o gerenciamento da inovação, ou seja, que estão presentes no processo de desenvolvimento da inovação.

Já Tonelli et al. (2016) avançam um pouco mais ao introduzir em seu modelo além dos fundamentos gerenciais para a inovação, as categorias de inovação geradas (as saídas de inovação). Sua importância também está relacionada ao fato de que, por ser um modelo elaborado com base na realidade da administração pública brasileira, evidencia a relação entre os modelos de gestão da administração pública e os tipos de inovação que são decorrentes desses modelos.

O *framework* do EPSIS (2010) consegue agregar os elementos necessários à inovação, os aspectos ligados ao desenvolvimento da inovação e as saídas de inovação, porém não inclui os resultados da inovação. Por outro lado, os *frameworks* do MEPIN (2011), de Isidro-Filho (2017) e da NESTA (2011) contemplam as dimensões dos elementos necessários à inovação, dos aspectos ligados ao desenvolvimento da inovação e os resultados/impactos da inovação, não incluindo as saídas da inovação.

Ainda assim, esses *frameworks* possuem validade significativa por abordarem justamente uma dimensão que não é muito enfatizada nos estudos sobre inovação no setor público, que são os resultados/impactos da inovação, algo que é essencial para a gestão da inovação. Isso porque não é necessário apenas saber por que e como inovar, mas também identificar o que a implementação da inovação traz como efeito, tanto para a organização pública, quanto para a área de atuação, para os usuários do serviço público e para a sociedade em geral.

Entre os nove modelos e *frameworks* analisados, o da APSII (2011) é o mais completo, uma vez que apresenta as dimensões pressupostas para a dinâmica da inovação no setor público, as compreendem o que se encontra antes da ocorrência da inovação, as atividades presentes durante o desenvolvimento da inovação, o que é gerado como inovação e os efeitos da inovação após ser implementada.

Além disso, inclui condições ambientais que afetam a inovação no setor público, as quais permeiam todas as dimensões. Entretanto, apesar de sua ampla contribuição para a análise da inovação no setor público, é preciso adaptá-lo para o âmbito da inovação municipal em saúde brasileira, já que se trata de um modelo de origem estrangeira e genérica às diversas áreas do setor público.

Uma observação a ser feita diz respeito à existência de certo conflito em relação a qual dimensão da dinâmica de inovação no setor público as barreiras e os facilitadores devem ser inseridos. Nos *frameworks* da NESTA (2011), do MEPIN (2011) e de Isidro-Filho (2017), esses fatores aparecem na dimensão dos elementos necessários à inovação. Já nos *frameworks* da APSII (2011), do EPSIS (2010) e do GII (2005), as barreiras e os facilitadores estão na dimensão dos aspectos ligados ao processo de inovação, ressaltando que no do APSII (2011) além de estarem nessa dimensão também figuram como uma condição ambiental que afeta a inovação no setor público.

Outro ponto é relativo ao fato de que os modelos e *frameworks* não compreendem os atores envolvidos na dinâmica da inovação no setor público, particularmente na Estratégia Saúde da Família, com exceção do modelo de Windrum e García-Goñi, (2008). Embora esse último modelo privilegie essa explicação, apresenta limitações em termos da definição dos atores envolvidos na dinâmica de inovação e em relação à classificação de inovação a ser investigada.

Além disso, esse modelo se insere no âmbito da teoria da inovação em serviço, que, como já argumentado, não condiz com a lente teórica aplicada a este estudo, por se considerar que é preciso entender a inovação em saúde pública, sobretudo na ESF, conforme a ótica da abordagem teórica da inovação no setor público. Com fundamento neste posicionamento, se entende que o modelo de Lister et al. (2017) não atende ao propósito desta pesquisa, já que nele a intenção é utilizar a experiência do setor privado para o planejamento de inovações em saúde pública.

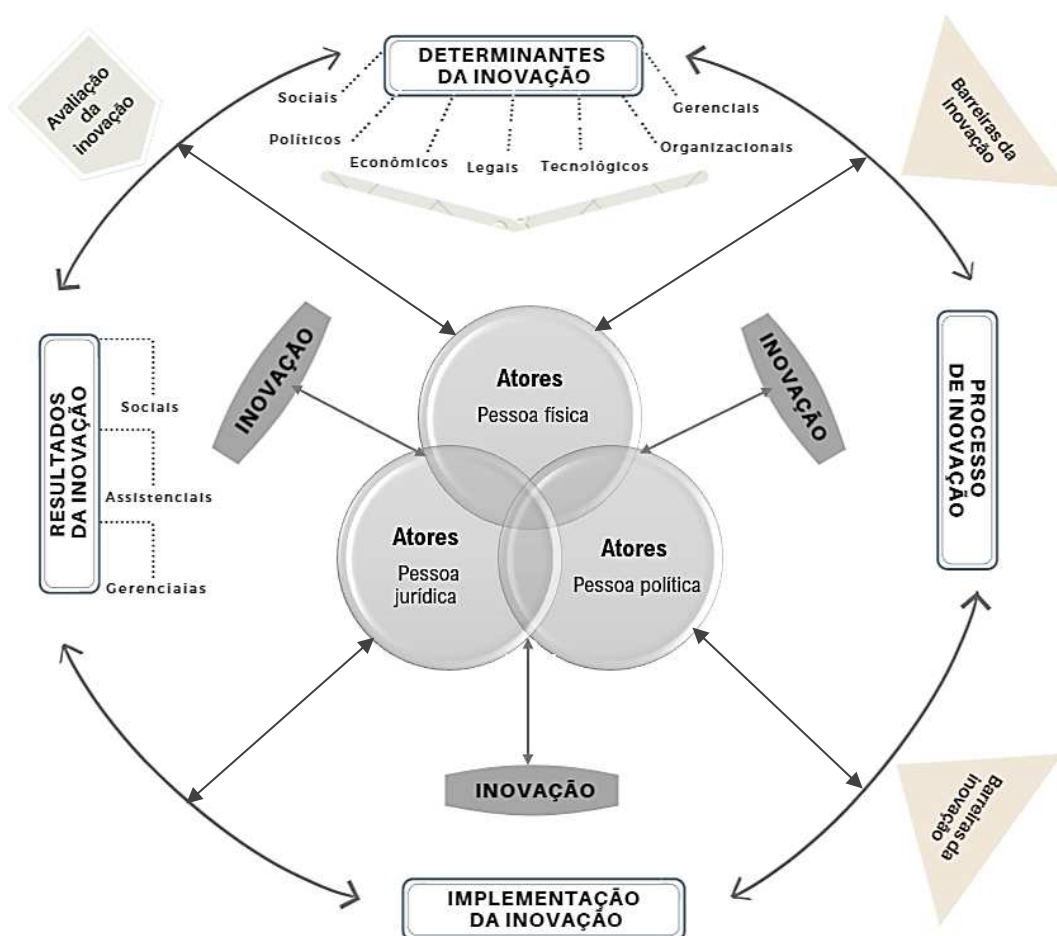
A inclusão e especificação dos atores na dinâmica de inovação são relevantes porque, como visto, a ESF envolve diretamente, para a prestação dos serviços de saúde, a atuação de diferentes profissionais com perspectivas e interesses diversos (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016b; COSTA, 2013), além de contar com outros atores externos que integram as Secretarias Municipais de Saúde, os Conselhos Municipais de Saúde, municípios parceiros, autoridades governamentais, outras organizações públicas, instituições privadas e os próprios usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; AAS; JENTOFT; VASSTROM, 2016; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Além disso, com exceção dos modelos da NESTA (2011) e de Windrum e García-Goñi (2008), os modelos e *frameworks* abordados foram desenvolvidos fora da área de saúde pública, o que pode levar a resultados e entendimentos de certa forma descontextualizados. E, embora o modelo da NESTA (2011) tenha como base de elaboração um projeto piloto com líderes em organizações do governo local e do Serviço Nacional de Saúde Britânico, dois aspectos

dificultam sua utilização como *framework* para esta investigação: primeiro, o fato de estar imerso em uma realidade social, política, econômica e cultural diversa da que é encontrada no nosso país; e, segundo, porque apresenta uma contradição ao reconhecer que o setor público inova por um sistema próprio, mas ao mesmo tempo utiliza o conceito e índices de investigação da inovação no setor privado para fundamentar o modelo.

Por todas as razões até aqui elencadas, percebe-se a necessidade de estabelecer um *framework* que explique a atividade inovativa que ocorre na área de saúde pública, especificamente no que concerne a Estratégia Saúde da Família, que contemple as dimensões dessa dinâmica, levando em consideração as peculiaridades da área, inclusive no que se refere às características em âmbito municipal (e até mesmo local) da inovação e da saúde pública. Com esse propósito, a Figura 9 ilustra a proposição do *framework* que representa a dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família.

Figura 9 - Framework da dinâmica de inovação na Estratégia Saúde da Família



Fonte: Elaboração própria (2020)

Diferente dos modelos teóricos e *frameworks* descritos no referencial teórico, que em sua maioria enfocam o processo de inovação no setor público como linear, outros estudos apontam que é comum tal processo não acontecer apenas dessa maneira nesse setor, coexistindo formas não lineares de processo de inovação (informais, *ad hoc* e assistemáticos), o que é condizente com as características de organizações de serviços (AAS; JENTOF; VASSTROM, 2016; COSTA, 2016; DJELLAL; GALLOUJ; MILES, 2013), razão pela qual o *framework* proposto apresenta a representação de um ciclo de inovação.

A ideia de ciclo ressalta o fato de que a inovação não se encerra quando a sua implementação é realizada, já que os seus resultados devem ser avaliados, a fim de conferir a adequação ao contexto de utilização, o que pode suscitar a necessidade de outras inovações ou de correções na inovação existente, a fim de garantir maior aderência às rotinas existentes e aceitação dos interessados (AAS; JENTOF; VASSTROM, 2016; CARLFJORD et al., 2010), caracterizando, assim, em um processo recursivo da dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família. Nesse ciclo, há quatro dimensões por meio das quais se entende que a dinâmica da inovação na ESF se desenvolve: 1) Atores; 2) Determinantes e Barreiras da Inovação; 3) Inovação; e, 4) Resultados da Inovação.

Diversos atores (primeira dimensão) estão envolvidos em diferentes estágios da dinâmica de inovação (AAS; JENTOF; VASSTROM, 2016; OLIVEIRA, 2016). Assim como é necessária uma análise do papel dos atores governamentais e não governamentais na implementação de políticas públicas de saúde (OLIVEIRA, 2016), também é preciso fazê-la na análise da dinâmica de inovação, inclusive das relações estabelecidas entre eles (COSTA, 2013; VARGAS, 2006).

Esses atores interagem tanto na direção horizontal quanto vertical, no que se refere à hierarquia governamental, gerencial e profissional, além da posição social, e exercem uma força distinta em direção à inovação, a qual envolve inclusive relações de poder (COSTA, 2016). Cabe esclarecer que os atores figuram de forma concêntrica no *framework* pelo fato de que a dinâmica da inovação na ESF acontece conforme as suas interações e relações, ou seja, são os atores que direcionam como, quando e em que inovar.

Em relação a esses atores, o governo federal, por meio do Ministério da Saúde (pessoa jurídica), desempenha papel fundamental nas decisões de política de saúde, inclusive em nível local (ARRETCHE; FONSECA, 2018; MARCHILDON; BOSSERT, 2018; ARRETCHE, 2005). Apesar disso, acredita-se que o mesmo não se aplica em relação à inovação. Várias ações inovativas foram desenvolvidas por secretarias municipais de saúde e por gestores locais de

saúde, em resposta a demandas e necessidades do usuário (GOMES; MACHADO, 2018; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

A própria ESF é direcionada para a adequação e o atendimento aos problemas locais em saúde, fazendo com que (a) gestor (a) municipal de saúde e da equipe da ESF necessite desenvolver e implementar inovações com esse propósito. Por isso, entende-se que os gestores locais de saúde (pessoas políticas) são os atores que possuem papel mais preponderante para o surgimento de inovações na Estratégia Saúde da Família.

Nessa dinâmica a agência dos atores em direção à inovação é impulsionada por fatores contextuais que determinam a inovação (VARGAS, 2006). Os determinantes da inovação (segunda dimensão) são fatores que têm origem social, política, econômica, legal, tecnológica, organizacional ou gerencial, os quais pressionam a existência da inovação, ao mesmo tempo em que também representam os elementos que influem na capacidade de inovação, tendo, assim, correspondência com os elementos condutores e facilitadores da inovação.

Como a ESF tem por base a constante análise da situação de saúde da população e de suas necessidades, a fim de incorporar melhorias na qualidade e transformações nos processos produtivos dos serviços públicos de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; MORAIS et al., 2012; VASCONCELOS; PARREIRA, 2017), além do fato de que a opinião popular (seja por meio da utilização de caixa de sugestões nas Unidades Básicas de Saúde, ou por meio telefônico, ou ainda por intermédio do Conselho Municipal de Saúde) tem levado os gestores locais de saúde a perceber oportunidades de inovação (GOMES; MACHADO, 2018), presume-se que a opinião popular e os desenvolvimentos sociais da população são os principais determinantes da inovação na ESF.

A inovação (terceira dimensão) representa o tipo de inovação que é gerada na ESF, assim como seu grau de intensidade. A classificação da inovação segue a tipologia apresentada no Quadro 2. Inclui-se nessa dimensão o entendimento do processo de inovação e de sua implementação. O processo de inovação na ESF é o momento em que a inovação é idealizada, implementada e difundida.

Para tanto, diferentes autores determinam quais ações devem ser empreendidas. Pode ser entendido que é necessária a organização de atividades inovativas (ideação, seleção, implementação e difusão) (ISIDRO-FILHO, 2017; HUGHES; MOORE; KATARIA, 2011), a realização de colaborações e alianças de inovação (ISIDRO-FILHO, 2017; APSII, 2011), ou o estabelecimento de estratégias, de metas, de métricas, de práticas de gestão e difusão, de estruturas de incentivo e recompensas, e a percepção de facilitadores e barreiras à inovação (APSII, 2011).

Assim, considera-se nesse estudo que o processo de inovação na ESF relaciona-se às atividades necessárias ao desenvolvimento, implementação e difusão da inovação no setor público, sendo essas atividades consideradas como: acessar novas ideias, selecionar e desenvolver as ideias, implementar a(s) inovação(ões), e, difundir a(s) inovação(ões) (ISIDRO-FILHO, 2017; KATTEL et al., 2015; HUGHES; MOORE; KATARIA, 2011; APSII, 2011).

À medida que o processo de inovação é desenvolvido e implementado, se depara com fatores limitadores da inovação (GOMES; MACHADO, 2018), os quais foram relacionados no Quadro 4. Esses fatores atuam preponderantemente sob o processo de inovação e sob a sua implementação. Cabe destacar que os atores também podem facilitar ou limitar o processo de inovação.

Por exemplo, o governo federal pode, por meio de políticas de incentivo financeiro, favorecer o desenvolvimento de ações inovativas. Porém, as regras relativas ao alcance desse incentivo financeiro podem limitar a capacidade de inovação, por, de certa forma, condicionar os municípios a seguirem as políticas de saúde determinadas pelo governo federal para continuarem a receber o incentivo financeiro, podendo não haver a adaptação adequada às necessidades locais (ARRETCHÉ; FONSECA, 2018; FLEURY, 2014; MARQUES; MENDES, 2002). As próprias regulamentações do Ministério da Saúde também podem ser consideradas uma barreira imposta por esse ator (GOMES; MACHADO, 2018).

Para além do problema relativo à política de incentivo financeiro, diferentes autores apontam para o fato de que a limitação de recursos, sejam esses financeiros, humanos, materiais ou tecnológicos (GOMES; MACHADO, 2018; MOUSSA; MCMURRAY; MUENJOHN, 2018; CASTRO et al., 2017; ISIDRO-FILHO, 2017; BLOCH, 2011; CUNNINGHAM, 2005), é um grande inibidor da inovação na área de saúde pública.

Essa limitação de recursos, inclusive, é uma dificuldade que vem sendo imposta pelos governos ao SUS, por razões político-ideológicas (notadamente de caráter neoliberal), sujeitando o direito à saúde a constantes ajustes orçamentários (MARCHILDON; BOSSERT, 2018; PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015; MENICUCCI, 2007). Por isso, acredita-se que a principal barreira à inovação na ESF é a limitação de recursos.

Já os resultados da inovação (quarta dimensão) se referem aos efeitos causados a partir da inovação, os quais podem ser de caráter social, gerencial ou assistencial, em conformidade com o estudo de Fleury (2014). Cabe ressaltar que os resultados da inovação incluem além da especificação do efeito da inovação, a avaliação do resultado da inovação, algo que não é enfatizado nos modelos e *frameworks* apresentados, mas é importante para favorecer ajustes necessários e o surgimento de outras inovações, além de apoiar também a promoção de uma

cultura de aprendizagem organizacional impulsionada pelos desafios, ideias e iniciativas do dia-a-dia (AAS; JENTOFT; VASSTROM, 2016; CUNNINGHAM, 2005).

Considerando que as inovações geradas podem modificar os fatores determinantes e os elementos tidos como barreiras da inovação (KATTEL, 2015), e até mesmo exercer pressão para que os atores influenciem as decisões relativas às políticas públicas de saúde, há na Figura 9 as setas duplas que ligam todo o ciclo da inovação na ESF, representando, assim, a relação mútua entre esses elementos na dinâmica da inovação da ESF.

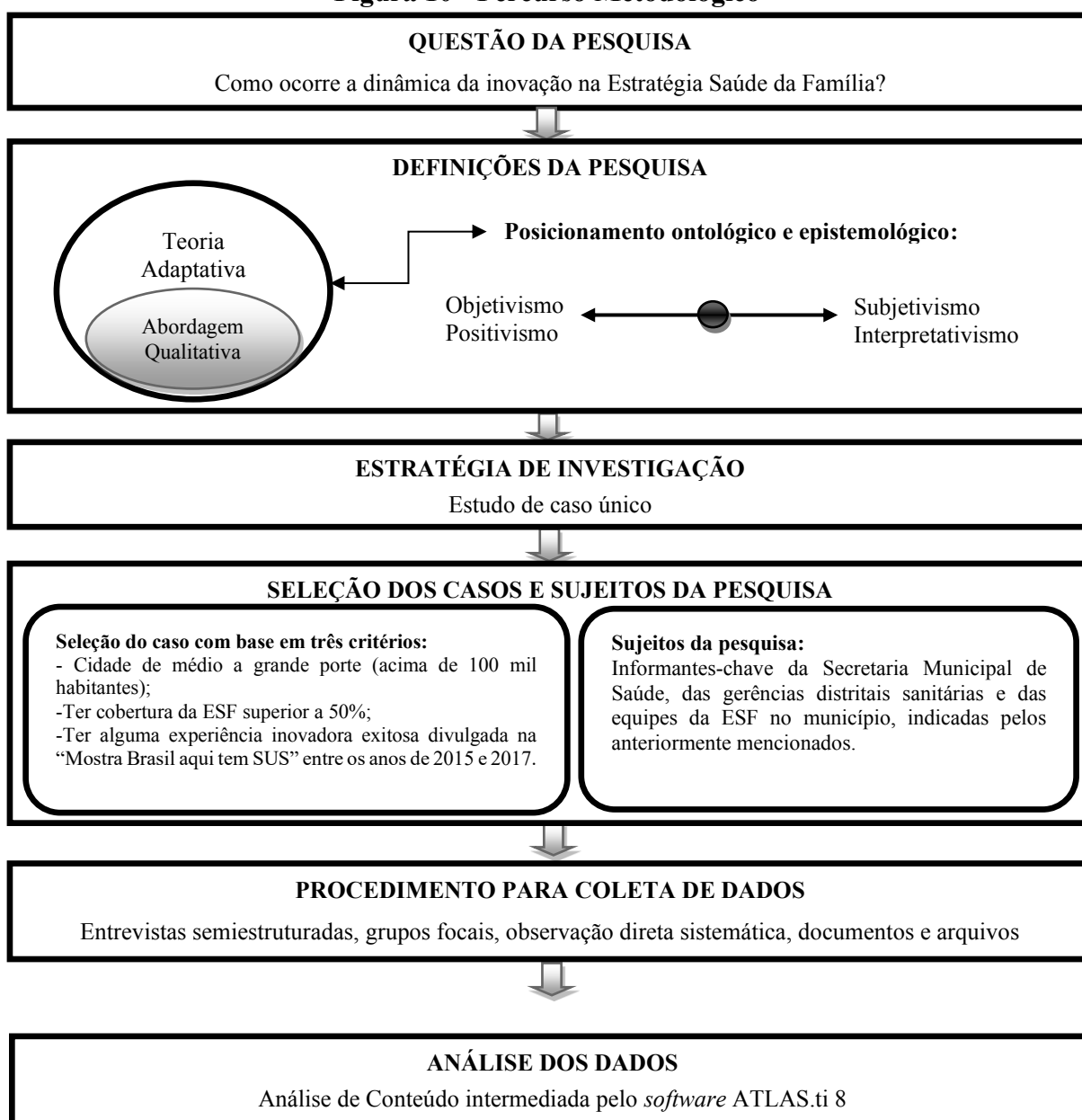
Portanto, o *framework* previamente proposto visa auxiliar no alcance do objetivo deste estudo, além de potencialmente facilitar o entendimento e a realização de inovações no âmbito da saúde pública municipal (especificamente no que concerne à Estratégia Saúde da Família), após a adaptação necessária a partir dos dados coletados. Tendo sido apresentadas as explicações teóricas que norteiam este estudo, a seção seguinte esclarece a escolha dos procedimentos metodológicos que serão utilizados para o desenvolvimento da pesquisa.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção, são descritos os caminhos necessários para a realização da pesquisa, descritos em quatro seções. Primeiro faz-se a exposição da estratégia, delineamento e nível da pesquisa. Em seguida, os procedimentos para coleta dos dados. Logo após, os processos para análise dos dados, e, por último, apresenta-se uma síntese dos métodos e técnicas do estudo.

A Figura 10 ilustra o percurso metodológico adotado para a realização desta pesquisa.

Figura 10 - Percurso Metodológico



Fonte: Elaboração própria (2020).

3.1 ESTRATÉGIA, DELINEAMENTO E NÍVEL DA PESQUISA

Para responder à questão proposta, “como ocorre a dinâmica da inovação nos serviços públicos da Estratégia Saúde da Família?”, e alcançar os objetivos da pesquisa, foi adotada a abordagem qualitativa. Esta escolha metodológica é multicritério, e, por isso, envolve uma série complexa, inter-relacionada e iterativa de fatores, em referência não apenas ao objetivo do estudo, mas também em razão das propriedades do campo de pesquisa, evidências práticas, e visão ontológica e epistemológica dos pesquisadores (BUCHANAN; BRYMAN, 2009). Além disso, quando se trata da investigação na área de saúde esta é a abordagem que vem ganhado destaque nos estudos (KINALSKI et al., 2017).

O método qualitativo nesta pesquisa é pautado pela utilização da teoria adaptativa (*adaptive theory*), a qual enfatiza a combinação do uso da teoria pré-existente, que pode ser expressa em um *framework* preliminar (LEITE; MORAES; SALAZAR, 2016), e da teoria gerada a partir da análise dos dados (LAYDER, 1998), ao combinar a teorização hipotético-dedutiva (*middle-range theory*) e a *grounded theory* (HEWEGE; PERERA, 2013; KOVACS; MORAES; OLIVEIRA, 2011). O intuito é possibilitar o fortalecimento teórico para além da convergência teórica, adotando o caminho da adaptação das teorias existentes conforme as evidências que emergem dos dados (LAYDER, 1993).

Apesar de surgida da *grounded theory* (teoria fundamentada em dados), a teoria adaptativa se difere essencialmente desta pelo fato de que a primeira pressupõe o acesso ao campo sem o apoio de conceitos teóricos existentes, requerendo do pesquisador abstração para a elaboração de teoria a partir dos dados. Já a segunda enfatiza o uso de modelos conceituais anteriores à coleta de dados, a fim de que os dados emergentes permitam a adaptação dos elementos teóricos precedentes, entendendo que existe uma interação permanente e flexível entre os dados e a teoria (LEITE; MORAES; SALAZAR, 2016; KOVACS; MORAES; OLIVEIRA, 2011), além da impossibilidade de um (a) pesquisador (a) se engajar em um estudo de maneira neutra (BLAIKIE, 2009).

Sob a ótica da teoria adaptativa, os dados oriundos do campo de pesquisa não são uma fonte pura de conhecimento. Todos já se encontram saturados, seja pela aproximação teórica prévia, seja pelos pressupostos e noções do senso comum advindas do (a) pesquisador (a) (HEWEGE; PERERA, 2013; VAN GRAMBERG, 2008; LAYDER, 1998).

Nesse sentido, para a teorização do estudo, de acordo com a teoria adaptativa, é preciso considerar a combinação e o uso de diferentes fontes teóricas e empíricas, o que é denominado de “fertilização cruzada de ideias”, como forma de contribuir para uma análise teórica robusta,

a partir das perspectivas valiosas de cada uma dessas fontes (HATHAWAY, 2012; OLIVEIRA, 2003; LAYDER, 1998). As fontes teóricas referem-se à teoria existente, geral e substantiva, e as fontes empíricas são os dados existentes, que incluem achados de pesquisas prévias e qualquer outro dado que represente o fenômeno em análise, e os dados emergentes, aqueles que surgem das descobertas imediatas dos dados de uma pesquisa atual (BARANAUSKIENĖ, 2014; BLAICKIE, 2009; LAYDER, 1998). O Quadro 5 sintetiza as principais fontes que foram utilizadas neste estudo.

Quadro 5 - Fontes teóricas e empíricas da pesquisa

FONTES TEÓRICAS	
TEORIA GERAL	TEORIA SUBSTANTIVA
• Administração Pública: (EUCLYDES; SILVEIRA, 2020; ERIKSSON; HELLSTRÖM, 2020; DOS-REIS; SILVA FILHO, 2020; SILVESTRE, 2019; SILVA; RIBAS; MEZA 2019; CAVALCANTE, 2019; SILVA et al., 2018; DENHARDT; CATLAW, 2017; SILVA, LIMA; GOMIDE, 2017; ALCÂNTARA; PEREIRA; DIAS, 2016; COUTO; CKAGNAZAROFF, 2016; KLUMB; HOFFMANN, 2016; MEIJER, 2016; SILVA; MATTIA, 2016; SILVA, 2015; NUNES; HARFOUCHE, 2015; GRIN, 2012). • Saúde Pública e Políticas Públicas: (ARRETCHÉ; FONSECA, 2018; BRASIL, 2018; BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018; 2018b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; MARCHILDON; BOSSERT, 2018; MENICUCCI; GONTIJO, 2016; OLIVEIRA, 2016; MOTTA; BATISTA, 2015; PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015; SORATTO; et al., 2015; GRAGNOLATI; LINDELOW; MORAIS; et al., 2012; COUTTOLENC, 2013; CARNEIRO JUNIOR; NASCIMENTO; COSTA, 2011; GOMES; 2010; MEDEIROS, 2010; MIRANDA, 2010; ROCHA, 2010; MAGALHÃES, 2007; MENICUCCI, 2007; HEIMANN; MENDONÇA, 2005; LIMA, 2005; ARRETCHÉ, 2005; MARQUES; ARRETCHÉ, 2003; MARQUES; MENDES, 2002; BLOCH; BALASSIANO, 2000; COLLINS; ARAÚJO; BARBOSA, 2000;). • Inovação: (SOUSA; BRUNO-FARIA, 2013; TIDD; BESSANT; PAVITT, 2008; SCHUMPETER, 1997)	• Inovação no Setor Público: (AB RAHMAN; ISMAIL; RAJANI, 2018; LEWIS; RICARD; KLIJIN, 2018; MOUSSA; MCMURRAY; MUENJOHN, 2018; BRANDÃO; BRUNO-FARIA, 2017; CASTRO et al., 2017; CAVALCANTE et al., 2017; CAVALCANTE; CAMÕES, 2017; CAVALCANTE; CUNHA, 2017; DEMIRCIOGLU; AUDRETSCH, 2017; CUNHA, 2017; ISIDRO-FILHO, 2017; SILVA; LIMA; GOMIDE, 2017; VRIES; BEKKERS; TUMMERS, 2016; AGOLLA; VAN LILL, 2016; FERREIRA et al., 2015; KATTEL, 2015; KATTEL, et al., 2015; SOUSA et al., 2015; ARAÚJO; ROCHA; CARVALAIS, 2015; MULGAN, 2014; 2007; WU; MA; YANG, 2013; DJELLAL; GALLOUJ; MILES, 2013; COMISSÃO EUROPEIA, 2013; GALLOUJ; DJELLAL, 2012; OSBORNE; BROWN, 2011; 2005; BLOCH, 2011; AUDIT COMMISSION, 2007; BEKKERS; VAN DUIVENBODEN; THAENS, 2006; DAMANPOUR; SCHNEIDER, 2006; MANIMALA; JOSE; THOMAS, 2006; KOCH; HAUKNES, 2005; MULGAN; ALBURY, 2003). • Modelos e Frameworks de Inovação no Setor Público: (INNOSCIENCE, 2018; LISTER, et al., 2017; ISIDRO-FILHO, 2017; TONELLI et al., 2016; OECD, 2015; APSII, 2011; BLOCH, 2011; HUGHES; MOORE; KATARIA, 2011; WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008). • Inovação na Gestão Pública Municipal: (CNM, 2016a; 2016b; 2013; FARIAS FILHO; MIRANDA, 2016; REEVE et al., 2015; NÄHLINDER, 2013; GONZALEZ; LLOPIS; GASCO, 2013; GRIN, 2012; NELSON; SVARA, 2012; FARAH, 2008; 2006; HALVORSEN, 2005; WALKER, 2006; PAULICS, 2004; SPINK, 2003).

	• Inovação em Saúde Pública: (PANG, 2020; LIMA; DALLARI, 2020; DICLEMENTE et al., 2019; ZHU; THOMASSEN, 2018; GOMES; MACHADO, 2018; PULIDO; CÁRDENAS; IBARRA, 2017; VICKERS et al., 2017; AAS; JENTOFT; VASSTROM, 2016; COSTA, 2016; FERREIRA et al., 2014; FLEURY, 2014; OMACHONU; EINSPRUCH, 2010; DJELLAL; GALLOUJ; MILES, 2008; CUNNINGHAM, 2005).
FONTES EMPÍRICAS	
DADOS EXISTENTES	DADOS EMERGENTES
• Resultados de estudos sobre inovação na Atenção Primária à Saúde e na Estratégia Saúde da Família: (NODARI et al., 2019; GOMES; MACHADO, 2018; BROWN; RYAN, 2018; SILVA; et al., 2018b; VASCONCELOS; PARREIRA, 2017; PINTO; ROCHA, 2016; GUPTA; et al., 2016; LOWEN et al., 2015; CARLFJORD; FESTIN, 2015; SILVA, 2015; NODARI; et al., 2015; MOTTA; BATISTA, 2015; MAIA; BELEZA; FEITOSA, 2014; RASIA; RUBENICH; OLEA, 2013; MENDIZABAL; SOLINÍS; GONZÁLEZ, 2013; BRADLEY; et al., 2012; ONOCKO-CAMPOS; et al, 2012; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; CARLFJORD; et al., 2010; MARGOLIS; HALFON, 2009).	• Descobertas do estudo, por meio de entrevistas, grupo focal e dados secundários, relativas: - Ao papel dos atores envolvidos no processo de inovação na ESF; - À relação dos atores envolvidos no processo de inovação na ESF; - Aos determinantes e barreiras da inovação na ESF; - Às inovações empreendidas na ESF; - Aos resultados da inovação na ESF.

Fonte: Elaboração própria (2020)

Antes mesmo de escolher os métodos de condução da pesquisa, é importante que os pesquisadores se posicionem quanto aos pressupostos ontológicos e epistemológicos que guiam as formas pelas quais geram conhecimento e contribuem para a construção teórica, com base em um continuum subjetivista-objetivista (MORGAN; SMIRCICH, 1980).

Convém, assim, esclarecer que, conforme prediz a teoria adaptativa, a posição epistemológica adotada na presente pesquisa tem por base uma posição intermediária que transcende os limites do positivismo e do interpretativismo, exercendo uma combinação dedutiva e indutiva flexível, que permite uma interpretação da realidade social, do ponto de vista ontológico, conciliando os extremos objetivista e subjetivista (LEITE; MORAES; SALAZAR, 2016; HEWEGE; PERERA, 2013; BLAIKIE, 2009; LAYDER, 1998). Isso porque, para a teoria adaptativa, agência e estrutura não são elementos desconexos no contexto social, enfatizando, assim, a ligação entre significados, atividades e intenções dos atores e entre cultura, instituições, poder, práticas e relações sociais (BLAIKIE, 2009; OLIVEIRA, 2003).

É plausível acrescentar que os objetos estudados nesta pesquisa se configuram como um fenômeno complexo, conforme explica a teoria da complexidade. A complexidade emprega ligações interdependentes, o paradoxo do uno e do múltiplo. A ideia central desse paradigma é

de que é preciso superar a lógica da simplificação reducionista da linearidade e da dicotomia, presentes no paradigma cartesiano-newtoniano, para promover a rearticulação entre as partes, tendo a totalidade e a interconexão como eixo articulador, a fim de melhor representar o real.

Para tanto, a incerteza, o relativo, o imprevisível, o novo, as mudanças permanentes e contínuas, a ordem e a desordem devem ser encaradas como fundamentos para o entendimento do mundo e da vida (CRUZ, et al., 2017; SILVA; RABELO, 2003). Nessa perspectiva, a teoria da complexidade é aqui evocada como forma de respaldar a maneira pela qual a pesquisa foi conduzida, ou seja, de justificar o porquê adotar a teoria adaptativa para análise da inovação da ESF, observando, por meio de uma visão sistêmica e interdependente de análise, cada elemento que compõem a dinâmica dessa inovação, um fenômeno complexo.

Na abordagem qualitativa o significado é relevante de modo que seja possível, por meio do diálogo estabelecido entre o investigador e os sujeitos da pesquisa, aprender as diferentes perspectivas dos participantes, ou seja, aprender o significado que estes dão ao objeto em análise (CRESWELL, 2010; BOGDAN; BIKLEN, 1994). As estratégias e procedimentos utilizados pelos pesquisadores qualitativos têm a função de capturar as experiências do ponto de vista do informador (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Logo, a estratégia escolhida foi o estudo de caso, que corresponde a uma investigação detalhada de um acontecimento específico (BOGDAN; BIKLEN, 1994). A escolha do estudo de caso se justifica por proporcionar a análise do fenômeno em seu contexto, de forma a compreender como o comportamento e/ou processos sociais presentes nesse fenômeno são influenciados pelo contexto (MERRIAM, 2009; HARTLEY, 2004). O resultado do estudo de caso pode indicar a necessidade de atualização do corpo teórico vigente utilizado para explicar o fenômeno pesquisado, contribuindo para a construção da teoria (HARTLEY, 2004; EISENHARDT, 1989), sendo, nessa perspectiva, um estudo de caso instrumental (STAKE, 2005).

A importância do estudo de um caso não é somente para a academia e a construção teórica, mas inclui o próprio leitor, a utilidade da análise e do conhecimento do caso para ele, servindo como base para questões mais complexas, como políticas públicas e a experiência humana (STAKE, 2005).

3.2 SELEÇÃO DO CASO E SUJEITOS DA PESQUISA

A seleção do caso é um aspecto importante da pesquisa qualitativa (EISENHARDT, 1989), pois é a partir desta seleção que se identifica as melhores opções para que seja ampliada

a compreensão do tema e explorada as diferentes representações sobre o fenômeno em estudo (FRAZER, GONDIM, 2004), partindo do entendimento de que o elemento escolhido pode oferecer informações necessárias para o estudo (CRESWELL, 2010).

O número de casos selecionados está diretamente relacionado às replicações teóricas do estudo, ou seja, a possibilidade de que o caso permita o fortalecimento e avanço do quadro teórico que envolve a pesquisa. Nesse sentido, o importante não é a quantidade (amostragem estatística), mas sim a representatividade do caso para a construção teórica (COIRAIOLA et al., 2013; STAKE, 2005). Assim, para atender aos objetivos da pesquisa, buscou-se selecionar um caso com base nos seguintes critérios:

1) ser uma cidade de médio a grande porte (mais de 100 mil habitantes) (IBGE, 2019; DAB, 2012). Essa escolha se deve ao fato de que quanto maior o porte populacional da cidade, mais dificuldades são encontradas frente às complexidades sociais e demográficas, requerendo maiores esforços para a ESF atender adequadamente às necessidades e demandas da população (MAGNAGO; PIERANTONI, 2015; CAMPOS, et al., 2014);

3) ter cobertura da ESF superior a 50% (em fevereiro de 2019) (E-GESTORAB, 2019). Isso porque uma maior cobertura da ESF está relacionada a melhores condições de saúde da população (NEVES et al., 2018); e,

4) ter pelo menos uma experiência inovadora exitosa divulgada no catálogo da “Mostra Brasil aqui tem SUS” entre os anos 2015 a 2017 (CONASEMS, 2019). A “Mostra Brasil aqui tem SUS” é uma ação desenvolvida pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), desde o ano de 2003, cujo objetivo é divulgar e compartilhar experiências inovadoras exitosas desenvolvidas pelos municípios de todo o Brasil, na área de saúde, experiências essas que expressam o potencial criativo e de transformação dos municípios para fortalecer a atenção à saúde no âmbito do SUS (CONASEMS, 2019).

Com base nesses critérios, selecionou-se, por conveniência, um município da região Nordeste do país, tendo em vista que essa região é a que apresenta maior cobertura da ESF (79.77%) (E-GESTORAB, 2019; MALTA et al., 2016). A seleção por conveniência leva em consideração os casos que estão ao alcance do pesquisador, além da disponibilidade dos potenciais respondentes em atenderem ao propósito da pesquisa (BRYMAN, 2012).

Ressalta-se que a complexidade do fenômeno investigado, permeado pelas relações entre diversos atores, impulsionam para a investigação de um caso único, tendo em vista que ampliar o número de casos poderia reduzir a capacidade de uma compreensão mais assertiva a respeito das características dos elementos que envolvem a dinâmica da inovação na ESF. Assim, a escolha de um caso único se fundamenta na compreensão de que este representa um

instrumento oportuno de aprendizagem para avançar na compreensão teórica e prática da temática abordada (STAKE, 2005).

Entre os municípios da região que podem fazer parte da pesquisa, optou-se por realizar o estudo na cidade de Campina Grande, Paraíba, pois além de atender aos critérios de seleção, há na literatura resultados que indicam a realização de inovações em serviços de saúde pública nessa cidade (GOMES; MACHADO, 2018). O Quadro 6 apresenta as características do município escolhido para este estudo que atendem aos critérios de seleção supracitados.

Quadro 6 – Características do município selecionado para o estudo

REGIÃO NORDESTE			
PARAÍBA			
MUNICÍPIO (COBERTURA ESF)	Nº DE EXPERIÊNCIAS EXITOSAS NA MOSTRA BRASIL AQUI TEM SUS		
	2015	2016	2017
CAMPINA GRANDE 407.472 habitantes (90,60%)	1	1	1

Fonte: Elaboração própria (2020)

Os sujeitos da pesquisa foram informantes-chave da Secretária Municipal de Saúde, Gerentes Distritais de Saúde, além de profissionais de saúde de equipes da ESF do município selecionado indicadas por estes, totalizando 23 pessoas. Os gestores e trabalhadores selecionados foram convidados a, voluntariamente, participar do estudo.

Dessa forma, das nove gerentes distritais de saúde do município, seis aceitaram responder à pesquisa, por meio de entrevistas. Por indicação das gerentes dos distritos sanitários V, IX e X, três equipes da ESF foram convidadas a participarem do estudo. Assim, houve a realização de um grupo focal na UBS Ronaldo Cunha Lima, pertencente ao distrito sanitário V, de um grupo focal na UBS Maria de Lourdes Leôncio, pertencente ao distrito sanitário IX, e de três entrevistas (uma individual e outra em dupla) na UBS Hindenburgo Nunes de Figueiredo.

Com o intuito de garantir o anonimato dos participantes, todas as entrevistas e grupos focais foram codificados a partir do tipo de participação (entrevista: E; grupo focal: GF) e da ordem de acontecimentos. Para os grupos focais, foi adicionada também a inicial do cargo que o participante ocupa. Por exemplo, o código “GF1E” corresponde ao grupo focal 1, cujo participante é Enfermeira. No caso das Agentes Comunitárias de Saúde, em que houve mais de uma participante nos grupos focais pertencente a este mesmo cargo, foi ainda atribuída uma numeração ao final para sua identificação. Assim, “GF1AC1”, significa grupo focal 1, cuja participante é a Agente Comunitária de Saúde número 1.

O Quadro 7 sintetiza as informações sobre os sujeitos da pesquisa e apresenta, além da codificação do participante, a indicação do cargo que ocupa, a sua formação, o tempo em que

está no cargo e a forma de sua participação. Adicionalmente, foi incluída a identidade atribuída pelo *software* ATLAS.ti, versão 8, a cada um dos documentos que contêm a transcrição dos dados.

Quadro 7 - Informações sobre os sujeitos da pesquisa

CÓDIGO DO PARTICIPANTE	CARGO	ID. ATLAS.ti	FORMAÇÃO	TEMPO NO CARGO	PARTICIPAÇÃO
E1	Assessora da Direção de Atenção à Saúde	D1	Assistência Social	17 anos	Entrevista
E2	Diretora de Atenção à Saúde	D2	Odontologia	1 ano e 7 meses	Entrevista
E3	Gerente do Distrito Sanitário IX	D3	Química	1 ano e 6 meses	Entrevista
E4	Gerente do Distrito Sanitário V	D4	Fisioterapia	1 ano	Entrevista
E5	Gerente do Distrito Sanitário VI	D5	Enfermagem	6 meses	Entrevista
E6	Gerente dos Distritos Sanitários VII, VIII e USF Professora Odete Leandro	D6	Fisioterapia	3 anos	Entrevista
E7	Gerente do Distrito Sanitário X	D7	Assistência Social	3 meses	Entrevista
E8	Enfermeira da UBS Hidenburgo Nunes de Figueiredo	D8	Enfermagem	1 ano e 4 meses	Entrevista
E9	Médica da UBS Hidenburgo Nunes de Figueiredo	D9	Medicina	4 meses	Entrevista
E10	Agente Comunitária de Saúde da UBS Hidenburgo Nunes de Figueiredo	D9	Ensino Médio	24 anos	Entrevista
GF1E	Enfermeira da UBS Maria de Lourdes Leôncio	D10	Enfermagem	3 meses	Grupo Focal
GF1D	Dentista da UBS Maria de Lourdes Leôncio	D10	Odontologia	11 anos	Grupo Focal
GF1AX	Auxiliar de Saúde Bucal da UBS Maria de Lourdes Leôncio	D10	Técnico em Saúde Bucal	12 anos	Grupo Focal
GF1AC1	Agente Comunitária de Saúde da UBS Maria de Lourdes Leôncio	D10	Pedagogia	20 anos	Grupo Focal
GF1AC2	Agente Comunitária de Saúde da UBS Maria de Lourdes Leôncio	D10	Ensino Médio	21 anos	Grupo Focal
GF1AC3	Agente Comunitária de Saúde da UBS Maria de Lourdes Leôncio	D10	Ensino Médio	21 anos	Grupo Focal
GF2M	Médico da UBS Ronaldo Cunha Lima	D11	Medicina	8 meses	Grupo Focal
GF2E	Enfermeira da UBS Ronaldo Cunha Lima	D11	Enfermagem	4 anos	Grupo Focal
GF2AC1	Agente Comunitária de Saúde da UBS Ronaldo Cunha Lima	D11	Técnica em Enfermagem	23 anos	Grupo Focal
GF2AC2	Agente Comunitária de Saúde da UBS Ronaldo Cunha Lima	D11	Ensino Superior	10 anos	Grupo Focal
GF2AC3	Agente Comunitária de Saúde da UBS Ronaldo Cunha Lima	D11	Ensino Superior	11 anos	Grupo Focal
GF2AC4	Agente Comunitária de Saúde da UBS Ronaldo Cunha Lima	D11	Ensino Superior	18 anos	Grupo Focal
GF2AC5	Agente Comunitária de Saúde da UBS Ronaldo Cunha Lima	D11	Ensino Superior	17 anos	Grupo Focal

Fonte: Elaboração própria (2020)

Os convites para realização de entrevistas e grupos focais foram encerrados quando se percebeu que as respostas começaram a se repetir e não agregavam novos elementos, além de os dados já coletados apresentarem adequação aos objetivos da pesquisa, alcançando, assim, a saturação teórica (O'REILLY; PARKER, 2012). A saturação teórica é resultado do momento em que o pesquisador verifica que a interação com o campo de estudo não mais gera informações que permitam o delineamento ou aprofundamento da teorização (PAIVA JÚNIOR; SOUZA-LEÃO; MELLO, 2011), e repercute a dimensão ética e o rigor científico adotados na pesquisa (FONTANELLA et al., 2011).

3.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

A coleta de dados teve início em maio de 2019 e terminou em dezembro de 2019. Para a coleta de dados foram utilizadas fontes primárias e secundárias, levando em consideração que a investigação de estudo de caso baseia-se em várias fontes de evidência (triangulação) (STAKE, 2005; GODOY, 2006).

A fim de aprimorar e testar os instrumentos de coleta de dados que foram utilizados com os sujeitos da pesquisa, foi feito um estudo piloto, o qual é descrito na seção subsequente.

3.3.1 Caso Piloto

Antes de iniciar a coleta de dados no caso selecionado, foi realizado um estudo piloto no município de João Pessoa, Paraíba. A primeira parte do estudo piloto teve por finalidade ajustar e testar o instrumento de coleta de dados. Para tanto, dois especialistas participaram desta fase. O primeiro profissional é docente vinculado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFPB, com formação em Fisioterapia, mestre em Saúde da Família e doutor em Saúde Pública. Sua contribuição foi a de avaliar se as questões do roteiro de entrevista estavam adequadas para o contexto da pesquisa.

Como resultado, o número de questões do instrumento de coleta de dados foi reduzido e as questões foram dispostas em uma sequência possível de permitir ao entrevistado a compreensão lógica e fluída dos objetivos da pesquisa e dos elementos que compõem a dinâmica da inovação na ESF. Além disso, houve a substituição de alguns termos, a fim de gerar mais proximidade com o campo, e a criação de roteiros individuais para cada tipo de método que será utilizado para a coleta de dados (entrevista e grupo focal).

A segunda especialista que participou desta fase é profissional da área de Enfermagem e atua na Unidade de Saúde da Família (USF) Ilha do Bispo I e II há quatro anos. Sua contribuição foi responder ao roteiro de entrevista (após os ajustes realizados, a partir das sugestões do primeiro profissional), com o intuito de testar a eficácia do instrumento de coleta de dados, assim como ambientar a pesquisadora ao campo de estudo. A experiência revelou, em um primeiro momento, a dificuldade no contato entre as áreas da pesquisa (administração e saúde). Isso ficou demonstrado pela necessidade de explicar alguns termos na entrevista, mesmo após os ajustes realizados. Entretanto, essa dificuldade não se apresentou como algo impeditivo para a realização da pesquisa, visto que, depois das explicações, a conversar tornava a fluir de maneira adequada.

Por meio dessa entrevista foi possível identificar as ações inovativas, os principais atores envolvidos e o que determina a inovação naquela USF, elementos que estão condicionados às características e necessidades da comunidade local. Além de atestar a funcionalidade do instrumento de coleta de dados, esse fato indica que as inovações da ESF podem ocorrer em cada localidade de maneira particular, sendo um aspecto importante a ser considerado no momento da análise dos dados.

Outro ponto relevante alcançado por meio dessa experiência foi a observação de como ocorre o atendimento aos usuários, como é a interação entre esses e os profissionais da USF, e o contexto social, cultural e econômico em que se insere a comunidade atendida pela Unidade de Saúde da Família, o que possibilitou visualizar e compreender na prática o que é e como funciona a Estratégia Saúde da Família, além de demonstrar a possibilidade da utilização da coleta de dados por meio da observação direta sistemática.

3.3.2 Coleta de dados

No caso selecionado, os dados primários foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com gestores e profissionais de saúde da ESF de Campina Grande, envolvendo questões abertas com o objetivo de gerar percepções e opiniões dos participantes (CRESWELL, 2010), além da utilização da técnica de grupo focal, da observação direta sistemática e da análise documental.

É importante destacar que, em conformidade com os procedimentos éticos que devem ser adotados antes do início da coleta de dados da pesquisa, foi solicitada à Secretaria Municipal de Campina Grande, por meio telefônico e via *e-mail* (com o envio de uma carta de apresentação da pesquisa, que se encontra no Apêndice A), a emissão de uma carta de anuência (Anexo A).

Além disso, a coleta foi realizada no local de trabalho/Unidade Básica de Saúde, em espaço reservado, depois do aceite e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices B e C), e solicitação de permissão para gravação de áudio.

O roteiro da entrevista (Apêndice D) incluiu perguntas organizadas em quatro etapas, de modo a contemplar os temas centrais desta pesquisa. A primeira etapa diz respeito à caracterização do contexto em que a Estratégia Saúde da Família atua, além de investigar quais as inovações empreendidas na ESF, bem como a maneira pela qual ocorre o processo de inovação. A segunda etapa abrange perguntas com o intuito de investigar os determinantes da inovação na Estratégia Saúde da Família, buscando entender os fatores que pressionam a existência da inovação, os que influem na capacidade da organização inovar e os que impõem dificuldades para o desenvolvimento e implementação da inovação na ESF. A terceira contempla a identificação do papel dos atores envolvidos na dinâmica de inovação na Estratégia Saúde da Família, assim como a investigação da relação entre esses atores. E a quarta etapa compreende o entendimento dos resultados da inovação na ESF. O total de áudio gravado nas entrevistas foi de 05h03min.

O Quadro 8 apresenta a relação das questões utilizadas no roteiro de entrevista com os objetivos geral e específicos estabelecidos neste estudo, bem como com a literatura associada a cada grupo de questionamento.

Quadro 8 - Relação das questões com os objetivos específicos

OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES	AUTORES
Propor um <i>framework</i> que esclareça como ocorre a dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família	1) Averiguar as inovações empreendidas na Estratégia Saúde da Família	1 – 10	DICLEMENTE et al. (2019); ZHU; THOMASSEN (2018); GOMES; MACHADO (2018); ISIDRO-FILHO (2017); CAVALCANTE; CUNHA (2017); CASTRO et al. (2017); AAS; JENTOFT; VASSTROM (2016); TONELLI et al. (2016); JENTOFT; VASSTROM (2016); COSTA (2016); OCDE (2015); KATTEL (2015); KATTEL et al. (2015); INNOSCIENCE (2015); FLEURY (2014); COMUNIDADE EUROPEIA (2013); WU et al. (2013); DJELLAL; GALLOUJ; MILES (2013); DJELLAL; GALLOUJ; MILES (2013); OSBORNE; BROWN (2011); BLOCH (2011); HUGHES, MOORE E KATARIA (2011); APSII (2011); WINDRUM; KOCH (2008); AUDIT COMMISSION (2007) BEKKERS VAN DUIVENBODEN; THAENS (2006); HALVORSEN et al. (2005); CUNNINGHAM (2005).

	2) Investigar os determinantes da inovação na Estratégia Saúde da Família	11 – 18	AB RAHMAN; ISMAIL; RAJANI (2018); MOUSSA; MCMURRAY; MUENJOHN (2018); GOMES; MACHADO (2018); LEWIS; RICARD; KLIJN (2018); CAVALCANTE; CAMÕES (2017); ISIDRO-FILHO (2017); CASTRO et al. (2017); DEMIRCIOGLU; AUDRETSCH (2017); ARAÚJO; ROCHA; CARVALHAIS (2015); FERREIRA et al. (2015); FLEURY (2014); RESENDE JUNIOR; GUIMARÃES; BILHIM (2013); GONZALEZ; LLOPIS; GASCO (2013); BLOCH (2011); SORENSEN; TORFING (2010); DJELLAL; GALLOUJ (2008); MULGAN (2007); DAMANPOUR; SCHNEIDER (2006); HALVORSEN (2005); CUNNINGHAM (2005); MANIMALA; JOSE; THOMAS (2006); MULGAN; ALBURY (2003); MARQUES; MENDES (2002).
	3) Identificar o papel dos atores envolvidos na dinâmica de inovação na Estratégia Saúde da Família 4) Analisar a relação dos atores envolvidos na dinâmica de inovação na Estratégia Saúde da Família	19 – 22	ERIKSSON; HELLSTRÖM (2020); NODARI et al. (2019); COSTA (2016); AAS; JENTOFT; VASSTROM (2016); FLEURY (2014); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (2011).
	5) Descrever os resultados da dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família	23 - 29	CASTRO; ISIDRO-FILHO; MENELAU (2017); ISIDRO-FILHO (2017); AAS; JENTOFT; VASSTROM (2016); KATTEL et al. (2015); FLEURY (2014); COMISSÃO EUROPEIA (2013); APSII (2011); HUGHES; MOORE; KATARIA (2011); CUNNINGHAM (2005).

Fonte: Elaboração própria (2020)

A técnica de grupo focal (GF) se constitui como a realização de uma entrevista de forma coletiva, por meio de um (a) moderador (a) ou pesquisador (a), com interação participativa entre seus participantes (e não apenas respostas aos estímulos isoladamente), proporcionando a troca de experiências, conceitos e opiniões entre os participantes, e possibilitando, assim, amplo alcance de coleta de dados, conforme roteiro elaborado pelo (a) moderador (a) (KINALSKI et al., 2017; KLEIN et al. 2015; OLIVEIRA; FREITAS, 2010; MINAYO, 2008; GONDIM, 2002; DAWSON; MANDERSON; TALLO, 1993).

O desenvolvimento do grupo focal ocorreu a partir do seguimento das seguintes etapas:

1) Planejamento, momento em que foi estabelecida a composição do GF, o qual foi integrado por profissionais de saúde que trabalham na equipe da ESF e que tenham participado ou estejam participando de processos inovativos (indicados pelas Gerentes Distritais de Saúde), e pela pesquisadora, que mediou a sessão grupal, além da elaboração do roteiro que guiou a entrevista na sessão grupal (Apêndice E);

2) Recrutamento, a partir do qual foi apresentada pessoalmente a pesquisa e seus objetivos, em data previamente agendada pelas Gerentes Distritais, aos potenciais participantes para integrarem o grupo focal, que, concordando com a participação, indicaram local (as UBSs em que trabalham) e horário de preferência para realização do GF. É importante ressaltar que, apesar de haver diferentes categorias profissionais na composição do GF, a homogeneidade do grupo se deu pelo pertencimento destes à ESF; e,

3) Sessão grupal, etapa em que aconteceram as duas reuniões de grupo focal, com duração total de 2h18min. A sessão grupal foi desenvolvida a partir dos seguintes momentos-chave: abertura da sessão, apresentação dos participantes entre si, esclarecimentos acerca da dinâmica de discussão participativa (falar uma pessoa de cada vez; evitar discussões paralelas; dizer livremente o que pensa; evitar o domínio da discussão; e, manter a atenção e o discurso na temática em questão), estabelecimento do *setting* (aspectos éticos vinculados à pesquisa e ao processo interativo, tais como confidencialidade da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), debate das questões constantes no roteiro, síntese das discussões e encerramento da sessão (KINALSKI et al., 2017; TRAD, 2009).

A utilização da técnica de grupo focal foi fundamental para a obtenção de informações e percepções com as equipes da ESF por duas razões. Primeiro, porque possibilitou o contato com os profissionais durante o momento em que aconteciam suas reuniões periódicas de trabalho, facilitando a participação destes na pesquisa, já que em um outro horário poderia ser mais difícil reuni-los para esta finalidade.

E, segundo, pois com a equipe reunida, as respostas compartilhadas puderam ser confirmadas ou confrontadas entre eles, o que proporcionou a compreensão de que aquilo que estava sendo dito não era apenas um ponto de vista individual (ou até mesmo que representa o *status* profissional do participante), mas sim, o entendimento da equipe, a partir da problematização mais profunda do assunto abordado.

A observação direta sistemática foi utilizada de modo a ampliar o conhecimento relativo ao contexto em que a inovação na Estratégia Saúde da Família ocorre, identificando comportamentos e interações entre os atores, além das atividades e do contexto interno e externo que permeiam a dinâmica de inovação na ESF (MERRIAM, 2009).

Dessa maneira, a observação foi realizada nos dias em que foram feitas as entrevistas e grupos focais, mediante a verificação da interação do entrevistado com os demais funcionários e com os usuários; da distribuição das pessoas nos setores; do contexto social, econômico, político e cultural em que se encontra a Unidade Básica de Saúde; de como as informações relativas aos serviços de saúde são disponibilizadas aos usuários; de quais são as características

do ambiente de atendimento aos usuários; de como é organizada a prestação dos serviços de saúde; e, de como são geridos os serviços de saúde. A fim de assegurar a qualidade e o direcionamento adequado da observação sistemática direta, foi utilizado um roteiro de observação direta sistemática, o qual consta no Apêndice F.

As observações proporcionaram uma compreensão complementar a respeito da funcionalidade de alguma das inovações implementadas, bem como o ambiente e a interação entre profissionais de saúde e usuários na utilização dessas inovações. Além disso, foi possível a percepção do contexto social, econômico, político e cultural e de como esse contexto influencia na implementação e resultados advindos com as inovações.

Já os dados secundários foram obtidos por meio de documento fornecido pelos participantes da pesquisa (relação das unidades de saúde do município), além de outros documentos coletados por meio eletrônico, por indicação dos participantes da pesquisa, a respeito das inovações realizadas pela ESF de Campina Grande (documentos licitatórios, como publicação de aviso de licitação, resultado da licitação no Diário Oficial do Estado da Paraíba, notícias de jornais locais, e *case* da empresa de tecnologia contratada pelo município para realização de uma das inovações), assim como de registros fotográficos realizados pela pesquisadora (Apêndice G).

Os dados secundários, além de tornarem visual a compreensão das inovações implementadas, no caso dos registros fotográficos, também serviram para explicar e complementar as informações que foram obtidas com os participantes da pesquisa, como no caso dos documentos licitatórios e do *case*.

3.4 DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS

A fim de guiar a análise dos dados, o Quadro 9 sintetiza as definições constitutivas e operacionais dos constructos abordados no estudo: inovação em saúde pública, processo de inovação, dinâmica de inovação, atores, determinantes da inovação, resultados da inovação e barreiras da inovação.

As definições constitutivas apresentadas representam os conceitos estabelecidos pela literatura, enquanto as definições operacionais evidenciam a atribuição de um significado empírico ao conceito, as quais representam o modo como será compreendido cada termo no contexto da realidade do fenômeno analisado.

Quadro 9 - Definição constitutiva e operacional dos constructos da pesquisa

CONSTRUCTOS	DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Inovação em saúde pública	Introdução de um novo conceito, ideia, serviço, produto e/ou processo produtivo, administrativo ou organizacional que vise melhorar o tratamento, diagnóstico, educação, divulgação, prevenção e pesquisa, produzindo benefícios significativos para indivíduos, grupos ou à comunidade em geral, e com objetivos de longo prazo no que se refere ao aperfeiçoamento da qualidade, da segurança, dos resultados, da eficiência e dos custos para a unidade de saúde que a adota (COSTA, 2016; OMACHONU; EINSPRUCH, 2010).	A inovação foi investigada por meio do relato dos entrevistados, dos documentos e da observação sistemática direta acerca das novidades funcionais que tenham provocado uma mudança transformadora e durável nas operações e gestão da saúde pública municipal e/ou unidades básicas de saúde, nos elementos do processo e entrega dos serviços de saúde e/ou para os usuários, identificando em que essa novidade se difere do que já era realizado anteriormente. Foi investigado também o tipo de inovação e o grau de novidade correspondente, além da possibilidade de replicação, e/ou ampliação/reforço a comunicação com a sociedade, e/ou utilização de recursos de forma responsável e/ou estímulo de práticas autônomas e autossustentadas por meio da inovação.
Processo de inovação	Relaciona-se às atividades necessárias ao desenvolvimento, implementação e difusão da inovação no setor público, sendo essas atividades consideradas como: acessar novas ideias, selecionar e desenvolver as ideias, implementar a(s) inovação(ões), e, difundir a(s) inovação(ões) (ISIDRO-FILHO, 2017; KATTEL et al., 2015; HUGHES; MOORE; KATARIA, 2011; APSII, 2011).	Após a compreensão do que mudou, foram feitos questionamentos sobre a existência de uma estrutura sistemática para gerir as atividades do desenvolvimento de inovações, incluindo o entendimento de como ocorre o acesso a novas ideias de inovação, a seleção e desenvolvimento dessas ideias, a implementação da inovação, além das ações empreendidas para fazer com que os usuários da ESF tenham conhecimento sobre as inovações e para que essas inovações cheguem até eles. Outro ponto investigado foi se as inovações implementadas na ESF podem ser ou já foram levadas para a realidade de outros municípios.
Dinâmica da inovação	Representa a interação e a relação dos atores envolvidos no processo de geração e implementação de inovações, permeado pela influência de fatores contextuais (determinantes e barreiras), cuja capacidade, preferência e interesses desses atores moldam a inovação e seus resultados (COSTA, 2013; BARBOSA; GADELHA, 2012; VARGAS, 2006).	Para compreender a dinâmica da inovação foram identificadas quatro dimensões que a envolvem: atores, determinantes e barreiras da inovação, inovação e resultados da inovação.
Atores	Pessoa física, jurídica ou política que atue na Estratégia Saúde da Família e/ou exerça influência direta sob suas atividades e gestão (ERIKSSON; HELLSTRÖM, 2020; COSTA, 2013; BARBOSA; GADELHA, 2012; VARGAS, 2006).	Corresponde a identificação de todos aqueles que participam da dinâmica da inovação na ESF (cargos/funções, pessoa física, social ou jurídica), cuja investigação buscou verificar se há a realização de parcerias entre esses atores com os setores privado, civil, e, principalmente, com os usuários para o desenvolvimento de inovações, se algum ator é predominante na dinâmica de inovação, e se algum entre eles interfere negativamente na dinâmica de inovação.
Determinantes da inovação	Fatores que têm origem social, política, econômica, legal, tecnológica, organizacional ou gerencial, os quais pressionam a	Os determinantes da inovação foram investigados mediante a identificação dos fatores externos e internos à ESF considerados pelos entrevistados como influentes na

	existência da inovação na Estratégia Saúde da Família e/ou influenciam o seu sucesso ao longo do seu desenvolvimento e implementação (ISIDRO-FILHO, 2017; SOUSA; BRUNO-FARIA, 2013; KOCH; HAUKNES, 2005).	dinâmica da inovação, a partir dos determinantes pré-definidos nesta pesquisa. Além disso, buscou-se verificar se há relação entre alguns desses determinantes para que a inovação ocorra na ESF.
Resultados da inovação	Os efeitos da inovação na Estratégia Saúde da Família após ser implementada, em termos sociais, gerenciais ou assistenciais (FLEURY, 2014; VRIES; BEKKERS; TUMMERS, 2016).	A partir das entrevistas, dos documentos e da observação sistemática direta foram identificados quais os efeitos da inovação no que diz respeito aos aspectos sociais, gerenciais e assistenciais. Também foi investigado se há a realização de avaliação do resultado da inovação e como está é feita, inclusive se leva em consideração a percepção do usuário quanto aos benefícios da inovação.
Barreiras da inovação	Fatores que impõem obstáculos à inovação na Estratégia Saúde da Família ao longo do seu desenvolvimento e implementação (ISIDRO-FILHO, 2017; KOCH; HAUKNES, 2005).	Assim como os determinantes da inovação, as barreiras da inovação foram investigadas por meio da identificação dos fatores externos e internos à ESF considerados pelos entrevistados como dificultadores do processo de inovação, os quais se apresentam também pré-determinados neste estudo.

Fonte: Elaboração própria (2020)

A partir dessas definições, pode-se ter uma dimensão dos termos e assuntos centrais para esta pesquisa.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise dos dados corresponde à apuração de sentido e significado das informações colhidas (CRESWELL, 2010). Após a transcrição das entrevistas e grupos focais, leitura e releitura das informações coletadas, além da inclusão das percepções oriundas das observações diretas e dos dados referentes às fontes secundárias, a análise dos dados foi realizada de modo que as informações relativas à cada dimensão da dinâmica da inovação da ESF do município fosse confrontada com os pressupostos presentes na literatura.

À luz da teoria adaptativa, a análise de dados ocorreu em dois momentos: primeiro, com a descrição dos dados emergentes e confronto com a teoria geral, a teoria substantiva e os dados existentes (ver Quadro 5); e, segundo, com a verificação das categorias e relação entre os dados, resultando na teorização para elaboração de um *framework* explicativo do fenômeno investigado (LAYDER, 1998).

Os dois momentos da análise de dados utilizaram a técnica de análise de conteúdo, que consiste no esforço de dar sentido e significado, a partir de procedimentos sistematizados e objetivos de descrição, ao conteúdo das mensagens proferidas pelos participantes, de modo a

identificar o que está sendo dito a respeito das temáticas que envolvem a pesquisa (BARDIN, 2011; CAREGNATO; MUTTI, 2006; PATTON, 2002).

Assim, a análise de conteúdo foi empregada seguindo as etapas de pré-análise (preparação e leitura do material); exploração do material (codificação e categorização); e, tratamento dos resultados e interpretações (inferência e interpretação) (BARDIN, 2011). Os passos que foram utilizados para a análise de conteúdo estão descritos no Quadro 10.

Quadro 10 - Passos para a análise de conteúdo dos dados

PASSOS	O QUE FOI FEITO
Passo 1: organização do material	Transcrição na íntegra das entrevistas e dos dados obtidos com o grupo focal, incluindo as perguntas que foram alteradas em razão do contexto específico das entrevistas.
Passo 2: leitura das transcrições	Leituras de todas as transcrições, procurando evidenciar padrões nas falas dos entrevistados.
Passo 3: agrupamento do material por temas	Separação das falas por segmentos de texto específicos, com auxílio do <i>software</i> ATLAS.ti.
Passo 4: organização do material codificado	Os temas contendo as falas agrupadas foram organizados de modo a montar uma sequência descritiva lógica.
Passo 5: descrição dos temas	Os temas, uma vez organizados, foram descritos, buscando interconectá-los com as falas dos participantes.
Passo 6: interpretação e extração de significado	Os dados foram interpretados com base na literatura, assim como nas observações e documentos analisados, com a finalidade de compreender os significados para o entendimento do tema, bem como para a adaptação teórica do <i>framework</i> proposto.

Fonte: Adaptado de Creswell (2010) e Teza et al. (2013)

Para identificar as conexões, códigos e categorias existentes nas transcrições das entrevistas e grupos focais, foi feito o uso do *software* ATLAS.ti, versão 8. A escolha desse *software* entre outros que são disponíveis para a análise de dados qualitativos se deve ao fato de que sua utilização é tida como satisfatória para viabilizar a aplicação da teoria adaptativa, e, consequentemente, para a construção teórica originada da pesquisa (LEITE; MORAES; SALAZAR, 2016).

A utilização do ATLAS.ti permitiu a facilitação da busca, categorização, organização e registro das interpretações, tendo em vista o volume de dados coletados. Além disso, possibilitou o auxílio para o uso e a aplicação da técnica de análise de conteúdo, em que os códigos e as categorias, por meio do critério semântico, agruparam os achados de acordo com sua similaridade de significados, favorecendo as comparações para melhor tratamento dos resultados.

Isso porque o *software* ATLAS.ti é norteado por quatro princípios: a) visualização, permitindo o gerenciamento da complexidade do processo de análise; b) integração, tendo um único projeto construído para a análise, a unidade hermenêutica; c) casualidade, promovendo a descoberta e os *insights* casualmente; e, d) exploração, pela interação entre os diferentes elementos constitutivos do programa (BANDEIRA-DE-MELLO, 2006). Os principais elementos constitutivos do ATLAS.ti e utilizados nesta pesquisa são apresentados no Quadro 11.

Quadro 11 - Principais elementos constitutivos do ATLAS.ti

ELEMENTOS	DESCRIÇÃO
Unidade Hermenêutica (<i>Hermeneutic unit</i>)	Reúne todos os dados e os demais elementos. Assim, foi utilizada uma unidade hermenêutica na pesquisa.
Documentos primários (<i>Primary documents</i>)	São os dados primários coletados. Nesta pesquisa, os dados primários analisados por meio do ATLAS.ti corresponderam às transcrições das entrevistas, dos grupos focais e às notas de campo.
Citações (<i>Quotes/quotation</i>)	São segmentos de dados, como trechos relevantes das entrevistas que indicam a ocorrência de código. Desse modo, todos os documentos das entrevistas e dos grupos focais foram lidos e revisados para a marcação das citações mais importantes correspondentes a cada código da pesquisa.
Códigos (<i>Codes</i>)	São os conceitos ou categorias gerados pelas interpretações. Após a codificação de todas as citações da unidade hermenêutica, todos os códigos da pesquisa foram agrupados em grupos de códigos (categorias) que nortearam a análise dos dados.
Notas (<i>Memos</i>)	Descrevem o histórico da pesquisa. Registram as interpretações do pesquisador, seus <i>insights</i> ao longo do processo de análise. As notas foram aqui utilizadas principalmente como suporte para o processo reflexivo requerido pela abordagem da teoria adaptativa.
Esquemas gráficos (<i>Netview</i>)	São representações gráficas das associações entre códigos. Serviram para gerar figuras ilustrativas da rede entre atores, processo de inovação e determinantes, e da relação entre os resultados da inovação. Além disso, também foram geradas nuvens de palavras representativas dos termos mais mencionados pelos participantes da pesquisa a respeito de cada uma das categorias de análise.
Comentários (<i>Comment</i>)	Todos os elementos constitutivos podem ter comentários. Foi utilizado para registrar informações sobre seus significados, bem como registrar o histórico da importância do elemento para a teoria em desenvolvimento.

Fonte: Adaptado de Bandeira-de-Mello (2006).

Nessa perspectiva, os códigos foram inseridos no *software* ATLAS.ti considerando os aspectos de proximidade para agrupamento em uma mesma categoria, totalizando 44 códigos. É importante destacar que a categorização pode ocorrer antes (apriorística) ou depois do trabalho de campo (não apriorística) (BARDIN, 2011). Nesta pesquisa, as categorias de análise foram definidas antes da coleta dos dados, com base nos objetivos específicos e no referencial teórico. Assim, foram estabelecidas cinco categorias para esse estudo: 1) Inovação; 2) Determinantes da Inovação; 3) Barreiras da inovação; 4) Atores da inovação; e, 5) Resultados da inovação. O Quadro 12 sintetiza as categorias de análise com seus respectivos códigos.

Quadro 12 - Categorias e códigos de análise

CATEGORIAS	CÓDIGOS
Inovação	Ação Inovativa; Processo de Inovação; Difusão da Inovação.
Determinantes da Inovação	Elementos Sociais e Políticos: desenvolvimento tecnológico; Elementos Sociais e Políticos: atendimento a req. de programas governamentais; Elementos Sociais e Políticos: características sociodemográficas e econômicas; Elementos Sociais e Políticos: desenvolvimentos sociais; Elementos Sociais e Políticos: necessidades dos usuários; Elementos Sociais e Políticos: opinião popular; Elementos Sociais e Políticos: reconhecimento da população; Elementos do Ambiente Organizacional: ambiente e clima organizacional; Elementos do Ambiente Organizacional: estrutura de tomada de decisão; Elementos Gerenciais: apoio dos gestores; Elementos Gerenciais: atenção para as opiniões da equipe; Elementos Gerenciais: características do gestor; Elementos Gerenciais: entender a demanda do público; Elementos Gerenciais: trabalho em equipe; Elementos Gerenciais: uso de sistema de informação gerencial; Elemento Humano: desenvolvimento de pessoas e competências; Elemento Humano: experiência entre os empregados; Elemento Humano: <i>feedback</i> dos gestores; Elemento Humano: motivação para melhorar o desempenho; Elemento Humano: valores e ambição dos servidores públicos; Recursos: colaboração com outras instituições; Recursos: financiamento para o desenvolvimento.
Barreiras da Inovação	Limitações Sociais e Políticas: alternância de gestores públicos; Limitações Sociais e Políticas: resistência pública à mudança; Limitações Sociais e Políticas: regras de concessão para incentivo financeiro; Limitações Sociais e Políticas: valores políticos; Limitações do Ambiente Organizacional: resistência cultural à mudança; Limitação Gerencial: imposição da inovação; Limitação Gerencial: ritmo e escala de mudança; Limitação Humana: diferenciação dos vínculos de trabalho; Limitação Humana: conflito entre classes profissionais; Limitação Humana: treinamento inadequado; Limitação de Recursos.
Atores da Inovação	Pessoas Físicas, Pessoas Jurídicas, Pessoas Políticas, Parceria.
Resultados da Inovação	Resultados Sociais; Resultados Assistenciais; Resultados Gerenciais; Avaliação dos Resultados da Inovação.

Fonte: Elaboração própria (2020)

Como a teoria adaptativa requer a manutenção de um registro do processo reflexivo ao longo do estudo, o qual é utilizado para a formulação teórica (HEWEGE; PERERA, 2013; VAN GRAMBERG, 2008; LAYDER, 1998), esse processo foi realizado por meio do registro de notas (*memos*) (VAN GRAMBERG, 2008) no *software* ATLAS.ti, com o objetivo de anotar as ideias e interpretações que surgiram durante a análise dos dados, os quais serviram de referência para os *insights* teóricos. O Apêndice H contém uma apresentação de relatório de *memo* oriundo do *software* ATLAS.ti. Deve-se considerar que se trata de um recorte ilustrativo, a fim de não prejudicar a extensão do documento da pesquisa.

Tão importante quanto verificar como os procedimentos para análise de dados foram utilizados é identificar também os critérios de confiabilidade e validade adotados no estudo, o que é explicado na próxima seção.

3.5.1 Confiabilidade e Validade

Na pesquisa qualitativa é necessária a apresentação, com o máximo de exatidão possível, de como a pesquisa foi desenvolvida e analisada, possibilitando a validade dos resultados (LAPERRIÈRE, 2012). Para garantir a confiabilidade e a validade desta pesquisa foram utilizados os critérios estabelecidos por Paiva Júnior, Leão e Mello (2011).

A confiabilidade e a validade de uma pesquisa estão relacionadas à conceitualização do estudo e ao modo pelo qual os dados são coletados, analisados e interpretados, bem como a maneira em que os resultados são apresentados (MERRIAM, 2009).

Entre os critérios para alcançar a validade e confiabilidade estão:

- a) a utilização de fonte de dados diferentes, a partir de entrevistas semiestruturadas, grupos focais, observação direta e análise de informações secundárias (triangulação);
- b) a saturação de respostas satisfatórias aos objetivos do estudo;
- c) transparência e detalhamento da exposição dos procedimentos metodológicos de busca e análise dos dados;
- d) o *feedback* e concordância dos informantes em relação à transcrição dos dados;
- e) a descoberta de evidências inspiradoras a novas formas de pensamento sobre o tema; e,
- f) o confronto dos dados coletados com o arcabouço teórico, de forma a inspirar reflexões, limitações e sugestões para novas pesquisas (PAIVA JÚNIOR; SOUZA-LEÃO; MELLO, 2011).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentadas as análises dos dados relativos às características e contexto do caso estudado. A seção seguinte aborda a descrição das inovações empreendidas na Estratégia Saúde da Família do caso analisado, incluindo a discussão sobre o processo de desenvolvimento e implementação dessas inovações. Em seguida, apresenta-se os determinantes da inovação nessa ESF. A quarta seção é destinada a descrever o papel dos atores envolvidos na dinâmica de inovação na ESF e demonstra-se a relação entre esses atores. Por fim, são evidenciados os resultados da inovação na ESF do caso analisado.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CASO ESTUDADO

O município de Campina Grande está localizado no Planalto da Borborema do Agreste do estado da Paraíba, região nordeste do país, e é a segunda cidade mais populosa do estado, com uma população estimada, conforme censo do IBGE (2019), de 409.731 pessoas. É também a sede da segunda macrorregião de saúde da Paraíba.

Os serviços da Estratégia Saúde da Família em Campina Grande são organizados de acordo com uma divisão territorial que compreende dez distritos sanitários, os quais contam com 109 equipes da ESF, sendo 98 presentes na zona urbana e 11 na zona rural, distribuídas em 81 unidades de saúde. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico em enfermagem, agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) e assistente social.

Cabe acrescentar que a cadeia de comando que liga a gestão municipal de saúde às equipes da ESF acontece da seguinte forma: no topo está a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, representada pela Direção de Atenção à Saúde; na sequência, reportam-se a ela as Gerências Distritais Sanitárias; e, na ponta, estão os profissionais de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde.

Desde o estabelecimento da ESF em Campina Grande (no ano de 1994, inicialmente no bairro do Pedregal) nota-se o seu potencial inovativo, ao se destacar, inclusive em âmbito nacional, em relação às suas iniciativas. A sua implementação ocorreu sem a parceria do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (inserido no município em 1995) e apresentou uma equipe com formação técnica especializada, e não com formação generalista, conforme previa as orientações do Ministério da Saúde. Se por um lado a ausência de ACS fez com que houvesse uma sobrecarga laboral para os profissionais das equipes da ESF, por outro,

possibilitou uma maior aproximação com a população, estabelecendo vínculo e conhecimento sobre a sua realidade, e, com isso, recebendo apoio desta para implementação da ESF (CARNEIRO, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Destaca-se também, nesse momento de inicialização da Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, a realização de parceria entre os profissionais das equipes da ESF com as universidades locais, com o intuito de proporcionar capacitação sobre os princípios do SUS, conhecimento essencial para os profissionais da saúde da família. Além disso, merece atenção o fato de a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande ter agregado, de forma pioneira no país, profissionais de Assistência Social às equipes da ESF, ainda que sem apoio financeiro do Ministério da Saúde, o que possibilitou o alcance de melhores resultados em termos de integralidade da atenção à saúde, da promoção da saúde e do controle social pela população adscrita (CARNEIRO, 2011).

Apesar de todos os desafios enfrentados para a implementação da ESF em Campina Grande, dos quais alguns ainda perduram na atualidade, principalmente os relacionados ao apoio político e financeiro para intensificação e avanço da Estratégia Saúde da Família no município, muitos resultados foram alcançados e melhoraram os indicadores de saúde, tal como a diminuição dos índices de mortalidade infantil, materna, de adulto e de idosos.

Mais que criar suas próprias estratégias para solucionar os problemas em saúde existentes, as equipes da ESF de Campina Grande continuamente buscam formas de tornar visível a importância dessa política pública para a população. Em 1998 o PSF do Mutirão foi reconhecido entre as 10 melhores experiências nacionais de combate à pobreza e à exclusão. A qualidade do desempenho dos profissionais da ESF do município também foi destacada em 1999 com o recebimento do Prêmio Saúde Brasil da I Mostra Nacional de Produção da Saúde da Família e em 2008 na III Mostra Nacional de Produção da Saúde da Família (CARNEIRO, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Recentemente, entre os anos 2015 a 2017, a ESF de Campina Grande também teve experiências inovadoras exitosas divulgadas no catálogo da “Mostra Brasil aqui tem SUS” (CONASEMS, 2019). Diante desse contexto, apresenta-se na seção seguinte as inovações presentes identificadas na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande.

4.2 INOVAÇÕES DESENVOLVIDAS PELA ESF DE CAMPINA GRANDE

Conforme identificado, historicamente a Estratégia Saúde da Família de Campina Grande se dedica a desenvolver e implementar ações inovativas que visem solucionar os

documentos coletados (publicação de aviso de licitação, resultado da licitação no Diário Oficial do Estado da Paraíba e *case* da empresa de tecnologia contratada).

A Assessora da Direção de Atenção à Saúde explicou como funciona o PEC:

[...] se eu moro em uma área e estou cadastrada, quando eu venho na unidade eu já vou ser identificada, que eu sou aquela pessoa e todas as minhas informações vão estar contidas ali. O processo foi todo informatizado aqui, então médico, enfermeira, dentista no trabalho tem seu *notebook* para atender e vai saber essa história de vida dos seus usuários. (E1)

Dessa maneira, todo o histórico de atendimento do usuário pela Unidade Básica de Saúde a que pertence (ou seja, pela qual está coberto, devido ao local de sua residência) fica registrado no sistema PEC, substituindo as fichas de prontuário em papel. Isso pôde ser constatado por meio de observação do uso do sistema em funcionamento (Apêndice G) em relação à análise da documentação da ficha de prontuário (Anexo C). Além disso, esses dados são compartilhados em tempo real com o Ministério da Saúde e com as demais UBSs do município. Assim, caso o usuário tenha a necessidade de utilizar serviços de saúde em uma outra UBS, e até mesmo fora da Estratégia Saúde da Família, os profissionais de saúde dessa unidade terão acesso aos dados de atendimentos anteriores do usuário.

A base para o atendimento do usuário por meio do PEC é o Cartão Nacional do SUS. Tudo começa com o cadastro do usuário, mediante o uso de um *tablet* com acesso ao *software* PEC, pelos Agentes Comunitários de Saúde, em domicílio ou quando esses estão na UBS em que trabalham. Antes esses profissionais iam até as residências dos usuários, munidos de fichas de papel (conforme pode ser visualizado no Anexo C), e cadastravam as famílias, ou seja, a quantidade de residentes em um domicílio como uma família, conforme relata uma das Agentes Comunitárias de Saúde da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio do grupo focal:

Antigamente a gente cadastrava a casa, o domicílio. Aí a gente fazia a contagem por casa, que a gente diz a família. Tivesse 10 pessoas eram consideradas como uma família. Aí com a mudança do PEC agora, como é tudo pelo cartão do SUS, aí a gente está cadastrando a pessoa. Aí antigamente a gente tinha a meta de 160 famílias. Hoje não é mais. Hoje a gente tem que ter no mínimo 700 pessoas. E em uma casa de 10 pessoas, a gente tem que é um domicílio, mas ali tem 10, conta para a gente como 10 cadastros de pessoas (GF1AC2)

Deste modo, é preciso atentar que apesar da mudança na forma de se fazer o cadastro do usuário, não se pode dizer que a adoção do Prontuário Eletrônico do Cidadão pelo município direcionou ao abandono da política Estratégia Saúde da Família, pois há o esforço dos profissionais de saúde em contextualizar, de acordo com as referências sociais, de trabalho e da

localidade de moradia, as demandas e necessidades de cada usuário, o que corresponde aos preceitos da ESF, conforme Brito, Mendes e Santos Neto (2018), Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016) e Soratto et al. (2015).

Após a implantação do PEC, a empresa responsável pelo seu desenvolvimento realizou, nas dependências de uma faculdade particular da cidade, um curso de capacitação para os profissionais envolvidos em sua utilização. Foram 76 médicos, 115 enfermeiras, 94 técnicos de enfermagem, 82 dentistas e auxiliares em saúde bucal, 95 recepcionistas e 600 agentes comunitários de saúde, conforme dados obtidos em *case* da empresa de tecnologia contratada, o que proporcionou melhor adesão e funcionalidade do sistema. É necessário destacar que tal ação de capacitação é relevante tendo em vista que é uma forma de influenciar a inovação nos governos locais, de acordo com o CNM (2016a) e WALKER (2006), além de representar um atributo que reflete a capacidade de inovação de uma organização pública, em conformidade com a OCDE (2015).

O que faz com que a adoção do PEC seja uma inovação para a ESF em Campina Grande é o fato de que rompe com as práticas do passado, uma das características que define a inovação no setor público, conforme a definição estabelecida neste estudo, e segundo Cavalcante, Cunha (2017), Kattel (2015), Comunidade Europeia (2013) e Osborne, Brown (2011), levando as UBSs a um novo padrão de funcionamento em termos operacionais, de gestão, de processo e de atendimento à sociedade, atributos da inovação no setor público, levando a um impacto de valor público. Outrossim, a utilização dessa tecnologia tem objetivos de longo prazo no que se refere à eficiência e aos custos para a unidade de saúde que a adota, atributo mencionado por Costa (2016) e Omachonu e Einspruch (2010), que caracteriza uma inovação em saúde pública.

Nesse sentido, trata-se de uma mudança no processo de produção e fornecimento dos serviços de saúde da ESF, com o auxílio de tecnologia da informação, sendo, assim, uma inovação de processo, conforme Halvorsen et al. (2005), Bloch (2011), Hughes, Moore e Kataria (2011) e Wu et al. (2013). Além disso, a utilização do PEC introduz novos métodos de trabalho, já que a forma de se cadastrar e atender ao usuário nas UBSs foi alterada, fazendo com que seja também uma inovação organizacional, de acordo com Halvorsen et al. (2005), Bekkers, Van Duivenboden e Thaens (2006), Windrum e Koch (2008), Bloch (2011) e Hughes, Moore e Kataria (2011).

Agregado ao PEC está o **Sistema Nacional de Regulação (SISREG)**. Por meio desse *software*, desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e disponibilizado pelo Ministério da Saúde, fica registrado o histórico de consultas e exames especializados do usuário.

Três módulos compõem o sistema, incluindo desde a rede básica (Atenção Primária à Saúde e, conseqüentemente, Estratégia Saúde da Família) até a internação hospitalar: Ambulatorial (marcação de consultas e exames especializados); Internação Hospitalar; e, Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC). Com o SISREG, a ESF de Campina Grande pode utilizar esta ferramenta para uma melhor ordenação e organização do acesso dos usuários aos serviços especializados, conforme explicou a Gerente do Distrito Sanitário V: “[...] SISREG, que é o Sistema de Regulação, que a gente tem hoje, que todos os exames são agendados através do próprio *notebook* de cada profissional dentro da equipe de saúde tem (E4)”

Nesse sentido, o SISREG proporcionou uma mudança permanente no processo de marcação de consultas e exames especializados, o que corresponde a uma inovação no setor público, conforme a definição estabelecida neste estudo, e de acordo com Cavalcante, Cunha e (2017), Kattel (2015), Comunidade Europeia (2013) e Osborne e Brown, (2011). Representa, ainda, um aperfeiçoamento da qualidade e dos custos do processo produtivo e administrativo para a unidade de saúde que a adota, o que é uma ação própria da inovação em saúde pública, segundo Costa (2016) e Omachonu e Einspruch (2010).

O SISREG caracteriza-se como uma inovação de processo, em conformidade com Halvorsen et al. (2005), Bloch (2011), Hughes, Moore e Kataria (2011) e Wu et al. (2013), uma vez que estabelece um novo método para a produção e fornecimento de serviços, e também como uma inovação organizacional, de acordo com Halvorsen et al. (2005), Bekkers, Van Duivenboden e Thaens (2006), Windrum e Koch (2008), Bloch (2011) e Hughes, Moore e Kataria (2011), já que representa um novo método e técnica de gestão, e um novo método de trabalho.

Outra inovação mencionada pelos participantes da pesquisa e que tem abrangência de utilização municipal foi o **Acesso Avançado**, que é um método de organização da agenda de atendimento, com o intuito de prover e ampliar o acesso dos usuários à Atenção Primária à Saúde de forma mais ágil no momento de sua necessidade ou escolha. A Gerente do Distrito Sanitário V explicou sobre o seu funcionamento:

O Acesso Avançado também eu vejo como uma inovação [...] Isso é uma coisa que a gente está tentando implementar em Campina, porque amplia o acesso. Antes a gente tinha aquelas filas de espera, agendava para de hoje a quinze, e às vezes o usuário nem ia mais naquela semana, porque a demanda dele é uma demanda para aquele dia. Então o Acesso Avançado é exatamente para tentar atender a demanda de hoje, hoje, né. (E4)

Esse método de trabalho faz com que a lógica da prestação de serviço de saúde na ESF aos usuários seja invertida: antes os atendimentos eram agendados para datas futuras, inclusive destinando períodos reservados a grupos de usuários predominantes (hipertensos, diabéticos ou tabagistas), o que provocava demora e até mesmo ausência de atendimento. Com o Acesso Avançado a agenda de atendimento permanece aberta e os horários são preenchidos de acordo com a demanda diária, com exceção de alguns serviços que, pela sua natureza ou por uma escolha acordada entre o paciente e o profissional de saúde, necessitam de agendamento futuro, como esclarece a Gerente do Distrito Sanitário IX:

Antigamente era por agenda. Aí o que é que causava? Muita fila de espera. Tem uma quantidade x de fichas, por exemplo. Geralmente se marcava na segunda-feira para o resto da semana. [...] a lógica era, exemplo: no PEC eram agendados seis pacientes e duas intercorrências que vinham a aparecer. Na ideia do Acesso Avançado é ao contrário. É você agendar os dois pacientes e seis pacientes serem demanda livre. Entende? Lógico que não vai dar para fazer isso com todos os serviços. Exemplo, pré-natal. Você vai ter que agendar o pré-natal. [...] Então assim, a ideia do Acesso Avançado é ao contrário do agendamento. Existe o agendamento para alguns (serviços). Mas assim, a ideia não é aquela coisa de ficha, de só aquele paciente que tem condição de esperar, de chegar cedo, de pegar ficha, que vai ser atendido. E aquele outro que talvez nem possa chegar cedo, porque trabalha, por n motivos, ele vai ter acesso também. Então a ideia é essa. E algumas unidades utilizam também horário noturno para dar acesso às pessoas que trabalham ou algum final de semana (E3)

Cabe ressaltar que não se deve confundir acessibilidade com acesso. Acessibilidade significa a oferta de serviços em saúde aos usuários e a capacidade da unidade de saúde em alcançá-los. Já acesso corresponde a não restrição à entrada dos usuários nos serviços de saúde, ou seja, que estes têm a garantia de serem ouvidos, de serem acolhidos pela ESF, pelo sistema de saúde, conforme Pires Filho, et al. (2019). A Assessora da Direção de Atenção à Saúde ressaltou a representatividade da implementação do Acesso Avançado para a garantia de entrada no sistema de saúde pelos usuários:

Eles (usuários) não estão marcados, não estão agendados, mas ele chega na unidade de saúde e vai ser escutado pelos profissionais [...]. Então ele vai ser escutado, qual é a queixa dele. E aí, a partir dessa queixa você vai vinculando àqueles profissionais. Então, se a equipe começa a trabalhar com esse formato, eles (usuários) vão entender que ele pode ir qualquer dia e vai ser atendido. [...] Não significa dizer que todos vão ser atendidos naquele dia. Eles estão sendo atendidos, porque estão sendo escutados (E1).

O Acesso Avançado representa, assim, uma forma de mudança no padrão de funcionamento das UBSs em termos operacionais, de gestão, de processo e de atendimento à sociedade, o que é reflexo da inovação no setor público, conforme a definição estabelecida neste estudo, e em consonância com Cavalcante e Cunha (2017), Kattel (2015), Comunidade

Europeia (2013) e Osborne e Brown (2011). Além disso, refere-se a um ganho de eficiência e qualidade na produção, organização e prestação dos serviços de saúde, de acordo com Costa (2016) e Omachonu e Einspruch (2010), o que caracteriza o Acesso Avançado também como uma inovação em saúde pública.

Pode-se classificar o Acesso Avançado como uma inovação do tipo organizacional, segundo Halvorsen et al. (2005), Bekkers, Van Duivenboden e Thaens (2006), Windrum e Koch (2008), Bloch (2011) e Hughes, Moore e Kataria (2011), uma vez que introduz um novo método de gestão e de trabalho. Igualmente, é uma inovação do tipo processo, conforme Halvorsen et al. (2005), Bloch (2011), Hughes, Moore e Kataria (2011) e Wu et al. (2013), tendo em vista que corresponde a um novo método para a produção e fornecimento de serviços de saúde nas UBSs, e, ainda, a uma inovação do tipo prestação de serviço, de acordo com Windrum e Koch (2008), já que envolve uma nova maneira de entregar serviços de saúde aos usuários.

Apresenta-se também como uma inovação na ESF de Campina Grande, que contempla as características da inovação no setor público definidas neste estudo (novidade funcional que provoca uma mudança transformadora e durável, produzindo resultados significativos para as operações e gestão do setor público, para os elementos de processo e entrega dos serviços públicos e/ou para a sociedade, levando a um impacto de valor público), a **criação de Unidade de Saúde da Família (USF Professora Odete Leandro)** no Campus da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) do município, visando atender, em parceria com a instituição de ensino, moradores de uma área até então descoberta pela ESF da cidade, conforme relatado pela Diretora de Atenção à Saúde em uma reportagem realizada por um jornal local do estado da Paraíba:

Essa era uma área descoberta, que atendíamos no Centro de Saúde da Bela Vista ou com as equipes itinerantes. Nós tínhamos a dificuldade de encontrar casa adequada na localidade para implantar uma unidade. Foi então que surgiu a proposta em parceria com a UEPB, em que a unidade funciona na clínica de enfermagem da universidade (E2).

A instalação dessa USF traz consigo um modelo de gestão inovador da ESF, pois dela fazem parte não somente os profissionais de saúde da prefeitura municipal, como também os profissionais de saúde da universidade, bem como conta com estágio dos estudantes na unidade. Nas palavras da Assessora da Direção de Atenção à Saúde: “Tem sido uma experiência fantástica entre a instituição de ensino/gestão/profissionais de saúde. Uma interlocução entre os diversos saberes.” (E1)

Dessa forma, esta é uma inovação do tipo organizacional, conforme Halvorsen et al. (2005), Bekkers, Van Duivenboden e Thaens (2006), Windrum e Koch (2008), Bloch (2011) e Hughes, Moore e Kataria (2011), já que cria nova forma organizacional e introduz um novo método de gestão, além de ser uma inovação colaborativa, de acordo com Wu et al. (2013), pois envolve parceria (com a UEPB) no processo de gerenciamento e prestação de serviços de saúde no âmbito da ESF de Campina Grande.

Outra inovação do tipo organizacional, de acordo com o que explicam Halvorsen et al. (2005), Bekkers, Van Duivenboden e Thaens (2006), Windrum e Koch (2008), Bloch (2011) e Hughes, Moore e Kataria (2011), foi o **HiperDia**, ação inovativa identificada na UBS Ronaldo Cunha Lima. O HiperDia é um programa do Ministério da Saúde, cujo objetivo é de cadastrar, por meio de um sistema informatizado nacional, e realizar a classificação de risco de usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, com base em dados clínicos e laboratoriais. Com isso, é possível identificar a prioridade no atendimento dos usuários que possuem mais riscos cardiovasculares.

Assim, o HiperDia é uma inovação organizacional porque insere um novo método de organização do trabalho na UBS que o utiliza, bem como se constitui como uma inovação do tipo processo, segundo Halvorsen et al. (2005), Bloch (2011), Hughes, Moore e Kataria (2011) e Wu et al. (2013), uma vez que altera a forma em que os serviços de saúde são produzidos e fornecidos para os usuários hipertensos e diabéticos. Ressalta-se que apesar de já haver a utilização desse programa em outras UBSs do município, ainda não era realizado na UBS Ronaldo Cunha Lima, sendo, portanto, uma inovação para essa unidade de saúde.

No que se refere à inovação do tipo prestação de serviço, segundo explicam Windrum e Koch (2008), aquela que está voltada para maneiras novas ou alteradas de entregar serviços de saúde aos usuários, ou de outra forma interagir com eles, é possível evidenciar ações inovativas estabelecidas por algumas UBSs do município. Uma delas é o **Saúde na Hora**, uma inovação que atende aos requisitos que definem a inovação no setor público, conforme o conceito estabelecido neste estudo. O município de Campina Grande foi o primeiro no estado da Paraíba a aderir a esse programa, conforme dados de jornais locais. Trata-se de um programa do Ministério da Saúde, por meio do qual busca-se a ampliação do horário de atendimento nas unidades de saúde, que passam a funcionar sem intervalo de almoço, em horário noturno e, complementarmente, nos finais de semana.

Para aderir ao Saúde na Hora (programa que recebe incentivo financeiro para sua adesão pelos municípios) é preciso que a unidade de saúde contemple alguns critérios, entre eles: possuir em um mesmo prédio no mínimo três equipes de Saúde da Família e três equipes de

saúde bucal; e, utilizar o sistema que repassa para a base de dados do Ministério da Saúde toda a produção diária (PEC).

O atendimento a esses critérios é uma das razões pela qual nem todas as UBSs do município aderiram ainda ao programa, estando em funcionamento atualmente, a partir de abril de 2019, na UBS Adriana Bezerra Carvalho, de acordo com o que relataram a Diretora de Atenção à Saúde e a Gerente do Distrito Sanitário IX. A Assessora da Direção de Atenção à Saúde explicou o seu funcionamento:

[...] é uma unidade que ela vai trabalhar um pouco diferente da Estratégia (Saúde da Família). Mas ela precisa de três equipes de Saúde da Família lá dentro. Só que o cronograma dela, eles vão se organizar em escalas. É uma unidade que não fecha. Tipo assim, ela começa 07h da manhã até 19h da noite. Ela também poderá atender aos sábados. [...] Essa unidade aberta com escala entre profissionais, [...] você pode não encontrar todos, [...], mas você vai encontrar o atendimento naquele horário. Aí poderia se perguntar o seguinte: ela vai atender toda Campina Grande? Qual seriam os outros serviços além do que o Estratégia (Saúde da Família) faz? Ele faz tudo que o Estratégia (Saúde da Família) faz e um pouco a mais. Seria assim, não é um UPA, mas é um serviço que você pode ir [...] Não é só aquele território. Ele tem um olhar mais amplo. Ele trabalha naquela área das três equipes, mas ele pode expandir isso para o atendimento pontual. Remete a isso. (E1).

Outras inovações do tipo prestação de serviço, de acordo com Windrum e Koch (2008), são a oferecida pela UBS Hindemburgo Nunes Figueiredo e pelas UBSs dos Distritos Sanitários VII e VIII: **Roda de Conversa com Doentes Mentais e Rainhas do Bosque**, respectivamente. Essas inovações, que provocam uma mudança transformadora e durável para os elementos de processo e entrega dos serviços públicos, levando a um impacto de valor público, conforme a definição de inovação no setor público estabelecida neste estudo, se aproximam em sua finalidade e correspondem a uma maneira alterada de entregar aos usuários os serviços relacionados à saúde mental.

A proposta dessa inovações é fazer com que os usuários que necessitam desse tipo de serviço sintam-se mais à vontade no processo de tratamento da saúde mental, compartilhando experiências e conhecimentos entre os próprios usuários e os profissionais de saúde, por meio de oficinas, técnicas e dinâmicas de grupo. A diferença é que no caso da Roda de Conversa com Doentes Mentais, realizada pela UBS Hindemburgo Nunes Figueiredo, não há separação de gênero entre os participantes. Homens e mulheres participam do processo. Já na proposta do Rainhas do Bosque, desenvolvido nos Distritos Sanitários VII e VIII, essa ação ocorre somente com mulheres. Sobre o grupo Rainhas do Bosque, a Gerente dos Distritos Sanitários VII, VIII e USF Professora Odete Leandro explica que:

Nós temos uma dificuldade muito grande em grupos de saúde mental. Primeiro porque tem questão do preconceito, [...] E aí o que é que acontece, lá como as unidades são nomes de pássaros, a gente mudou o nome do grupo para ver se os próprios usuários não ficavam com tanto preconceito, com tanto receio. Mas aí não deu certo. E aí o que é que acontece, a gente criou um grupo de mulheres voltado para essa questão da saúde mental. E aí o nome do grupo é Rainhas do Bosque [...] o grupo eu acho que já faz mais de dois anos. A gente já levou a tenda do conto. Já levou a tenda da beleza, [...] nesse dia tinham mulheres que nem se olhavam no espelho. Depois de cabelo ajeitado, unhas feitas, conseguiram se enxergar novamente (E6).

Nos Distritos Sanitários VII e VIII ainda se encontram outras inovações. Uma delas é a **Oficina Terapêutica para Cuidadores**. Essa ação inovativa corresponde às características da inovação em saúde pública, no que se refere à introdução de um novo serviço que vise melhorar o tratamento, diagnóstico e educação, produzindo benefícios significativos para indivíduos, grupos ou à comunidade em geral, e com objetivos de longo prazo, de acordo com Costa (2016) e Omachonu e Einspruch (2010).

Ela diz respeito ao estabelecimento de capacitação em módulos, nove no total, em que cada um deles traz uma abordagem diferente para cada classe de profissionais da saúde que integram a ESF, com o foco no atendimento às necessidades de serviços de saúde de usuários residentes na zona rural de Campina Grande. A Gerente dos Distritos Sanitários VII, VIII e USF Professora Odete Leandro esclareceu as características dessa ação inovativa:

Como lá é uma zona, em sua predominância, rural, [...] nós fizemos nove módulos. Cada módulo tem uma abordagem diferente. Uma com o médico, então ele vai levar uma temática. Outra com os enfermeiros, tipo, os cuidados sobre higiene pessoal. Com a fisioterapia trabalhando mudança de decúbito, posicionamento no leito. Por quê? Porque assim, a gente sabe que para o usuário vim de lá (área rural) para Campina, para passar por um serviço de fisioterapia, eles vão ter que gastar uma quantia considerável. Então assim, a gente levando o serviço até eles, é uma forma meio que de capacitar aquele cuidador e ele (usuário) de fato só buscar o serviço quando de fato ele estiver precisando (E6).

É importante ressaltar que essa capacitação foi realizada não só com os profissionais de saúde que integram as equipes de ESF do Distritos Sanitários VII e VIII, mas também profissionais que trabalham no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) participaram de um dos módulos da oficina sobre primeiros socorros e como se posicionar diante das ligações, assim como outros interessados que buscaram nessa oficina uma forma de ter conhecimento reconhecido (por meio do recebimento de certificado) para atuar como Cuidadores, conforme explicado pela Gerente dos Distritos Sanitários VII, VIII e USF Professora Odete Leandro: “[...] ao término, tanto eram cuidadores, como pessoas que tinham interesse em conseguir algum emprego nessa área. Então, com o certificado, nós tivemos pessoas que conseguiram emprego [...]” (E6).

Essa inovação caracteriza-se, então, como sendo uma inovação de serviço, conforme Halvorsen et al. (2005), Windrum e Koch (2008), Bloch (2011), Hughes, Moore e Kataria, (2011) e Wu et al. (2013), por ter proporcionado um serviço de capacitação a profissionais de saúde que integram as equipes de ESF e a outros interessados, e uma inovação de prestação de serviço, de acordo com Windrum e Koch (2008), já que houve uma maneira alterada de fornecer os serviços de saúde à população rural adscrita nos Distritos Sanitários VII e VIII.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), publicada em 2006, instituiu no SUS as **Práticas Integrativas** como uma abordagem de cuidado integral à população, por meio de recursos terapêuticos diversos, que podem ser incorporadas pelos municípios, se assim desejarem.

As práticas integrativas são realizadas pelas psicólogas, com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (que receberam capacitação com duração de seis meses, por meio de uma equipe da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)) em algumas unidades de saúde dos Distritos Sanitários VII e VIII e incluem: terapia comunitária, planejamento participativo, danças circulares, tenda do conto e psicomotricidade.

Na UBS Maria de Lourdes Leôncio, uma Prática Integrativa realizada é a “Molduras da Vida”, a qual foi adaptada da experiência da tenda do conto, e consiste em proporcionar uma forma diferente, mais humanizada, de serviço/acolhimento psíquico-social ao paciente. A Dentista UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio de grupo focal, explicou como essa Prática Integrativa funciona:

É uma terapia de escuta a partir de um objeto. Você traz um objeto que é significativo para você, e você, diante do grupo, é espontâneo. Só tem duas regras: fazer silêncio e “guardetismo” (segredo), para que fique ali mesmo, para que você não saia divulgando. Então a gente já fez aqui com a experiência do parto, com as futuras mães, o grupo de gestante, onde as pessoas contavam as (suas) experiências. Umas engraçadas, outras emocionantes, entende? Então dividia com o grupo. [...] tem toda uma decoração, tem todo um temário [...] (É) enxergar o paciente, assim, com um lado mais humano, no nosso caso, não enxergar só uma boca com dente, né? Pegar os problemas psíquico-sociais que eles também têm (GF1D).

As práticas integrativas podem, portanto, ser compreendidas como uma inovação de serviço, conforme Halvorsen et al. (2005), Windrum e Koch (2008), Bloch (2011), Hughes, Moore e Kataria, (2011) e Wu et al. (2013), realizada por algumas das unidades de saúde dos Distritos Sanitários VII e VIII e na UBS Maria de Lourdes Leôncio, pelo fato de proporcionar novos serviços aos usuários destas localidades, de forma durável e levando a um impacto de valor público, características inerentes à inovação no setor público, conforme a definição estabelecida neste estudo. Também são uma inovação do tipo prestação de serviço, segundo

Windrum e Koch (2008) pois se proporcionam uma forma diferente de ofertar serviços de saúde mental.

Nos Distritos Sanitários VII e VIII, há também outra inovação que foi realizada, em 2019, que foi a **Ação na Praça para Combate ao Mosquito *Aedes Aegypti***. Por haver um grande foco do mosquito nessas localidades, foi feita uma parceria com escolas públicas e particulares da localidade, junto com a Vigilância Sanitária e as equipes da ESF, para que os alunos e professores levassem para as praças cartazes expostos para a população com indicações de como combater o *Aedes Aegypti*.

Nesse sentido, essa é uma inovação do tipo comunicação, pois se trata de um novo método para influenciar o comportamento de indivíduos, conforme Hughes, Moore e Kataria (2011) e Bloch (2011), além de corresponder às características da inovação em saúde pública, no que se refere à introdução de um novo serviço que vise melhorar o tratamento, diagnóstico e educação, produzindo benefícios significativos para indivíduos, grupos ou à comunidade em geral, e com objetivos de longo prazo, de acordo com Costa (2016) e Omachonu e Einspruch (2010).

Nas UBSs dos Distritos Sanitários VI e IX (especificamente na UBS Maria de Lourdes Leôncio) foi identificada uma inovação de serviço, tal qual explicado por Halvorsen et al. (2005), Windrum e Koch (2008), Bloch (2011), Hughes, Moore e Kataria, (2011) e Wu et al. (2013), que é a **Troca de Sonda**. Conforme as Gerentes dos Distritos mencionados, as UBSs passaram a fornecer esse novo serviço aos usuários, que é realizado pelos enfermeiros das unidades de saúde, o que possibilita ao usuário o pronto atendimento de sua necessidade, sem que precise se dirigir a um hospital para receber esse serviço.

Na UBS Maria de Lourdes Leôncio foi possível constatar também outra inovação relacionada à prestação de serviços, de acordo com Windrum e Koch (2008): **1000 Dias**, que é um projeto que envolve o acompanhamento da mãe e do bebê pelos profissionais de saúde da UBS desde a gestação até os dois primeiros anos de nascimento da criança. Dessa maneira, representa uma forma diferente de prestar os serviços de saúde às gestantes que utilizam a UBS, correspondendo, assim, às características da inovação no setor público, conforme a definição estabelecida neste estudo.

Evidenciou-se, ainda, inovações de comunicação na UBS Maria de Lourdes Leôncio, pois estão relacionadas à implementação de um novo método de promover os serviços da UBS e de influenciar o comportamento de indivíduos, tal como explicam Hughes, Moore e Kataria, (2011) e Bloch (2011): **Projeto dos Idosos**, que se refere ao agendamento prévio de reuniões com os idosos da localidade para discussão e entrega de cartilha com orientações de saúde, das

quais participam os profissionais de saúde da unidade, como também convidados externos à UBS; e, **Cartilha de Vacinação do Bebê**, um projeto de orientação para as mães no sentido de informar quais e para que são as vacinas que devem ser tomadas pelo bebê, além de indicar quais são as doenças prevalentes nessa faixa etária.

Cabe ressaltar que a inovação Cartilha de Vacinação do Bebê converge para uma ação desenvolvida pela Prefeitura Municipal de Campina Grande, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Assistência Social e Esporte, Juventude e Lazer, e com o apoio da Comissão Intersetorial Pró-Selo UNICEF Edição 2017-2020, que é a 8ª Semana do Bebê, a qual visa priorizar os cuidados na primeira infância na agenda de políticas públicas de saúde municipal.

As duas inovações anteriormente citadas, Projeto dos Idosos e Cartilha de Vacinação do Bebê, correspondem às características da inovação em saúde pública, no que se refere à introdução de um novo serviço que vise melhorar o tratamento, diagnóstico, educação, divulgação e prevenção, produzindo benefícios significativos para indivíduos, grupos ou à comunidade em geral, e com objetivos de longo prazo, de acordo com Costa (2016) e Omachonu e Einspruch (2010).

Diante do exposto, o Quadro 13 apresenta um resumo das inovações que foram implementadas no âmbito da Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande.

Quadro 13 - Inovações na ESF de Campina Grande

INOVAÇÕES	TIPO(S) DE INOVAÇÃO	ABRANGÊNCIA
Adoção e utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)	Inovação de processo e Inovação organizacional	Todas as UBSs do município
Sistema Nacional de Regulação (SISREG)	Inovação de processo	Todas as UBSs do município
Acesso Avançado	Inovação organizacional, Inovação de processo e Inovação de prestação de serviço	Todas as UBSs do município
Criação de Unidade de Saúde da Família no Campus da UEPB	Inovação organizacional e Inovação colaborativa	USF Professora Odete Leandro
HiperDia	Inovação de processo e Inovação organizacional	UBS Ronaldo Cunha Lima
Saúde na Hora	Inovação de prestação de serviço	UBS Adriana Bezerra Carvalho
Roda de Conversa com Doentes Mentais	Inovação de prestação de serviço	UBS Hindemburgo Nunes Figueiredo
Projeto dos Idosos	Inovação de comunicação	UBS Maria de Lourdes Leôncio
Cartilha de Vacinação do Bebê	Inovação de comunicação	UBS Maria de Lourdes Leôncio
1000 Dias	Inovação de prestação de serviço	UBS Maria de Lourdes Leôncio
Troca de Sonda	Inovação de serviço	UBSs do Distritos Sanitários VI e IX (especificamente na

		UBS Maria de Lourdes Leôncio)
Práticas Integrativas	Inovação de serviço Inovação de prestação de serviço	Distritos Sanitários VII e VIII e UBS Maria de Lourdes Leôncio
Oficina Terapêutica para Cuidadores	Inovação de serviço e Inovação de prestação de serviço	Distritos Sanitários VII e VIII
Ação na Praça para Combate ao Mosquito <i>Aedes Aegypti</i>	Inovação de comunicação	Distritos Sanitários VII e VIII
Rainhas do Bosque (grupo de mulheres sobre saúde mental)	Inovação de prestação de serviço	Distritos Sanitários VII e VIII

Fonte: Elaboração própria (2020)

As inovações identificadas ocorrem em diferentes graus de intensidade. PEC, Criação de Unidade de Saúde da Família no Campus da UEPB, Troca de Sonda, Práticas Integrativas e Oficina Terapêutica para Cuidadores são ações inovativas que inseriram algo inédito na ESF de Campina Grande, caracterizando-se, assim, como inovações radicais, conforme Cavalcante, Cunha (2017), Brandão e Bruno-Faria (2017), APSII (2011) e Osborne e Brown (2005).

Já SISREG, Acesso Avançado, HiperDia, Saúde na Hora, Roda de Conversa com Doentes Mentais, Projeto dos Idosos, Cartilha de Vacinação do Bebê, 1000 Dias, Ação na Praça para Combate ao Mosquito *Aedes Aegypti* e Rainhas do Bosque são atividades inovativas que aperfeiçoaram práticas existentes na ESF do município, sendo, então, incrementais, de acordo com a consideração sobre o grau de novidade explicada pelos autores supracitados.

Percebe-se que, ainda que haja inovações que envolvam todo município de Campina Grande, outras se restringem às localidades em que são implementadas. Isso pode indicar que as inovações que ocorrem na Estratégia Saúde da Família têm surgimento dependente do contexto de cada localidade dentro do município.

Assim, cada UBS tem autonomia para criar e implementar novas ideias em sua localidade, visando atender às necessidades específicas dos usuários. De uma forma geral, os participantes da pesquisa relataram que o processo de inovação ocorre a partir do surgimento de ideias que são compartilhadas pelo grupo da equipe das ESFs em suas reuniões mensais ou quinzenais.

A Gerente dos Distritos Sanitários VII, VIII e USF Professora Odete Leandro exemplifica a prática comum de reuniões que é realizada pelas equipes da ESF e com a gerência distrital, e também entre as gerências distritais e a Direção de Atenção à Saúde municipal: “Geralmente a gente faz reunião quase no final do mês, já deixa reservado para isso. Por quê? Para a gente poder avaliar o que aconteceu ao longo do mês, o que a gente pode melhorar e as propostas, as programações, o cronograma organizado para o mês subsequente.” (E6).

Depois de serem debatidas entre as equipes das ESFs, com a liderança da enfermeira de cada equipe, e a gerência distrital, essas ideias são passadas para a aprovação da gestão municipal de saúde. É importante ressaltar que algumas vezes não é preciso a aprovação da gestão municipal antes que se inicie a implementação da inovação, o que depende da complexidade e da necessidade de se implementar a inovação. Caso a proposta de inovação seja algo simples e rápida de ser realizada, a própria gerência distrital pode aprovar a ideia de inovação e começar a implementá-la, conforme explicado pelas Gerentes dos Distritos Sanitários V e X. Sobre isso, a Gerente do Distrito Sanitário V esclareceu que:

Normalmente a equipe faz as reuniões mensais, porque nem sempre a gente está presente nessas reuniões que eles fazem de equipe. E aí eles discutem alguma demanda, [...] uma inovação, para que seja o usuário favorecido. E aí eles entram em contato conosco (gerência distrital de saúde). A gente, se achar que é alguma coisa que vai mexer demais com a estrutura, a gente entra em contato com a Diretora de Atenção à Saúde, para ver o que é que ela acha, e aí a gente já dispara. Não tem uma dificuldade tão grande não para que isso (inovação) aconteça (E4).

A Diretora de Atenção à Saúde relata que as ideias de inovação são originárias de várias fontes, e que são filtradas (avaliadas) para decidir quais devem ser colocadas em prática. Ela diz que a ideia de inovação: “Surge dos próprios profissionais da Atenção Básica. Surge da necessidade dos usuários. Surge das reclamações de melhorar o atendimento. E aí a gente faz essas avaliações e conversa com os profissionais para ver como a gente pode melhorar nesse atendimento.” (E2).

Sobre a difusão das inovações, foi relatado que as UBS do município utilizam diversos meios para fazer com que o usuário tome conhecimento das ações inovativas que são implementadas na ESF, como por exemplo, o uso de redes sociais, de divulgação em rádio, televisão, por meio de lideranças comunitárias, igrejas, escolas, estabelecimentos comerciais e os próprios ACSs. Duas das Agentes Comunitárias de Saúde da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio do grupo focal, explicam que:

[...] A gente vem (na UBS) e procura: tem alguma novidade? A gente procura saber quais são as vacinas que tem para poder a gente chegar lá [...] A gente tem que saber [...] atualiza aqui (na UBS) e passa para eles (usuários). Porque tem pessoas que moram distantes, aí vem, dão viagem perdida, aí ficam chateados [...] (GF1AC1).

Até porque o nosso serviço é esse. Orientação. Se a gente não tiver orientada, como é que a gente vai orientar? Aí a gente tem que buscar se abastecer aqui (na UBS) das orientações e levar para as famílias que a gente acompanha. A gente tem um percentual de famílias para acompanhar, que agora não são mais famílias, são pessoas, aí são 700 pessoas, para a gente acompanhar (GF1AC2).

Uma das ACSs da UBS Ronaldo Cunha Lima, por meio de grupo focal, acrescentou, ainda, que os usuários, ao ficarem satisfeitos com as ações inovativas, acabam informando sua experiência para outras pessoas, fazendo com que essas busquem a unidade de saúde: “[...] O que a gente percebe é que não é só a família (do usuário) que ficou satisfeita. Outros amigos vão vir hoje porque ele (usuário) disse que foi bem atendido. [...] Ele vem (usuário), se satisfaz tanto que repassou para os demais. Virou um agente multiplicador.” (GF2AC2).

O próprio PEC possibilita a divulgação das atividades inovativas que são realizadas pelas unidades de saúde, pois contém uma função para registro de atividades, as quais podem ser visualizadas pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Ministério da Saúde, conforme explicou a Enfermeira da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio do grupo focal:

[...] ele (registro de atividades) é feito agora diretamente no PEC, ou seja, [...] todas essas atividades que a gente desenvolve, [...] são registradas pelo PEC. E aí a própria Secretaria (Municipal de Saúde), o próprio Ministério da Saúde tem condições de visualizar quem está fazendo [...] então o PEC, ele ajudou muito nessa questão, porque antes era tudo manual. E acaba divulgando, né? Porque o Ministro da Saúde, ele tem acesso direto ao que a gente faz, o que é que a gente está desenvolvendo [...] (GF1E).

É relevante mencionar que algumas das inovações desenvolvidas no âmbito da ESF de Campina Grande foram levadas para a realidade de outras UBS da cidade, tal como o Projeto dos Idosos. A Enfermeira da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio do grupo focal, relatou que em contato com outras unidades de saúde, os médicos identificaram como significativa a forma como as informações sobre a saúde do idoso são divulgadas, replicando a ação em suas respectivas unidades:

[...] esse Projeto dos Idosos, como a gente tem reunião, pelos médicos serem do Mais Médicos, a gente tem reuniões com a supervisora deles. E aí, a gente apresentou, teve a oportunidade de apresentar esse trabalho. E aí, tem algumas unidades em que os médicos que se fizeram presentes acharam interessante, porque muita gente desconhece a Cartilha do Idoso. Porque às vezes a cartilha chega na unidade, mas ninguém tem nem (vontade) de ver o que é que tem na cartilha, né? Às vezes preenche e entrega. Não sabe nem o que é que tem. Enfim, não sabe o conteúdo dela. E aí tem outras unidades que já estão fazendo, aqui em Campina mesmo. [...] já teve médica que mandou mensagem: “Ah, estou reproduzindo, viu?” Mesmo que não seja tão detalhado como o nosso [...] (GF1E).

Outra inovação que serviu de exemplo para ser implementada em outros distritos sanitários diferentes de onde se originou foi a Oficina Terapêutica para Cuidadores, conforme explicado pela Gerente dos Distritos Sanitários VII, VIII e USF Professora Odete Leandro. Além disso, o caso da implementação do PEC serviu de exemplo para a adoção em outros municípios no estado da Paraíba. Depois de Campina Grande, o PEC passou a ser adotado nas

cidades de Queimadas e Patos, utilizando, inclusive a adesão ao processo licitatório realizado por Campina Grande, conforme indicam documentos licitatórios dos municípios mencionados.

Desse modo, é possível perceber que o processo de inovação realizado na ESF de Campina Grande se assemelha às atividades que são preconizadas na literatura como inerentes ao desenvolvimento, implementação e difusão da inovação no setor público: acessar novas ideias, selecionar e desenvolver as ideias, implementar a(s) inovação(ões), e, difundir a(s) inovação(ões), conforme Isidro-Filho (2017), Kattel et al. (2015), Hughes, Moore e Kataria (2011) e APSII (2011).

Um aspecto a ser destacado sobre o processo de inovação na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande é o fato de que há a ocorrência do que Aas, Jentoft e Vasstrom (2016) denominam de uma abordagem de “bricolagem” baseada em funcionários, uma vez que as ideias e até mesmo a implementação de inovações podem derivar de um movimento de baixo para cima, ou seja, impulsionadas pelos desafios diários, ideias e iniciativas dos profissionais da linha de frente.

Outro ponto relevante é a presença de um processo sistemático de inovação, ainda que Aas, Jentoft e Vasstrom (2016) indiquem que em organizações de serviços, como o serviço público aqui analisado, o processo de inovação possa ocorrer de forma assistemática. Isso porque a ESF do município se dedica a um processo contínuo e permanente de produção de inovações, não somente em momentos de crise que exigem mudanças.

O processo de inovação é permeado por fatores que podem conduzi-lo e facilitá-lo, assim como por barreiras que dificultam, atrasam, elevam os custos ou até mesmo impedem completamente a inovação, de acordo com Gomes e Machado (2018). Condutores e facilitadores são aqui conceituados como fatores determinantes da inovação, assunto abordado na próxima seção.

4.3 DETERMINANTES E BARREIRAS À INOVAÇÃO NA ESF DE CAMPINA GRANDE

Os determinantes da inovação são fatores que têm origem social, política, econômica, legal, tecnológica, organizacional ou gerencial, os quais pressionam a existência da inovação, ao mesmo tempo em que também representam os elementos que influem na capacidade da organização inovar. No caso analisado foi possível perceber a presença de 19 determinantes da inovação, entre os descritos no Quadro 3 e também identificados nos estudos incluídos no referencial teórico, além de outros três determinantes inéditos à literatura que emergiram no

contexto da pesquisa, totalizando vinte e dois determinantes da inovação na ESF de Campina Grande.

No que se refere à categoria dos elementos sociais e políticos, as **necessidades dos usuários**, apontado por Ab Rahman, Ismail e Rajiani (2018), é um forte determinante das inovações da ESF do município, sendo mencionado por todos os participantes da pesquisa. A respeito disso, a Enfermeira da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio de grupo focal, mencionou que: “[...] Eu acho que tem os dois lados, né? A necessidade da comunidade e a necessidade de inovação [...]” (GF1E). A Diretora de Atenção à Saúde acrescenta essa perspectiva, relatando que:

O principal motivador é a necessidade dos usuários. Inclusive até para abrir uma nova Unidade de Saúde da Família muitas vezes chega a partir dos usuários, o local que mora, a carência que tem, e aí muitas vezes a gente faz a avaliação e tenta resolver essa situação, dependendo da demanda, da melhor maneira possível (E2).

Aliado às necessidades do usuário, está o elemento **entender a demanda do público**, outro determinante mencionado por Ab Rahman, Ismail e Rajiani (2018). Isso porque não basta que existam externamente as necessidades dos usuários. É preciso que a Secretaria Municipal de Saúde, as gerências distritais sanitárias e os profissionais de saúde estejam atentos para compreender essas necessidades, além do contexto mais amplo que da sua existência, e engajados no propósito de atender satisfatoriamente a essas demandas.

A Gerente do Distrito Sanitário VI acrescentou que para entender a demanda do público é preciso conhecer o território de atuação da ESF, ou seja, a comunidade que circunda a localidade em que se encontra a UBS em que a equipe da ESF trabalha: “[...] não adianta você inovar de uma forma que às vezes acontece em outro distrito [...] cada território tem uma característica [...]” (E5). Nesse sentido, pode-se compreender que as **características sociodemográficas e econômicas da população** que é atendida em cada território influenciam na forma e no propósito para o qual as inovações são desenvolvidas, sendo essa um determinante encontrado no contexto do estudo.

As características sociodemográficas e econômicas da população são um determinante, pois para identificar as necessidades dos usuários é preciso conhecer quem são essas pessoas, como vivem, qual é o seu perfil social e econômico, a fim de melhor direcionar as inovações que possam atenuar os seus problemas.

Os **desenvolvimentos sociais (como crescimento populacional)** do município, descritos por Koch e Hauknes (2005), Halvorsen (2005) e Djellal e Gallouj (2008), também

suscitaram a necessidade de ações para garantir o acesso à população aos serviços de saúde proporcionados pela ESF, o que levou ao Acesso Avançado e ao Saúde na Hora, além da criação da Unidade de Saúde da Família no Campus da UEPB.

Ouvir a **opinião popular**, elemento apontado por Halvorsen (2005) e Gomes e Machado (2018), também é uma forma de fazer com que a inovação aconteça na ESF de Campina Grande. Os profissionais de saúde estão sempre atentos e buscam identificar as queixas e reclamações dos usuários para melhor atendê-los, inclusive disponibilizando um canal de ouvidoria em que podem realizar suas críticas. Sobre isso, a Gerente do Distrito Sanitário VI mencionou que: “[...] quando a gente começa a escutar o que eles (usuários) estão falando ali, tem como a gente, da fala deles, articular alguma coisa que favoreça ele, porque o nosso trabalho é favorecer ele. [...] Muitas vezes ele não sabe falar, não sabe se expressar, mas ele tem muito em que ajudar”. (E5).

Além disso, há o Conselho Municipal de Saúde, composto por representantes do governo local, dos profissionais da saúde, dos prestadores de serviço e dos usuários. Há ainda os Conselhos Locais de Saúde, compostos por profissionais da saúde, gestão local da unidade de saúde e pelos usuários da localidade, por meio dos quais a população é representada em seus bairros (pelas lideranças comunitárias) para levar aos gestores e dirigentes de saúde municipal suas necessidades e demandas. Ressalta-se, entretanto, que os Conselhos Locais de Saúde não têm tido uma representatividade tão importante quanto deveria ter, faltando engajamento dos usuários para participação em suas reuniões, conforme relatado pela Assessora da Direção de Atenção à Saúde e pelas Gerentes dos Distritos Sanitários V e VI.

A Diretora de Atenção à Saúde falou sobre isso ao ser questionada de onde surge a inovação na ESF do município: “Surge dos próprios profissionais da Atenção Básica. Surge da necessidade dos usuários. Surge das reclamações de melhorar o atendimento, e aí a gente faz as avaliações e conversa com os profissionais para ver como que a gente pode melhorar esse atendimento.” (E2).

A Assessora da Direção de Atenção à Saúde relatou que o **uso de sistema de informação gerencial**, determinante mencionado por Koch e Hauknes (2005) e Ferreira, et al. (2015), e o **desenvolvimento tecnológico e científico**, indicado por Koch e Hauknes (2005), Halvorsen (2005) e Cunningham (2005), por meio, principalmente, da adoção do PEC, associado ao **desenvolvimento de pessoas e competências**, determinante apontado por Cunningham (2005), Castro et al. (2017), Isidro-Filho (2017), Demircioglu e Audretsch (2017) e Gomes e Machado (2018), tem proporcionado ao município um ponto de partida para que haja outras iniciativas inovativas que tragam melhorias à ESF de Campina Grande:

Tem muitas estratégias por aí, espalhadas por Campina Grande que muitas vezes têm nos surpreendido. [...] eu acho que essa questão da informatização tem servido muito (bem) para a gente trazer várias reflexões para nós da gestão, para os profissionais. A gente tem discutido com eles e até mostrado que a gente precisa melhorar bastante, principalmente no tocante ao cadastro das famílias. [...] porque eu preciso conhecer minha população, ter um perfil muito bem desenhado para que a gente possa avançar nessa perspectiva. Essa semana está tendo uma capacitação, um *workshop* que o Parque Tecnológico está oferecendo e o ano passado já teve isso. Nós temos uma pessoa daqui que está participando. E Campina Grande, assim como outras cidades, tem investido muito nessa perspectiva das tecnologias da saúde. E eles chamaram algumas pessoas, de secretaria, no caso nós aqui, para participar e juntos discutirmos uma perspectiva de avançar mais nessa linha de tecnologias para a saúde. Então, assim, sempre a gente está aqui aberto para discutir isso, para avançar nessa perspectiva (E1).

É importante destacar dois pontos: primeiro, o fato de que a tecnologia da informação é considerada por Rosero et al. (2017) e Omachonu e Einspruch (2010) como um dos principais elementos que levam à inovação em saúde; e, segundo, que parte do desenvolvimento de pessoas e competências é devido a prática de educação permanente entre os profissionais de saúde, o que Nodari et al. (2019) consideram como essencial para que haja uma análise das condições organizacionais e das necessidades locais, a fim de levar ao desenvolvimento de atividades inovativas.

A educação permanente consiste em incorporar no cotidiano de trabalho das equipes a dedicação à aprendizagem vivenciada no dia a dia, além de executarem atividades de capacitação, seja por meio de profissionais externos convidados para esta finalidade, seja por meio de integrantes da própria equipe da ESF, conforme explicado nas falas da Gerente do Distrito Sanitário V, da Médica da UBS Hidenburgo Nunes de Figueiredo, da Enfermeira e da Dentista da UBS Maria de Lourdes Leôncio, e da Enfermeira e do Médico da UBS Ronaldo Cunha Lima, estes quatro últimos, por meio de grupos focais.

O histórico inovativo da própria Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, somado à dedicação dos profissionais e gestores de saúde, faz com que haja um **ambiente e clima organizacional** propício à inovação, um determinante indicado por Cunningham (2005), Moussa, McMurray e Muenjohn (2018) e Lewis, Ricard e Klijn (2018). Além disso, o fato de as decisões em relação às ações inovativas não serem engessadas, dependentes apenas da autorização da diretoria municipal de saúde, faz com que a **estrutura de tomada de decisão**, elemento apresentado por Nelson e Svava (2012), com autonomia das equipes de ESF, seja um determinante da inovação da ESF do município.

Nesse sentido, o **apoio dos gestores e dirigentes**, conforme explicado por Gomes e Machado (2018), e as **características dos gestores**, como acrescentam Damanpour e Schneider (2006), voltadas para que ações inovativas sejam desenvolvidas e implementadas (por exemplo,

na adoção do PEC), são importantes determinantes da inovação, conforme exemplifica a Diretora de Atenção à Saúde quando mencionou sobre a realização de Práticas Integrativas por equipes da ESF:

[...] a gestão, diante dessa visão, faz tudo para apoiar e dar condições desse diferencial dentro da Unidade de Saúde da Família [...] Quando a gente vê está a novidade que eles já estão fazendo, que eles já estão implantando, e aí a gente fica sabendo, a gente vai valorizar e tentar melhorar as condições desse profissional para esses atendimentos diferenciados. [...] a gente valoriza muito esse tipo de atendimento (E2).

Desse modo, percebe-se que, conforme indicado por Maia, Beleza e Feitosa (2014) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (2011), o gestor municipal de saúde e da equipe da ESF deve possuir um perfil que permita o trabalho em conjunto com a equipe, oferecendo o apoio necessário para aprimorar o funcionamento dos serviços públicos de saúde.

Assim, **trabalho em equipe**, elemento apresentado na literatura por Castro et al. (2017) e Isidro-Filho (2017), e **valorização das opiniões dos integrantes da equipe**, apontado por Mulgan e Albury (2003), são também determinantes que fazem com que a inovação aconteça na ESF de Campina Grande, conforme relata a Gerente do Distrito Sanitário V: “Acredito que é um conjunto de gestão e equipe, e tudo isso a gente se preocupando realmente em relação ao usuário para que ofereça um serviço de qualidade (E4)”

A prática de reuniões mensais proporciona a troca de ideias e fortalece as relações das equipes, permitindo, inclusive, a **troca de experiências entre os funcionários**, determinante da inovação explicado por Gomes e Machado (2018), o que pode levar ao conhecimento e práticas de ações inovativas exitosas implementadas em outras localidades. A Gerente do Distrito Sanitário IX exemplifica sobre o compartilhamento de experiências:

O Acesso Avançado é uma idealização da gestão. E aí algumas unidades já aderiram há muito tempo. Mas assim, a gente sempre vem conversando, fazendo rodas de conversas para poder os profissionais aderirem. Os próprios médicos e enfermeiros que já tinham aderido. E aí a gente faz uma capacitação, explica como é [...] (E3).

Outro determinante da inovação da ESF de Campina Grande são os **valores e ambição dos servidores públicos**, indicados por Sorensen e Torfing (2010), associados com a **motivação para melhorar o desempenho**, conforme Demircioglu e Audretsch (2017), dado que apesar das diversas dificuldades enfrentas, os profissionais da saúde mantêm o compromisso de continuamente buscar satisfazer as necessidades do usuário e aumentar a qualidade dos serviços prestados.

Assim, essa vontade e motivação dos profissionais de saúde em fazer o melhor possível, em benefício dos usuários, representa uma das filosofias do Novo Serviço Público, no sentido de que esses profissionais encontram realização por meio do serviço ao cidadão, de acordo com o que explicam Euclydes e Silveira (2020) e Denhardt e Catlaw (2017). A Diretora de Atenção à Saúde relatou que para isso:

Esses profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família, eles precisam ter um perfil de saúde e comunidade, trabalhar pensando na comunidade em que está trabalhando. [...] Dependendo do perfil desses profissionais (de saúde) fica bem evidente as ideias, as inovações que eles levam para a própria Unidade de Saúde da Família e melhoram o atendimento da sua comunidade. Um dos exemplos corresponde às Práticas Integrativas, pois dependendo do perfil do profissional, eles trabalham com as Práticas Integrativas. E isso é um diferencial dentro da Unidade de Saúde da Família em relação a como eles estão vendo os seus usuários (E2).

Pela fala da entrevistada é possível perceber que para além do conhecimento técnico e do apoio dos gestores, os profissionais de saúde precisam ter uma afinidade pessoal com o trabalho que realizar, o que pode proporcionar a vontade de fazer mais e melhor para a população. Sobre a motivação para melhorar o desempenho, a Gerente do Distrito Sanitário IX acrescentou que: “Todo mundo é capaz de inovar, basta querer. A gente dá oportunidade, o conhecimento, a gente discute, a gente se senta. Então basta boa vontade do profissional de realmente querer que aquilo dê certo. Saia da zona de conforto, do comodismo” (E3).

Do ponto de vista dos recursos, a **colaboração com outras instituições**, determinante da inovação apresentado por Ab Rahman, Ismail e Rajiani (2018), Lewis, Ricard e Klijn (2018) e Cavalcante e Camões (2017), é um fator que, de fato, vem impulsionando inovações na ESF de Campina Grande. Conforme evidenciado pelos participantes da pesquisa, a parceria com universidades públicas e faculdades privadas têm proporcionado o desenvolvimento e implementação de ações inovativas, como é o caso da parceria público-pública realizada pela Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Estadual de Campina Grande para a criação da USF Professora Odete Leandro.

O **financiamento para o desenvolvimento**, conforme Mulgan e Albury (2003), também é um dos determinantes da inovação na ESF do município, uma vez que funciona como mecanismo de incentivo e suporte para que possa haver o engajamento dos gestores e profissionais de saúde em aderir à programas originários do Ministério da Saúde, como é o caso, por exemplo, da adoção do PEC, do SISREG, do Acesso Avançado, do Saúde na Hora e do HiperDia.

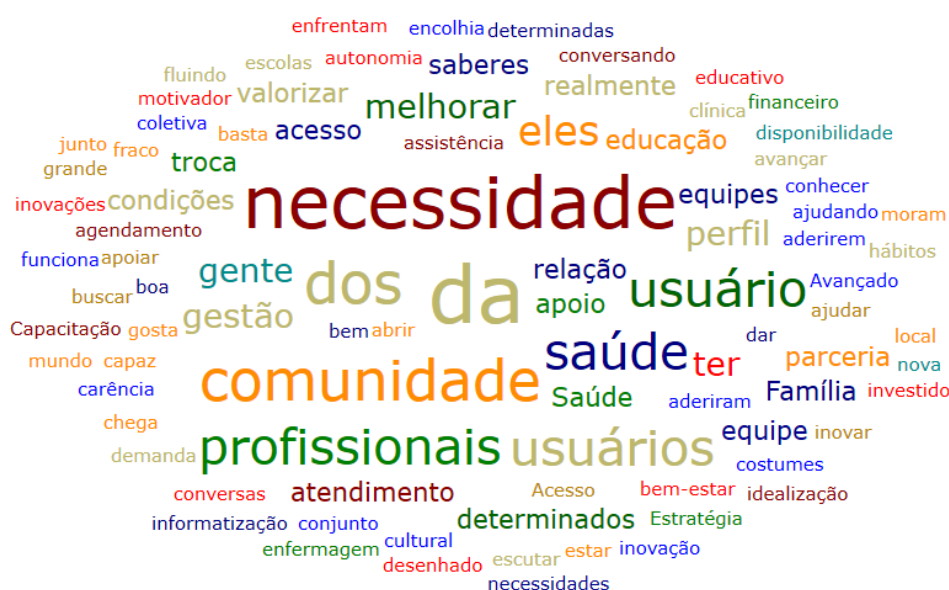
O **atendimento a requisitos de programas governamentais** figura como um determinante da inovação na ESF de Campina Grande porque é uma forma de obtenção de recursos financeiros para a execução das propostas inovativas, levando a melhores resultados em relação à organização e oferta dos serviços de saúde.

A Médica da UBS Hidenburgo Nunes de Figueiredo e a Dentista e a Enfermeira da UBS Maria de Lourdes Leôncio ressaltaram, por exemplo, que alguns projetos inovativos são desenvolvidos visando ao cumprimento de metas do Programa Mais Médicos dos quais os médicos dessas UBSs fazem parte. Este programa governamental tem por objetivo, entre outras ações, melhorar o atendimento aos usuários do SUS, levando mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais.

O **reconhecimento da população**, mencionado pelo Médico e pela Enfermeira da UBS Ronaldo Cunha Lima, por meio de grupo focal, por sua vez, aparece como um determinante da inovação na ESF próprio do município, pois é um estímulo para que os profissionais de saúde se mantenham engajados a buscar incluir ações inovativas em suas práticas de trabalho. Os participantes da pesquisa entendem que os profissionais de saúde precisam saber que seus esforços em prol da inovação são entendidos como algo necessário e valorizado pelos usuários para que, assim, possam continuar a inovar.

Diante do exposto, a Figura 12, elaborada a partir do ATLAS.ti, apresenta os principais termos identificados por meio dos participantes, relativos aos determinantes da inovação da ESF de Campina Grande.

Figura 12 - Principais termos mencionados acerca dos determinantes da inovação na ESF de Campina Grande



Fonte: Elaboração própria (2020)

Percebe-se na Figura 12 que o mais fortes dos determinantes corresponde às necessidades, tendo em vista o destaque ao centro dos termos necessidade, comunidade, usuário e usuários. Outros termos destacados são profissionais e saúde, demonstrando a influência desses tanto em termos de iniciativa em direção à inovação, quanto em razão da busca de entender e suprir as necessidades dos usuários.

Assim, as necessidades dos usuários, determinante indicado por Ab Rahman, Ismail e Rajiani (2018), é apontado como o principal ponto de partida para que as gerências e os profissionais de saúde se voltem ao propósito de inovar, buscando as melhores soluções para os problemas apresentados pela comunidade. É importante ressaltar que, aliado a este elemento está entender a demanda do público, outro determinante apontado por Ab Rahman, Ismail e Rajiani (2018), pois as necessidades dos usuários devem ser percebidas e assimiladas pelas gerências e os profissionais de saúde para que as inovações venham a se desenvolver.

Cabe salientar que além da identificação dos determinantes da inovação já apresentados no Quadro 3, foi possível perceber a existência de outros três elementos que não estão mencionados na literatura: características sociodemográficas e econômicas da população, atendimento a requisitos de programas governamentais e reconhecimento da população.

O Quadro 14 resume os determinantes da inovação identificados nas inovações praticadas pela ESF de Campina Grande.

Quadro 14 - Determinantes da inovação na ESF de Campina Grande

CATEGORIAS	DETERMINANTES
Sociais e Políticos	Atendimento a requisitos de programas governamentais
	Características sociodemográficas e econômicas da população
	Desenvolvimentos sociais, como crescimento populacional
	Desenvolvimento tecnológico e científico
	Necessidades dos usuários
	Opinião popular em assuntos relevantes
	Reconhecimento da população
Ambiente Organizacional	Ambiente e clima organizacional propício para a inovação
	Estrutura de tomada de decisão
Aspectos Gerenciais	Apoio dos gestores e dirigentes
	Valorização das opiniões da equipe
	Características do gestor
	Entender a demanda do público
	Trabalho em equipe
	Uso de sistema de informação gerencial
Elemento Humano	Desenvolvimento de pessoas e competências
	Troca de experiências entre os empregados
	Motivação para melhorar o desempenho
	Valores e ambição dos servidores públicos
Recursos	Colaboração com outras instituições
	Financiamento para o desenvolvimento

Fonte: Elaboração própria (2020)

Ainda que haja elementos que conduzam ou facilitem o processo inovativo na ESF de Campina Grande, também é preciso considerar a existência de barreiras que dificultem a elaboração e/ou a implementação de inovações. Foram evidenciadas onze das cinquenta barreiras apresentadas no Quadro 4.

A principal barreira identificada foi aquela relacionada aos **recursos**, explicada na literatura por Ab Rahman, Ismail e Rajiani (2018), Gomes e Machado (2018), Moussa, McMurray e Muenjohn (2018), Castro et al. (2017), Isidro-Filho (2017), Bloch (2011), Koch e Hauknes (2005) e Cunningham (2005), essencialmente no que tange aos recursos financeiros, conforme mencionado por todos os participantes da pesquisa.

É interessante ressaltar que apesar de ser a principal barreira para a inovação na ESF do município, foi perceptível em algumas entrevistas, principalmente quando o vínculo empregatício da pessoa entrevistada é temporário, uma certa hesitação em mencionar a insuficiência de recursos como um fator dificultador de ações inovativas.

Sobre a limitação de recursos financeiros, a Diretora de Atenção à Saúde relatou que o município não dispõe de recursos financeiros suficientes para custear o funcionamento normal da Atenção Primária à Saúde, além de depender do repasse feito pelo Ministério da Saúde, o que acaba refletindo no financiamento para ações inovativas na ESF.

Sem recurso a gente não faz nada. Então, nós hoje, inclusive, a nossa preocupação está na mudança do financiamento da Atenção Básica que está para acontecer. [...] o recurso nós temos via Ministério da Saúde, o repasse do Ministério da Saúde, e também a contrapartida do município, porque o recurso que vem do Ministério da Saúde ele não dá conta de uma equipe de Saúde da Família, de bancar uma equipe de Saúde da Família. Então a gente complementa esse recurso e é um problema grande, porque o recurso ele é pequeno para a necessidade de dar resposta aos usuários, e dar resposta à qualidade do atendimento das Unidade de Saúde da Família. Então é uma situação bem difícil a que a gente tem hoje, porque a tabela SUS está totalmente congelada e dentro da Atenção Básica a gente tem um déficit de manutenção da própria equipe de Saúde da Família [...] Então teria que ter uma revisão tanto do recurso como da gestão do recurso para poder avançar (E2).

Dessa forma, percebe-se que a escassez dos recursos financeiros é algo que afeta a rotina cotidiana e inovativa da ESF, e que a causa para tão poucos recursos destinados à ESF, predominantemente de origem político-econômica, está longe de ser resolvida, tendo o município que encontrar soluções para as crescentes demandas oriundas dos usuários.

Assim, a fala da Diretora de Atenção à Saúde revela outra barreira à inovação da ESF em Campina Grande: as **regras de concessão para incentivo financeiro**, conforme Marques e Mendes (2002) e Fleury (2014), que acontecem tanto para o funcionamento cotidiano da Atenção Primária à Saúde, quanto para a adoção de inovações. Isso porque essas regras estão

em processo de mudança, visando corresponder ao posicionamento político atual da equipe governamental em âmbito federal, o que gera incertezas quanto ao andamento das propostas de inovação geradas pela ESF do município. A Assessora da Direção de Atenção à Saúde ressaltou que:

[...] o Ministério (da Saúde) [...] está disponibilizando um recurso para umas mudanças que estão para acontecer no financiamento da saúde [...] então, isso é algo que tem mexido com os secretários. Eu fui para uma reunião e eu vi como eles se preocupavam, porque ao longo dos anos [...] existia um formato e hoje assusta [...] (E1).

Nesse sentido, os **valores políticos**, elementos apontados por Koch e Hauknes (2005), Cunningham (2005) e Lewis, Ricard e Klijn (2018), e a **alternância de gestores públicos**, de acordo com Halvorsen (2005) e Gomes e Machado (2018), também figuram como uma limitação para a inovação, uma vez que, a depender dos valores e princípios compartilhados pelas equipes governamentais vigentes pode haver alterações na conduta, nas atividades e no financiamento da ESF, que afetam positiva ou negativamente o desenvolvimento de inovações, podendo, inclusive, levar à descontinuidade de ações inovativas em curso.

Por meio do grupo focal realizado na UBS Ronaldo Cunha Lima, a Enfermeira relatou que a limitação de recursos é geralmente presente para a implementação de inovações e, diante dessa barreira, a equipe de trabalho da ESF se esforça no sentido de arrecadar contribuições entre os próprios profissionais de saúde para implementar ou manter as inovações empreendidas.

Também foi mencionado a realização de brechó para a arrecadação de verba destinada a financiar as ações inovativas desenvolvidas pela equipe da ESF nesta UBS. Dessa forma, percebe-se que há um empenho dos profissionais da saúde em não permitir que a existência dessa barreira seja impeditiva na busca por melhorias, o que corresponde a adoção de uma atitude empreendedora, conforme explicam Cunha (2017) e Comissão Europeia (2013), ação que vai ao encontro do que representa a lógica da Nova Governança Pública.

Ainda em relação às limitações de recursos, foi mencionada a dificuldade com a disponibilidade de recurso tecnológico, principalmente no que se refere ao uso do PEC. A Dentista da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio do grupo focal, destacou que: “Às vezes a gente fica sem internet [...] aí a gente volta a atender de papel. Então muita gente, por segurança, vai para o PEC, mas faz os dois para não perder (as informações)” (GF1D).

Essa dificuldade impõe restrições, inclusive, no que se refere à avaliação feita pelo Ministério da Saúde quanto ao alcance dos índices mensurados por meio do Programa Nacional

de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), como explica a Enfermeira da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio de grupo focal:

[...] O PEC em si é maravilhoso, porque ele facilita a dinâmica de atendimento nosso [...] A parte de dificuldade que a gente sente no PEC é a questão da falta do acesso. Um exemplo: não tem um mês que a gente não fique uma ou duas semanas sem o PEC, por falta de internet, por falta de servidor. Enfim, são vários os motivos. E aí, quando não tem, a gente tem prejuízo, porque existe uma parte no PEC que se chama registro tardio, e ele só permite que a gente registre o daquela semana, e justifique porque que a gente não colocou no PEC no ato do atendimento. Mas se a gente passa duas semanas, ou seja, o registro daquela primeira semana a gente perdeu. E aí quando a gente vai baixar relatório, o índice de atendimento está muito baixo [...] vamos supor que em um mês eu tenho três semanas de suspensão de PEC por algum motivo. Eu tenho aquelas três semanas de atendimento, fora a semana que eu estou em atendimento. Eu vou ter estímulo para colocar todos esses pacientes no PEC? Eu não vou ter. Então, às vezes, a gente fica meio ‘retrô’. A gente não abandona os livros atas, porque se a gente abandona o livro ata, a gente fica perdido. Então a gente acaba trabalhando três vezes [...] (GF1E).

Um outro problema relativo ao PEC, e que foi mencionado pelas Agentes Comunitárias de Saúde e pela Enfermeira da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio do grupo focal, diz respeito às inconsistências no PEC sobre informações do usuário, o que gera dificuldades para o andamento do processo de trabalho e para o próprio usuário. Sobre isso, a Enfermeira da UBS Maria de Lourdes Leôncio mencionou que:

[...] Elas (ACSs) cadastram uma pessoa, uma família. Ela (ACS) chega em uma casa e aí registra. Vamos supor que foram cinco pessoas. E aí no cadastro dá alguma inconsistência, não sei o porquê. E aí fica lá no *tablet* delas registrado, mas para a gente aqui não aparece de jeito nenhum. Então já aconteceu de presenciar assim, pessoas que foram cadastradas, que a Agente de Saúde foi na casa, fez todo o cadastro e dois da família estão aparecendo no sistema e os outros três não. Entendeu? Então assim, ao mesmo tempo que ele (PEC) beneficia, por conta da questão da dinâmica, ele prejudica por conta dessas coisas [...] E outra coisa, vamos supor, o cadastro quando era manual, cadastrou e pronto. Entregou o cadastro, estava pronto. Aquele paciente já tem vaga de horário disponível para atendimento dele. Mas se ele (usuário) vai para o PEC, o PEC só libera em até quarenta e oito horas o registro dele para a gente no computador. [...] E aí vamos supor, passam as quarenta e oito horas, o dele (cadastro do usuário) ficou como inconsistente e não aparece de jeito nenhum. Aí ele ia fazer o quê? Solicitar à Agente de Saúde novamente. Se ela estiver na unidade e confirmar, realmente eu fiz [...], pronto, tudo vai ser resolvido ali naquela hora. Mas se não, se ela não estiver na unidade, aquele paciente volta para casa e volta revoltado, porque a ACS fez o cadastro e o registro não está ali. É complicado, sabe? Essas coisas [...] (GF1E).

Essa barreira, limitações de recursos (no caso, tecnológico), é intensificada pelas mudanças que ocorrem no sistema PEC e que chegam de maneira inesperada pelos profissionais de saúde da ESF de Campina Grande, como relatou, por meio do grupo focal, uma das Agentes Comunitárias de Saúde da UBS Maria de Lourdes Leôncio: “Outra coisa que deixa a desejar é

que o sistema (PEC) muda muito. Aí quando a gente está acostumada com aquela forma, aí vem outra mudança.” (GF1AC2).

Com isso, percebe-se que as mudanças nem sempre são recepcionadas de maneira positiva pelos profissionais de saúde da ESF, como mencionam a Gerente do Distrito Sanitário VI, a Gerente do Distrito Sanitário IX e a Gerente do Distrito Sanitário X. Sobre isso, a Gerente do Distrito Sanitário VI explica que: “[...] alguns profissionais eles ainda não têm a mente aberta, de que essas inovações e essas parcerias são favoráveis ao processo de trabalho. Então, muitos ainda não têm essa visão de abertura” (E5). A Gerente do Distrito Sanitário IX complementa dizendo que: “A dificuldade consiste em certas resistências de alguns profissionais que têm medo de mudança, né. Mas aí a gente tem que ter paciência, e conversar, e ir tentando mesmo.” (E3).

A fala da Enfermeira da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio do grupo focal, reforça o que foi dito pelas entrevistadas, quando ela esclarece que mesmo quando o PEC não apresenta problemas para o seu funcionamento, pode haver profissionais que não aceitem utilizá-lo:

[...] Tem profissionais que o PEC está funcionando a todo vapor, mas que às vezes ele se recusa (a usar). [...] Estou falando diretamente da recepção [...] a gente tinha essa resistência por parte da recepção, de não querer colocar (informações no sistema). Mas quando eu fui questionar, ela dizia que era porque não tinha passado por um treinamento. Mas a gente sabe que houve treinamento para todas as equipes [...] isso estava virando uma bola de neve. Você via os corredores lotados [...] Aí fui, mostrei como era que fazia, falei do processo de trabalho, inclusive vou fazer por conta própria, uma tarde com elas para discutir o sistema PEC, para saber o que elas têm dificuldade. [...] Aí vou fazer esse treinamento e eu espero que depois desse treinamento não fique mais dúvida e tudo flua (GF1E).

Em certos casos, essa resistência à mudança ocorre por parte dos usuários, como dito pelas Gerente do Distrito Sanitário X e a Gerente do Distrito Sanitário IX. A Gerente do Distrito Sanitário VI, uma das ACSs da UBS Maria de Lourdes Leôncio, e a Enfermeira e o Médico da UBS Ronaldo Cunha Lima, estes últimos, por meio de grupo focal, acreditam que o comportamento negativo dos usuários frente às possibilidades de mudança é resultado de crenças cultural e socialmente compartilhadas entre os integrantes da comunidade.

Por meio da observação direta na UBS Maria de Lourdes Leôncio foi possível verificar a dificuldade de alguns usuários em aceitar a utilização do PEC como ferramenta de acesso aos serviços de saúde, o que consiste em uma reação de resistência da população à inovação mencionada, barreira explicada pela CNM (2016a).

Assim, identifica-se a **resistência à mudança** (cultural e pública), de acordo com Moussa, McMurray e Muenjohn (2018), Castro et al. (2017), Resende Junior, Guimarães e Bilhim (2013) e Koch e Hauknes (2005) e Cunningham (2005), como uma barreira à inovação. A Diretora de Atenção à Saúde esclareceu sobre essa limitação:

A gente sempre tem dificuldade com usuário [...] de trazer as novidades. Alguns aceitam e outros não. Outros têm que ter toda uma orientação, um acompanhamento, para eles aceitarem essas inovações. E os próprios trabalhadores muitas vezes não querem sair da sua zona de conforto e se dispor a trazer essas mudanças para as Unidade de Saúde da Família. Campina Grande está fazendo uma orientação das agendas das unidades, [...] com o Acesso Avançado [...] a gente tem unidade que os trabalhadores se envolvem, e faz e vê a diferença. Mas tem outras unidades que não querem sair daquela agenda normal que já vem há vários anos e que eles nem se dão conta se está sendo satisfatório para o usuário ou não. Então a gente tem essas dificuldades realmente de trabalhar tanto com o usuário quanto com os profissionais. Mas não é por isso a gente fica quieto. A gente fica estimulando, levando informações, fazendo roda de conversas, trazendo exemplos de outras unidades que está dando certo para tentar fazer essas mudanças (E2).

Pela fala da entrevistada, é possível notar que essa resistência à mudança é causada não somente pela falta de disposição de alguns profissionais em alterar a sua rotina, ou do usuário em aceitar a novidade, mas também ocorre pela dificuldade de alguns em aprender a utilizar a inovação. É possível notar também, mais uma vez, que apesar das resistências às mudanças, a gestão municipal de saúde, e a profissional de Enfermagem da UBS Maria de Lourdes Leôncio, se voltam para o propósito de não deixar que a limitação engesse o avanço para melhores resultados, buscando estimular os profissionais de saúde a se envolverem e aceitarem as mudanças, ação empreendedora, conforme Cunha (2017) e Comissão Europeia, (2013) que vai ao encontro do que representa a Nova Governança Pública.

No caso específico da adoção do PEC, os entrevistados mencionaram que a decisão pela utilização dessa inovação partiu unilateralmente da gestão municipal de saúde, que implementou de uma só vez a tecnologia em todas as UBS de Campina Grande. Isso levou à percepção de que houve uma **imposição, de cima para baixo, da inovação**, barreira explicada por Moussa, McMurray e Muenjohn (2018), com foco em alcançar **ritmo e escala de mudança**, que é também uma barreira à inovação, de acordo com Cunningham (2005), tendo em vista o propósito de fazer com que a inovação fosse uma mudança implementada rapidamente.

Os participantes da pesquisa relataram, ainda, que houve muita dificuldade para aprendizado sobre o funcionamento do *software* PEC, mesmo que tenha havido uma capacitação proporcionada pela empresa de tecnologia que fornece ao município o sistema, o

que se assemelha à barreira à inovação falta de treinamento, mencionada por Moussa, McMurray e Muenjohn (2018).

Entretanto, é preciso destacar que houve um treinamento, ainda que insuficiente para a aprendizagem dos envolvidos. Desse modo, pode-se dizer que a barreira à inovação presente no caso foi o **treinamento inadequado**. A Dentista da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio de grupo focal, explicou que:

A gente teve no início um “cursão”, vamos dizer assim, de capacitação, que ninguém aprendeu nada. Porque foi para todo mundo. Aí depois a gente tem um funcionário que é nota mil, na Secretaria de Saúde (municipal), que tudo que a gente quer ele desenrola. Pelo *whatsapp* mesmo ele tira a dúvida. A gente não está acertando, não entra um procedimento: “o que é que a gente faz?”, “o que é que a gente faz para botar isso?”. Aí às vezes cai o sistema: “o que foi que houve?” [...] Chegou ao ponto de a gente ir a outras unidades em que a pessoa estava mais capacitada para adquirir o conhecimento (GF1D).

Dessa forma, verifica-se que cabe a um único funcionário da TIC da Secretaria Municipal de Saúde a função de auxiliar os profissionais de saúde da ESF de Campina Grande em suas dúvidas e dificuldades com o uso do *software* PEC, o que prejudica o alcance dos bons resultados que podem ser obtidos com a utilização do PEC. Uma das Agentes Comunitárias de Saúde da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio do grupo focal, mencionou que:

O treinamento que a gente teve, pelo o amor de Deus... [...] se eles (Secretaria Municipal de Saúde) tivessem preparado a gente bem preparado, a gente não iria tanto perturbá-los. [...] A gente tirava uma dúvida aqui, outra acolá. Mas não, qualquer coisa a gente tem que ligar para ele (funcionário da TIC). Aí sobrecarrega ele e a gente também (GF1AC1).

Deve-se destacar que a **diferenciação dos vínculos de trabalho dos servidores**, barreira evidenciada por Gomes e Machado (2018), aparece como uma limitação para a inovação na ESF do município, pois há pontos de vista conflitantes entre os participantes da pesquisa sobre qual tipo de vínculo do profissional de saúde (concursado ou contratado) pode levá-lo a ter mais disposição ou não para desenvolver e implementar inovações.

Sobre isso, a Gerente dos Distritos Sanitários VII, VIII e USF Professora Odete Leandro mencionou que acredita que o fato de o profissional de saúde ser prestador de serviço contratado é motivo para que alguns deixem de se esforçar em prol da inovação, principalmente por não se verem na obrigação de contribuírem para esse propósito, já que o seu vínculo empregatício se deve a algum apoio político, com força para mantê-lo na UBS, independentemente do seu desempenho. Em contrapartida, a Gerente do Distrito Sanitário V disse que:

[...] alguns profissionais que são efetivos, por saberem que são efetivos, fazem corpo mole. Tem exceções, claro, de pessoas que são profissionais maravilhosos, que se dedicam. Mas tem aqueles que aí diz: “Ah não, já estou aqui tranquilo como efetivo. Não vou me dedicar tanto”. A gente, às vezes, esbarra com esse tipo de profissional (E4).

É importante mencionar que o **conflito entre classes profissionais**, barreira apresentada por Koch e Hauknes (2005) e Cunningham (2005), foi um elemento apontado pela Enfermeira da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio de grupo focal, pela Enfermeira da UBS Hidenburgo Nunes de Figueiredo e pela Gerente dos Distritos Sanitários VII, VIII e USF Professora Odete Leandro que já ocasionou obstáculos para o andamento de ações inovativas, mas que, no momento, é uma limitação que vem sendo superada, e que, portanto, tem seus efeitos negativos diminuídos, conforme explica a Enfermeira da UBS Hidenburgo Nunes de Figueiredo:

Assim, a gente tenta muito trabalhar com igualdade aqui, entendeu? É difícil? É. Melhorou bastante? Melhorou. Mas cem por cento não melhorou, porque existe competitividade. De trabalhar em uma unidade grande com duas equipes. Então existe competitividade. Coisas do tipo, eu faço mais, você não faz, entendeu? Então assim, médicos e enfermeiras, a gente conseguiu unir todos. A gente trabalha realmente na equipe. [...] Mas existe muita competitividade na recepção, técnicos, agentes de saúde. Aí, isso aí a gente está tentando quebrar, mas é aos poucos, né? [...] faz um ano e alguns meses que eu estou aqui. E realmente, aqui era bem difícil. [...] Então, dentro desses um ano e cinco meses, a gente conseguiu muita coisa, [...] em termos de quebrar isso, [...] Mesmo que seja dividida em duas (equipes), mas é uma unidade só. Aí [...], não está cem por cento, mas digamos que sessenta, setenta por cento conseguimos melhorar (E8).

A fala da entrevistada revela que as disputas entre os profissionais de saúde, em termos até mesmo da quantidade de atividade realizada por cada um, pode ser um desafio para o bom desempenho da unidade de saúde. Trabalhar a superação desse obstáculo é necessário, pois as consequências são sofridas pelo usuário, de acordo com a Gerente dos Distritos Sanitários VII, VIII e USF Professora Odete Leandro: “[...] o processo acaba fluindo quando a equipe está bem. O processo flui. Quando a equipe está adoecida, como eu já presenciei, nada acontece, e isso reflete no usuário diretamente” (E6).

Diante dos relatos dos participantes, a Figura 13, feita por meio do ATLAS.ti, apresenta os principais termos mencionados sobre as barreiras à inovação na ESF de Campina Grande.

É importante ressaltar que há fatores que figuram na ESF de Campina Grande tanto como determinantes quanto como barreiras à inovação. O usuário aparece como principal motivador para o surgimento de inovações e, ao mesmo tempo, figura como elemento dificultador de ações inovativas. Isso porque é do usuário que parte a demanda por resolução das suas necessidades, mas, por outro lado, pode haver certa resistência para que eles aceitem e se habituem às mudanças provocadas pelas inovações.

O financiamento para o desenvolvimento de inovação também é algo tido como um elemento determinante, tanto quanto pode representar uma barreira, na medida em que as regras para o seu acesso podem ser alteradas ou impor dificuldades para sua obtenção.

4.4 ATORES ENVOLVIDOS NA DINÂMICA DE INOVAÇÃO NA ESF DE CAMPINA GRANDE

A dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família envolve a agência, a influência, os conhecimentos e as capacidades de múltiplos atores, que podem ser pessoas físicas, pessoas jurídicas ou pessoas políticas.

Na ESF de Campina Grande, pode-se perceber que o Ministério da Saúde (órgão do governo federal) é um grande propulsor de inovação, ainda que não obrigue o município a realizar as inovações por ela proposta, a exemplo do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), Sistema Nacional de Regulação (SISREG), Acesso Avançado e Saúde na Hora, justamente por desempenhar um papel fundamental nas decisões de política de saúde, inclusive em nível local, assim como afirmam Arretche e Fonseca (2018), Marchildon e Bossert (2018) e Arretche, (2005). A Gerente do Distrito IX ressaltou que: “[...] é de lá (Ministério da Saúde) que a gente busca a base teórica para implantar aqui nas unidades.” (E3).

O fato de haver incentivo financeiro para adoção de algumas das propostas de inovação do Ministério da Saúde pode ser um fator que influencia o acontecimento dessas inovações, de modo a condicionar o município a seguir as políticas determinadas pelo governo federal para, assim, obter recursos, o que contribui para reforçar a centralização do sistema de saúde, e não sua descentralização, tal qual explicam Arretche e Fonseca (2018), Rocha (2010), Marques e Arretche (2003) Marques e Mendes (2002) e Collins, Araujo e Barbosa (2000).

Por outro lado, é necessário destacar que, conforme mencionado pelos participantes da pesquisa, tanto os profissionais de saúde da ESF quanto os gestores de saúde municipal, bem como as gerências dos distritos sanitários se empenham no sentido de desenvolver e

implementar ações inovativas para atender às demandas locais dos usuários, assim como verificado por Gomes e Machado (2018) e Organização Pan-Americana da Saúde (2011).

Logo, isso contraria o entendimento de Arretche e Fonseca (2018), Rocha (2010), Marques e Arretche (2003) Marques e Mendes (2002) e Collins, Araujo e Barbosa (2000) de que o foco em obter incentivo financeiro por meio da adoção de propostas do governo federal pode prejudicar a adaptação adequada da política de saúde às necessidades locais.

A Diretora de Atenção à Saúde, ao ser perguntada sobre quem são os principais atores na inovação da ESF de Campina Grande, explicou sobre a participação do Ministério da Saúde e de outros atores:

Ministério da Saúde, porque uma parte dos recursos parte deles. Então eles também lançam os programas e a gente acompanha o lançamento desses programas. E é muito importante, porque a gente precisa seguir as portarias, a própria política de Atenção Básica, a PNAB. Tem também as demandas políticas, porque os vereadores, por exemplo, prefeito, vereador, não deixam de ser a voz do povo que chegam para a gente. Tem também demanda do próprio Conselho Municipal de Saúde, que é controle social, que vem demandas via Conselho, tanto dos profissionais, como dos próprios usuários. E nossa, da gestão. Quando a gente também utiliza os sistemas de informações [...], a partir deles, [...] fazemos nossos planejamentos para melhorar e dar resposta de uma melhor saúde às pessoas, sempre pensando em como inovar, como levar, como é que a gente chega e melhora a Atenção à Saúde do nosso município (E2).

Os políticos locais, como mencionado pela Diretora de Atenção à Saúde, tais como prefeito municipal e vereadores, também exercem influência no direcionamento de ações inovativas que busquem solucionar as demandas dos usuários, intermediando ideias e motivando a gestão de saúde a melhorar continuamente os serviços. Couto e Ckagnazaroff (2016) já haviam ressaltado que a proximidade dos governantes locais com a população facilita a identificação das suas necessidades, ao mesmo em tempo que os torna responsáveis direto por implementar iniciativas de inovação para solução dos problemas.

As ações de inovação no caso analisado também partem das exigências colocadas pelo Conselho Municipal de Saúde, tal qual mencionado por Gomes e Machado (2018), e também pelos Conselhos Locais de Saúde, embora em menor intensidade, como ressaltado pela Assessora da Direção de Atenção à Saúde e pelas Gerentes dos Distritos Sanitários V e VI, já que, em suas perspectivas, vem faltando engajamento dos usuários para participação nas reuniões do Conselho Local.

Os usuários são uma parte importante da dinâmica da inovação na ESF de Campina Grande, tanto que os principais determinantes da inovação nesse município são as necessidades dos usuários, juntamente com entender a demanda do público. Entretanto, como atores da

inovação, a atuação dos usuários não é tão predominante como esclareceu a Assessora da Direção de Atenção à Saúde: “A gente diz que o usuário tem que ser coparticipante, que é o sonho da gente, né. É o que a gente sempre pensou. (Mas) Nem sempre o usuário pode estar aberto.” (E1).

Nesse sentido, a fala da Assessora da Direção de Atenção à Saúde demonstra que o usuário geralmente não atua como coparticipante na proposição de inovações na ESF do município por não entender que para atender devidamente as suas necessidades é preciso implementar mudanças ou por não vislumbrar que ele, como parte diretamente interessada e afetada pela inovação, deve participar ativamente de sua elaboração. A falta de participação do usuário no processo inovativo pode, inclusive, indicar um traço sociocultural que influencia tal comportamento.

Isso reforça os achados de Nodari et al. (2019) e vai de encontro ao que preconiza a Nova Governança Pública (NGP), conforme indicam Klumb e Hoffmann (2016), Meijer (2016), Tonurist, Kattel e Lember (2015) e Nählinder (2013), e o Novo Serviço Público (NSP), de acordo com Denhardt e Catlaw (2017), Dias (2016) e Santos e Selig (2014), no sentido de que estes modelos de gestão da administração pública entendem o cidadão como coprodutores dos serviços públicos, participando ativamente dos processos de inovação, desde a sua idealização até o desenvolvimento e implementação.

Além de não haver uma participação ativa dos usuários na dinâmica da inovação da ESF de Campina Grande, a Enfermeira da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio de grupo focal, ressaltou que o usuário pode até interferir negativamente, pois nem sempre estes compreendem as limitações que a unidade de saúde ou a gestão enfrentam para fornecer e melhorar os serviços de saúde, o que pode levar a desmotivação dos profissionais da ESF.

A respeito disso a entrevistada disse que: “A comunidade é uma via de mão dupla. Ou ela lhe ama, ou ela lhe odeia. E aí quando você dá cem por cento de você, ela (comunidade) acha maravilhosa. Mas no dia que você fizer noventa e nove, você não presta” (GF1E). Assim, é possível perceber que mesmo com a dedicação dos profissionais de saúde em buscar soluções inovadoras para as demandas e necessidades da comunidade, caso haja um pequeno momento de falha na implantação da inovação, esse evento pontual pode ser suficiente para ensejar um descontentamento dos usuários e, conseqüentemente, reclamações, como por exemplo, quando há algum problema em relação ao uso do PEC.

Somado ao fato de o usuário eventualmente atuar de maneira negativa na inovação do município, o poder judiciário, conforme indicado por Fleury (2014), é um ator que influencia negativamente a dinâmica da inovação na ESF de Campina Grande. De acordo com a Assessora

da Direção de Atenção à Saúde, os usuários buscam a atuação do poder judiciário para intervir até mesmo sob situações problemáticas que não são exatamente de competência do município, sobrecarregando o seu sistema de saúde:

[...] Alguns usuários judicializam sim algumas situações para que o município atenda, resolva. Tipo, a gente não tem um programa que o Ministério (da Saúde) lançou que é O Melhor em Casa. [...] Esse Melhor em Casa [...] é aquele tipo de atendimento domiciliar que você monta tipo um ambulatório, vamos dizer assim, um quarto, uma cama hospitalar e os cuidados, o médico, o fisioterapeuta, em nível de domicílio. A gente ainda não tem. Mas nós temos usuários com situações, pacientes sequelados, em cima de uma cama e a gente precisa assisti-los muitas vezes. Então, nesses casos, às vezes eles judicializam. Eles judicializam até (a falta) de um medicamento. Depois que se abriu espaço para isso, isso passou a ser um escape para o usuário e um problema para a gestão, porque tem muita coisa que não deve ser judicializada, entende? E tem também aquilo que é da nossa competência e aquilo que não é da nossa competência, do município. E às vezes, quando é judicializado, aí assim, vai depender de como foi julgado para ser cumprido. Depois de julgamento, o município tem que cumprir e arcar (E1).

Sendo assim, cabe a gestão municipal de saúde (incluindo as gerências distritais sanitárias) e aos profissionais de saúde o papel de se engajarem e de atuarem no desenvolvimento e implementação de inovações. A gestão local de saúde, ou seja, a Secretaria Municipal de Saúde, tal como mencionado pela Diretora de Atenção à Saúde, é um dos atores que mais influenciam e suportam as atividades de inovação na ESF de Campina Grande.

É a partir da gestão local de saúde que as gerências distritais sanitárias, que lidam diretamente com as equipes das ESFs nas Unidades Básicas de Saúde, recebem apoio para enfrentar os desafios e problemas existentes nas suas localidades, um trabalho conjunto que, segundo Maia, Beleza e Feitosa (2014) e Organização Pan-Americana da Saúde (2011) é algo essencial para viabilizar a operacionalização de estratégias de inovação.

É a gestão municipal de saúde também que decide sobre a viabilidade e pertinência de adotar as propostas de inovação lançadas pelo Ministério da Saúde, levando em consideração a capacidade disponível pelas unidades e profissionais de saúde, além dos possíveis ganhos que podem ser obtidos para o funcionamento dos serviços de saúde, e, conseqüentemente, da população, ao colocar em prática os projetos de inovação.

Além da gestão municipal de saúde, os profissionais de saúde também apresentam uma forte representatividade na atuação em direção a elaboração e implementação de ações inovativas, o que está em acordo com os achados de Nodari et al. (2019). Como estão em contato diário com os usuários, são eles quem mais recebem e percebem as demandas da população, principalmente as Enfermeiras das equipes das ESFs, de acordo com o explicado pela Gerente dos Distritos Sanitários VII e VIII.

Desse modo, os profissionais de saúde, em sua maioria, mantêm-se motivados e se esforçam no sentido de agregar suas perspectivas e interesses diversos, assim como destacam a Confederação Nacional dos Municípios (2016b) e Costa (2013), com a finalidade de aperfeiçoar a qualidade e os resultados entregues para os usuários, conforme destacou a Gerente do Distrito Sanitário V e a Gerente dos Distritos Sanitários VII e VIII.

Em sua maioria porque, na perspectiva da Gerente do Distrito Sanitário V, o fato de o profissional possuir vínculo empregatício efetivo interfere negativamente na motivação deste em se engajar nas propostas de mudanças, pois, para a entrevistada, este tipo de vínculo pode levar o profissional de saúde a se acomodar com as coisas como estão, já que não haverá cobrança em relação ao desempenho das suas atividades para além do que é esperado.

Por outro lado, a Gerente dos Distritos Sanitários VII, VIII e USF Professora Odete Leandro destaca que também existem nas equipes da ESF desses distritos prestadores de serviço contratados por força política, os quais nem sempre atuam de maneira positiva, levando os gestores e demais profissionais de saúde da equipe a terem cautela em relação às ações que pretendem desenvolver na localidade. A entrevistada explicou que:

[...] a questão política de lá (local onde as equipes dos distritos sanitários VII e VIII atuam) realmente é muito forte. Por muitas vezes chega até a atrapalhar. Porque existem lideranças muito assim, fortes, como eu falei, e aí até nisso você tem que ter cautela. Porque a forma que você fala, a forma que você conduz o processo, por muitas vezes não agrada a todos. E infelizmente acha que porque estar lá, por determinado político, não tem obrigação de estar ali exercendo o seu papel de fato. E assim acaba dificultando o processo (E6).

Percebe-se, então, que esse conflito de entendimento entre os profissionais de saúde parte do tipo de vínculo empregatício que este possui, e não somente da classe profissional a que pertencem, como apontado com Cunningham (2005).

Adicionalmente, a Gerente do Distrito Sanitário VI e a Gerente dos Distritos Sanitários VII, VIII e USF Professora Odete Leandro ressaltaram que nem todos os profissionais de saúde possuem um perfil de empatia com os usuários, o que reflete em um certo bloqueio do profissional para aceitar mudanças e contribuir na busca de inovação, implicando, inclusive, na boa relação entre os profissionais da equipe da ESF e no serviço entregue para o usuário. A Gerente dos Distritos Sanitários VII, VIII e USF Professora Odete Leandro esclareceu que:

Além do profissional (de saúde) ter perfil, porque nem todo profissional realmente tem perfil, eu acho que você por muitas vezes se colocar no lugar do usuário. É o que por muitas vezes falta. O profissional acaba colocando meio que as dificuldades, as limitações à frente disso e meio que bloqueia. Quando você tem uma boa relação com a sua equipe, quando você tem uma certa liderança, que na maioria das vezes é a

enfermeira [...] a forma de conduzir fica mais leve, mais suave. O que é por muitas vezes tão desgastante acaba sendo mais suave. E assim, o processo acaba fluindo quando a equipe está bem, o processo flui. Quando a equipe está adoecida, como eu já presenciei, nada acontece, e isso reflete no usuário diretamente (E6).

A atividade de inovação na ESF do município acaba sendo uma ação conjunta entre a gestão municipal de saúde, as gerências distritais sanitárias e os profissionais de saúde. Conjunta no sentido de que há uma forte relação de apoio, suporte e troca de conhecimentos e experiências entre as três categorias de atores para conduzir inovações na ESF de Campina Grande, ainda que cada um desses atores, a depender da complexidade e abrangência da inovação desejada, possua poder de decisão para implementar projetos inovativos quando julgarem oportuno e necessário ao atendimento das demandas dos usuários.

Desse modo, a atuação da gestão municipal de saúde, das gerências distritais sanitárias e dos profissionais de saúde no município se aproxima dos princípios que norteiam o Novo Serviço Público (NSP), em conformidade com Denhardt e Catlaw (2017), Dias (2016) e Santos e Selig (2014), ao demonstrar que gestores e funcionários públicos atuam em prol do interesse público, valorizando a cidadania, pois visam mais à alcançar contribuição efetiva para os cidadãos do que ao retorno político.

A Figura 14, elaborada a partir do ATLAS.ti, representa a indicação dos termos mencionados pelos participantes da pesquisa relacionados aos atores na dinâmica da inovação da ESF de Campina Grande.

Figura 14 - Principais termos mencionados acerca dos atores das inovações na ESF de Campina Grande



Fonte: Elaboração própria (2020)

Como é possível perceber na Figura 14, há destaque para os termos universidades e universidade, enfatizando a atuação dessas instituições na dinâmica da inovação na ESF de Campina Grande, o que vai ao encontro do que mencionam Nodari et. al. (2019) e Costa (2016), além do termo Ministério (da Saúde), indicando a presença desse ator, conforme indicado por Fleury (2014). Na sequência, destacam-se os termos gestão, municipal e profissionais, o que demonstra a prevalência desses atores para que as inovações aconteçam.

No tocante à realização de parcerias, a Gerente do Distrito Sanitário X esclareceu que cada gerente tem autonomia para procurar o meio que preferir para realização de parcerias. Foi percebido que há, na ESF de Campina Grande, uma predominância de relações de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e as instituições de ensino que se localizam no município, sejam elas públicas ou privadas (conforme pode ser verificado na Figura 14), como destacado pela Gerente do Distrito Sanitário V, proporcionando a criação de inovações, tal qual no caso da Ação na Praça para Combate ao Mosquito *Aedes Aegypti*.

Por meio das instituições de ensino superior, os estudantes de diferentes cursos da área de saúde participam da vivência das UBSs, como parte do cumprimento de seus currículos acadêmicos ou como integrantes de projetos de extensão. Com isso, têm a oportunidade de não somente aprenderem, como também contribuírem para o surgimento de inovações, conforme foi feito com a adoção do HiperDia, uma vez que o programa foi implementado na UBS Ronaldo Cunha Lima a partir da iniciativa de alunos residentes e extensionistas de medicina que atuaram nessa unidade de saúde, e com a implementação do Acesso Avançado, que foi uma sugestão feita por residentes de Saúde da Família, segundo mencionado pela Gerente do Distrito Sanitário V.

Há de se ressaltar a parceria com uma instituição de ensino superior que mais se destaca, que foi a criação da Unidade de Saúde da Família (USF Professora Odete Leandro) no Campus da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) de Campina Grande, visando atender a comunidade local em parceria com a instituição de ensino. Na entrevista, a Diretora de Atenção à Saúde ressaltou que a USF Professora Odete Leandro: “[...] é a primeira Unidade de Saúde da Família na Paraíba que ela está dentro de uma universidade pública, com a parceria de público-público” (E2).

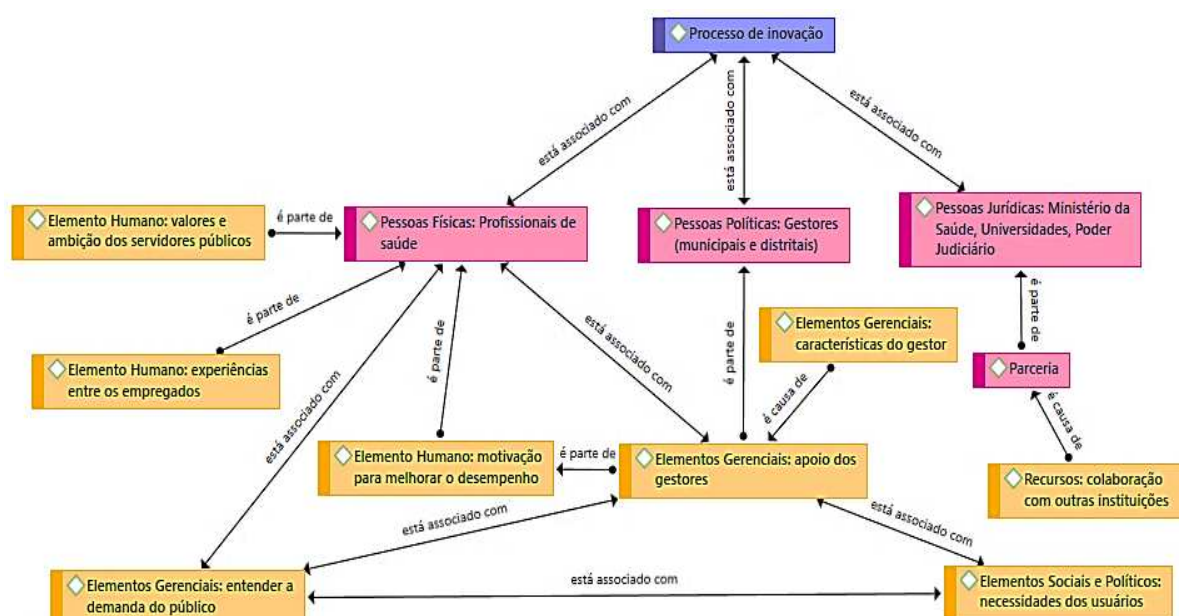
Isso significa que as parcerias realizadas para a inovação na ESF do município estão para além do que Sousa et al. (2015), Djellal, Gallouj e Miles (2013), Carneiro Junior, Nascimento e Costa (2011) e Heimann e Mendonça (2005) consideram sobre o estabelecimento de parcerias público-privadas (PPPs) como um meio usual na no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em particular da Estratégia Saúde da Família.

O caso analisado ressalta a realização de parceria público-públicas (PuPs) que, conforme Silvestre et al. (2019) e Silvestre, Marques e Gomes (2017) é uma estratégia de cooperação predominante em governos locais para que duas ou mais unidades locais ou dois ou mais parceiros públicos em diferentes níveis governamentais (o que aconteceu com a inovação mencionada, já que houve o envolvimento da Secretaria Municipal de Saúde junto com a UEPB, uma autarquia pública do Estado da Paraíba) possam compartilhar recursos, esforços e conhecimentos na busca de atingir um objetivo em comum, visando melhorar a eficiência, aumentar a qualidade dos serviços e promover desenvolvimento regional.

É importante ressaltar que no caso da criação da USF Professora Odete Leandro no Campus da UEPB, a parceria foi realizada diretamente com a instituição de ensino superior, e, indiretamente, com a gestão estadual, já que a IES é uma autarquia estadual. A gestão estadual, ou seja, a Secretaria Estadual de Saúde, conforme a Assessora da Direção de Atenção à Saúde, é mencionada como provedora de recursos financeiros que podem ser utilizados para a concretização das inovações, algo que é também indicado por Nodari et al. (2019), mas não atua efetivamente para o desenvolvimento e implementação de inovação.

A Figura 15, elaborada por meio do ATLAS.ti, ilustra a relação entre os atores e o processo inovativo, com a indicação dos determinantes que se ligam a eles na dinâmica da inovação na ESF de Campina Grande.

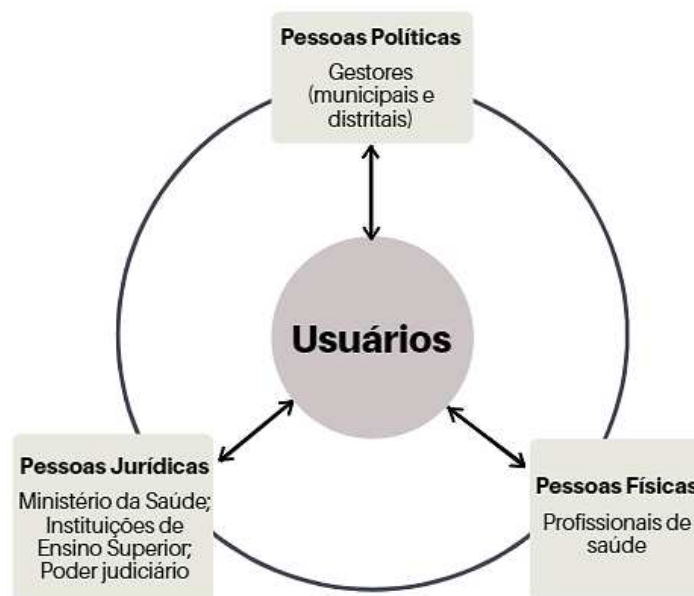
Figura 15 - Rede entre atores, processo de inovação e determinantes na ESF de Campina Grande



Fonte: Elaboração própria (2020)

Para além dessa relação, faz-se necessário também entender a interação entre os atores da inovação da ESF do município em razão do usuário. Nesse sentido, a Figura 16 representa os principais atores que atuam na promoção de inovações na ESF de Campina Grande e suas interações.

Figura 16 - Principais atores da inovação da ESF de Campina Grande



Fonte: Elaboração própria (2020)

Percebe-se, na Figura 16 que há atores principais relativos à pessoa política, à pessoa física e às pessoas jurídicas, que atuam em torno das demandas e necessidades dos usuários, que, por esse motivo, aparecem no centro com setas em sua direção.

Conhecendo os atores que participam da dinâmica da inovação na ESF de Campina Grande e as suas relações, a seção seguinte aborda os resultados alcançados por meio das inovações implementadas.

4.5 RESULTADOS DA INOVAÇÃO NA ESF DE CAMPINA GRANDE

Além da identificação das inovações na ESF de Campina Grande, dos seus determinantes e dos atores que participam dessa dinâmica, também se faz necessário entender quais os efeitos da inovação no que diz respeito aos aspectos sociais, gerenciais e assistenciais, conforme preconizado por Fleury (2014), bem como verificar se há a realização de avaliação

dos resultados da inovação e como esta é feita, inclusive se leva em consideração a percepção do usuário quanto aos benefícios da inovação.

Com a adoção e utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) foi alcançada uma melhor integração dos serviços de saúde e otimização do fluxo de atendimento. Os dados presentes no *case* da empresa de tecnologia contratada para a adoção e utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) evidenciam que a implantação dessa inovação resultou em um aumento de mais 176.746 usuários cadastrados, possibilitando, assim, o acesso a um maior número de pessoas aos serviços de saúde prestados pela ESF do município.

Ao oferecer resposta efetiva às demandas coletivas de acesso à saúde aos cidadãos de Campina Grande, esse resultado reflete o valor da inovação no setor público, em conformidade com o que explicam Castro, Isidro-Filho e Menelau (2017) e Comissão Europeia (2013). Sobre os benefícios advindos com a implementação do PEC, a Gerente do Distrito Sanitário IX esclareceu que:

[...] com o PEC [...], a gente tem acesso mais rápido ao prontuário do cidadão. Inclusive, o que eu acho extremamente interessante, se um paciente, por exemplo, mora no meu território, mas ele vai para outro território, então o médico de lá vai poder ter acesso online ao prontuário. Não vai precisar de papel, porque papel pode muitas vezes se perder, extraviar, enfim. [...] Então, com o PEC, inovação extremamente importante, [...] é tudo online. [...] O paciente chegou, a recepcionista encaminha para o técnico de enfermagem. O técnico de enfermagem vê as necessidades do paciente, se precisa ir para a enfermeira ou para o médico, e já encaminha. [...] E aquele paciente fica visto, e aí tem um acompanhamento melhor (E3).

Dessa forma, o PEC se constitui em uma inovação que traz resultados por meio de uma estratégia baseada em tecnologia, conforme explicam Diclemente et al. (2019). Em termos de resultados relativos aos aspectos gerenciais alcançados com o PEC, a Assessora da Direção de Atenção à Saúde ressaltou que um dos benefícios foi o aperfeiçoamento dos gastos, por ter proporcionado uma redução da aquisição e do uso de papel para a elaboração e manutenção do prontuário do usuário, antes físico e agora eletrônico (conforme pode ser visualizado no Apêndice G e no Anexo C). Segundo Cavalcante e Cunha (2017), Cunha (2017), Cavalcante, et al. (2017), Vries, Bekkers e Tummers (2016), Bugge e Bloch (2016) e Comunidade Europeia (2013), aprimorar os gastos representa um dos motivos que fazem com que o setor público empreenda esforços em prol da inovação.

Outro ganho referente a aspectos gerenciais, advindo com o PEC, diz respeito ao melhoramento da eficiência interna da gestão e da produtividade, que, de acordo com Rosero et al. (2017) e Omachonu e Einspruch (2010), é um benefício advindo com o uso da tecnologia

da informação na inovação em saúde. Isso porque o PEC possibilita não somente a redução do uso de papel, economizando, assim, recursos e tempo de trabalho, como também agiliza o processo de cadastramento e atendimento dos usuários. Um das Agente Comunitárias de Saúde da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio de grupo focal, falou a respeito:

[...] a gente antes trabalhava com a ficha, aí tudo isso demorava mais para a gente preencher. Hoje não. Hoje a gente trabalha com o *tablet*. No *tablet* já tem todas as informações daquela família. É só a gente clicar naquele usuário, lá tem as informações. A gente vai fazendo a visita e já vai abastecendo o sistema. Agiliza (GF1AC2).

Assim, a utilização do PEC permite aos profissionais de saúde registrar os dados dos cadastros e dos atendimentos aos usuários em tempo real, os quais são enviados simultaneamente ao Ministério da Saúde. Essas informações são relevantes para que o Ministério da Saúde avalie o cumprimento das metas da Atenção Primária à Saúde que são por ele estipuladas. Sobre isso, a Auxiliar de Saúde Bucal da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio de grupo focal, explicou que:

O PEC está sendo positivo para gente [...] antes, quando era papel (prontuário do usuário), tinha que anotar tudo e no final do mês tinha que pegar um por um, somar, digitar. E agora não, [...] o paciente entra, eu abro a ficha dele aqui, e quando o paciente sai já está tudo pronto. A ficha dele já está fechada, já está tudo ok para entrar outra pessoa. E já vai tudo para o Ministério da Saúde. [...] Agora está bem mais fácil (GF1AX).

Ainda em termos de melhoramento da eficiência da gestão e da produtividade, a Assessora da Direção de Atenção à Saúde indicou que com o PEC houve o favorecimento para que qualquer unidade de saúde possa acessar os dados do cidadão, facilitando o acesso aos serviços de saúde. Além disso, dispondo da informação cadastrada de endereço de moradia do usuário, a unidade de saúde pode identificar se aquele cidadão pertence ou não a sua área de abrangência de atendimento.

Nesse sentido, o PEC proporciona uma melhor organização e disponibilização dos serviços de saúde ao diminuir a possibilidade de incorreção em relação ao registro de moradia que era apresentado pelos usuários na chegada à unidade de saúde, viabilizando o fornecimento dos serviços a quem de fato reside no território abrangido pela unidade.

Esse resultado foi verificado, por meio da observação direta, na UBS Ronaldo Cunha Lima, no momento em que uma usuária foi à unidade de saúde solicitando atendimento, porém, a equipe pode identificar que ela é residente de outra área de abrangência, orientando-a a procurar a UBS a qual se encontra adscrita. Dessa forma, a Gerente do Distrito Sanitário X e a

Dentista da UBS Maria de Lourdes Leôncio, esta última, por meio de grupo focal, esclareceram que:

[...] o que nós tínhamos antes, pessoas de outros municípios, municípios circunvizinhos, tinham acesso as nossas vagas, tirando as vagas dos nossos usuários de Campina. E com o sistema não. O sistema como agora é pelo cartão SUS, aí como você sabe o cartão SUS é atrelado ao CPF, então, só tem acesso a marcação e a atendimentos, pacientes que são cadastrados na área, né? Que residem naquela localidade. [...] (E7).

[...] eu acho que o PEC veio facilitar muito isso, porque às vezes eles dão endereço falso. Arruma endereço aqui de parente, de amigos. Quando a gente bota pelo nome, pelo cartão do SUS, já aparece a área que é. [...] se eu for agendar pessoas de outro território, o meu território vai ficar sem (o serviço de saúde), vai ficar descoberto [...] só atende se estiver cadastrado agora. E a gente explica. A gente está nessa fase de explicar. Aí às vezes eles atualizam o cartão e guardam o cartão antigo, como se eles pudessem ficar com o cartão de uma cidade do interior e outro de Campina. Não pode. [...] Aí facilitou isso, porque não fica a pessoa com dois, três atendimentos, em três unidades. Você tem que se decidir por uma, a que você realmente reside, no seu território [...] Porque eles estão acostumados com a prática dos postos de saúde antigo, que qualquer pessoa chegava e era atendida (GF1D).

Soma-se a isso a diminuição do risco de perda de informações relativas aos usuários e aos atendimentos, levando em consideração que o prontuário em papel sofre desgaste natural com o tempo, necessitando ser substituído. Nesta perspectiva, a Assessora da Direção de Atenção à Saúde mencionou que:

Acontece que o prontuário [...] em papel, físico, [...] rasga, a gente pode perder. Não que a gente não possa perder os dados informatizados, pode acontecer, [...] e o prontuário físico você precisava renovar com o tempo, porque ele se desgastava. Mas isso também não foi desperdiçado. As equipes guardam, porque tem pessoas (usuários) também que saem, que voltam, tem todo esse fluxo, que elas vão para outra área, aí a outra equipe não conhece. [...] isso (PEC) foi um grande ganho, porque você antes poderia perder alguma coisa e com o cartão do SUS a gente tem uma base que você é atendido com esse mesmo cartão aqui, no hospital que você vá, qualquer outro serviço a nível da unidade de saúde (E1).

A Assessora da Direção de Atenção à Saúde esclareceu também que, com a implantação do PEC, tornou-se possível ter fácil acesso às informações que possibilitam a indicação da necessidade de outras inovações ou de correções nas existentes, em conformidade com o mencionado por Aas, Jentoft e Vassstrom (2016), Carljford et al. (2010). A respeito disso ela falou que: “[...] a rapidez nas informações lhe dá mais condições também para intervir. A gente tem acesso ao sistema que ele diz o que está sendo feito em qualquer unidade de saúde. [...] E com isso você pode estar planejando, tanto os profissionais, como a gestão como um todo.” (E1).

Outro benefício advindo com o PEC diz respeito à otimização do alcance dos serviços de saúde para população. Isso porque antes do PEC, como se tinha o cadastro das famílias na unidade de saúde, feito pelas Agentes Comunitárias de Saúde, havia um foco maior em atender, prioritariamente, em domicílio, diabéticos, hipertensos, acamados, crianças e gestantes. Agora, nessas visitas, a atenção se volta para todos os integrantes da família, uma vez que o cadastramento leva em consideração a quantidade de pessoas residentes em um mesmo domicílio. Uma das ACS da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio do grupo focal, explicou:

[...] antes, como a gente tinha essa questão de visitar a família, a gente priorizava muito assim, eu chego em uma casa, aí tem um hipertenso. Aí meu olhar era direcionado para aquele hipertenso, para aquela criança (por exemplo). Perguntava alguma coisa (dos demais moradores), mas ficava assim, uma coisa meio vaga. Hoje não. Como a gente atende todas as pessoas, então quando a gente chega na visita, a gente vai querer saber de todos daquela casa para poder a gente dar as informações (GF1AC2).

Dessa forma, é possível perceber que essa inovação possibilita uma amplitude maior de percepção e atenção às necessidades da população, centrando-se ainda na família, proposta intrínseca à ESF, mas com um cuidado específico para cada integrante da família. Isso representa, de acordo com Fleury (2014), não somente o alcance de aspectos assistenciais da inovação, em razão de o PEC possibilitar uma melhoria do acesso e do atendimento aos usuários, como também resultados em termos de aspectos sociais, já que há uma melhor disponibilização de informações e orientações de saúde à população.

A Gerente do Distrito Sanitário IX e a Enfermeira da UBS Hidenburgo Nunes de Figueiredo acrescentam que a ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde é um benefício que se estende à adoção do Acesso Avançado e do Saúde na Hora. O Acesso Avançado permite que o cidadão disponha dos serviços de saúde no momento de sua necessidade, sem precisar aguardar a data de um agendamento para tanto. A Gerente do Distrito Sanitário V falou a respeito dos resultados advindos com o Acesso Avançado:

No Acesso Avançado, a equipe informa a comunidade que está dessa forma. Eles (usuários) quando chegam na unidade, às vezes até o próprio médico já se envolve na questão da triagem, de dizer, quem vai ser o primeiro atendimento [...] E aí, parece que em uma manhã eles (médicos) conseguem atender um número bem maior do que se tivessem no agendamento, [...] entendeu? Aí atende todas as pessoas que procuram, de criança e idoso (E4).

Nesse sentido, com o PEC e com o Acesso Avançado, houve melhoria tanto para os gestores e profissionais de saúde, no que se refere à organização e disponibilização dos serviços,

representando o alcance de resultados em termos de aspectos gerenciais, quanto para os usuários, em razão da facilitação de acesso aos serviços de saúde e de atendimento, contemplando resultados voltados aos aspectos assistenciais, conforme Fleury (2014).

Nas três UBS que foram visitadas (Maria de Lourdes Leôncio, Ronaldo Cunha Lima e Hidenburgo Nunes de Figueiredo), foi possível perceber, por meio da observação direta, que de fato o fluxo de atendimento foi facilitado, de modo que os usuários têm suas demandas atendidas conforme ordem de chegada, mediante registro no PEC.

Já o Saúde na Hora, segundo a Gerente do Distrito V, além de proporcionar resultados positivos para o cidadão, pela disponibilização de serviços de saúde em horário expandido (sem intervalo de almoço, em horário noturno e, complementarmente, aos sábados e domingos), também se apresenta como uma forma de estimular a motivação dos profissionais da saúde, uma vez que oportuniza a esses a obtenção de um dia de folga, o que é algo importante para eles frente à elevada carga de trabalho que cumprem. A respeito disso, a Gerente do Distrito Sanitário V mencionou que:

Quando isso acontece (operacionalização do Saúde na Hora) é como se a gente agradasse ao profissional. Tem esse *feedback* também, porque eles (profissionais da saúde), à medida em que fazem um atendimento noturno, tiram uma folga, sabe, [...] então eles também se sentem privilegiados por terem essa oportunidade de às vezes tirar uma folga [...] Então, eu só vejo de forma positiva, tanto para a gente da gestão [...] que atinge indicadores quando faz esse tipo de atendimento, quanto para os usuários, quanto para os profissionais. Então todo mundo sai ganhando (E4).

O Saúde na Hora, assim como o PEC e o Acesso Avançado, adicionou à ESF de Campina Grande a capacidade de melhorar o atendimento e o acesso dos usuários, já que por meio dessa inovação é possível ampliar o horário de funcionamento nas unidades de saúde. Dessa forma, essa ação inovativa contempla resultados ligados a aspectos gerenciais, já que proporciona o engajamento para melhor atender aos usuários, e assistenciais, uma vez que há a utilização pelos cidadãos dos serviços de saúde de que necessitam, conforme aponta Fleury (2014).

Sobre os resultados advindos por meio do Saúde na Hora, a Gerente do Distrito Sanitário VI explicou que houve: “Melhoria do acesso à saúde do homem. A gente está vendo uma procura maior do homem, da mulher, porque tem muitas mulheres que trabalham. E com essa questão do trabalho noturno, horário diferenciado (do Saúde na Hora), muitas mulheres têm como ir, e isso melhora os indicadores de acesso.” (E5).

Especificamente sobre a melhoria do acesso à saúde do homem, com o Saúde na Hora, a Gerente do Distrito Sanitário X acrescentou que o Saúde na Hora:

[...] tinha gente que chegava lá (na unidade de saúde) oito horas da noite, com as mãos tudo sujas, porque vinha do trabalho. E eles (homens) disseram: “como é bom a gente ter esse momento, porque a gente não tem tempo de se cuidar durante o dia, porque a gente trabalha, e foi disponibilizado dias para que a gente pudesse ter o atendimento.” Então, eles mesmos nos procuram para agradecer. Ficam satisfeitos com o trabalho que a gente desenvolve (E7).

Com efeito, esse *feedback* dos usuários representa não somente a identificação dos benefícios dessa inovação, mas também se constitui em uma força motriz para que a equipe da ESF e as gerências busquem novas formas de continuar a melhorar a prestação dos serviços de saúde para a população.

A adoção do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) possibilitou para a ESF de Campina Grande uma melhoria em termos da organização dos procedimentos de marcação de exame. Isso facilitou tanto o trabalho dos profissionais de saúde e da gestão dos atendimentos, benefícios que estão ligados a aspectos gerenciais do resultado da inovação, quanto o acesso dos usuários aos exames necessários as suas demandas, representando, na visão de Fleury (2014), o alcance de aspectos assistenciais do resultado da inovação, conforme mencionado pela Gerente dos Distritos Sanitários VII, VIII e USF Professora Odete Leandro:

[...] o usuário, por muitas vezes, sai da unidade de saúde já com seu exame marcado. Então, é uma coisa mais palpável, coisa que antes a gente não tinha, né? A gente ficava refém, vamos dizer assim, de uma central de marcação, onde a gente ficava no telefone, aguardando. Isso levava dias, meses, horas. E aí acabava que angustiava mais ainda aquele que já estava precisando, por motivos até de urgência [...] (E6).

O HiperDia possibilitou a identificação da ordem prioritária do atendimento realizado pelas equipes da ESF do município para os usuários portadores de hipertensão e diabetes mellitus, de acordo com a classificação de riscos cardiovasculares, melhorando a organização dos atendimentos, o que alcança os aspectos gerenciais do resultado da inovação, conforme Fleury (2014). O Médico da UBS Ronaldo Cunha Lima, por meio de grupo focal, explicou que: “Quanto mais o paciente tem risco, mais vezes ele vai ser atendido, tanto em seu domicílio, quanto na unidade de saúde. [...] Todos vão ser atendidos, mas a gente queria intensificar (o atendimento) para aquele que vai ser a principal demanda.” (GF2M).

A implementação da USF Professora Odete Leandro no Campus da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) de Campina Grande trouxe, de acordo com a Diretora de Atenção à Saúde, como um dos resultados, a ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde do município, envolvendo o aspecto assistencial do resultado da inovação, além do aumento da qualidade do atendimento aos usuários, o que representa o aspecto gerencial do resultado da inovação, conforme Fleury (2014). A entrevistada esclareceu que:

[...] é uma inovação muito boa [...] é uma parceria que deu certo e que teve uma alegria, animação muito grande, tanto dos professores da UEPB, quanto nossa, porque a gente estava levando uma qualidade de atendimento àquela comunidade, mais ou menos três mil pessoas que não tinha acesso. O acesso deles era um centro de saúde aleatoriamente. E agora eles estão com olhar de cuidado naquela Unidade de Saúde da Família (E2).

Percebe-se, então, que essa parceria proporcionou a junção dos recursos de que cada um dispunha (UEPB e Prefeitura Municipal de Campina Grande) visando ao atendimento das necessidades de uma parte da população ainda descoberta em termos de acesso adequado aos serviços de saúde, além de ser uma experiência enriquecedora tanto para a gestão municipal de saúde, quanto para os profissionais da instituição superior de ensino.

Dessa forma, a melhoria na prestação dos serviços de saúde na ESF do município, por meio da ampliação do acesso, e o aumento da qualidade no atendimento são consequências positivas alcançadas com a implementação dessa inovação, resultados estes que demonstram a importância da inovação na saúde pública, segundo Isidro-Filho (2017), Kattel et al. (2015), Bloch (2011) e APSII (2011).

A Roda de Conversa com Doentes Mentais e o Rainhas do Bosque, como inovações de prestação de serviços, proporcionam à ESF de Campina Grande uma transformação no modo em que dos serviços de saúde mental são ofertados para a população. Na mesma perspectiva de mudança da forma em que os serviços de saúde são prestados estão as inovações 1000 Dias e Oficina Terapêutica para Cuidadores.

Assim, as inovações citadas possibilitam melhor aceitação e participação dos usuários que necessitam desses serviços, o que representa o alcance de resultados em termos de aspectos assistenciais, além de fazer com que as unidades de saúde consigam cumprir adequadamente com as suas metas de atendimento, caracterizando resultados relativos a aspectos gerenciais, de acordo com o explicado por Fleury (2014).

A respeito da Oficina Terapêutica para Cuidadores, essa inovação possibilitou, ainda, um novo serviço, cujo objetivo foi de capacitar profissionais de saúde que integram as equipes de ESF e outros interessados. Proporcionar aprendizagem e conhecimento é uma ação que reflete o valor da inovação no setor público, segundo Castro, Isidro-Filho e Menelau (2017) e Comissão Europeia (2013), além de esse resultado estar relacionado a aspectos assistenciais, de acordo com o que explica Fleury (2014), já que possibilita um meio de aperfeiçoamento dos profissionais e posterior utilização do conhecimento adquirido na prestação dos serviços de saúde.

Especificamente sobre a inovação 1000 Dias, esse projeto traz como benefício o combate à desnutrição materna e infantil entre a gestação e o término do segundo ano de vida da criança. Nesse sentido, a ação inovativa se volta ao propósito de agregar uma nova forma de prestar os serviços de saúde que devem ser oferecidos a esses usuários, aspecto assistencial do resultado da inovação, de acordo com Fleury (2014). Além disso, alcança também resultados relativos ao aspecto social da inovação, conforme indicado por Fleury (2014), ao inserir uma nova forma de disponibilizar informações relevantes para a população, com o intuito da defesa e garantia dos direitos à vida e à saúde da criança e da gestante.

Outras inovações que implementaram novos serviços na ESF de Campina Grande foram a Troca de Sonda e as Práticas Integrativas. A primeira trouxe como resultado a facilitação ao usuário para realizar a Troca de Sonda na própria UBS em que é adscrito, sem ter que aguardar em hospital para obter o serviço. Já a segunda proporciona uma abordagem diferente da prática tradicional para o tratamento de saúde do cidadão, sendo mais uma opção para o usuário.

Os resultados de ambas as inovações se relacionam ao atendimento de aspectos gerenciais da inovação, por proporcionar uma melhor disponibilidade dos serviços de saúde e de aspectos assistenciais, uma vez que oferecem novos serviços de saúde, de acordo com Fleury (2014), conferindo respostas adequadas às demandas dos cidadãos.

As inovações Projeto dos Idosos, Cartilha de Vacinação do Bebê e Ação na Praça para Combate ao Mosquito *Aedes Aegypti* proporcionaram aos cidadãos orientações de saúde para que possam melhor se prevenir e usufruir dos serviços de saúde ofertados pela ESF do município, o que também facilitou e aumentou a adesão dos usuários a comparecerem e participarem das ações de saúde desenvolvidas nas UBSs.

Desta maneira, os resultados dessas três inovações representam o atendimento do que é considerado como valor alcançado pela inovação no setor público em termos de benefícios coletivos para o aumento da saúde da população, conforme explicam Castro, Isidro-Filho e Menelau (2017) e Comissão Europeia (2013).

É importante ressaltar que essas inovações, por se configurarem como ações preventivas ao estado de adoecimento dos usuários, contribuem para reduzir os investimentos em saúde pública no médio e longo prazo, tendo em vista que ações corretivas são, na maioria das vezes, mais dispendiosas do que a prevenção.

Assim, os resultados das inovações Projeto dos Idosos, Cartilha de Vacinação do Bebê e Ação na Praça para Combate ao Mosquito *Aedes Aegypti* demonstram o alcance de aspectos assistenciais, por proporcionarem a introdução de novos mecanismos de organização da oferta de ações e serviços de saúde, e de aspectos sociais, já que representam uma forma diferente e

Quadro 16 - Resultados alcançados com as inovações na ESF de Campina Grande

RESULTADOS DAS INOVAÇÕES					
ASPECTOS GERENCIAIS		ASPECTOS ASSISTENCIAIS		ASPECTOS SOCIAIS	
Inovações	Melhoria da qualidade dos serviços de saúde, conforme a perspectiva das gestoras e profissionais de saúde	Inovações	Melhoria do acesso aos serviços de saúde e do atendimento aos usuários	Inovações	Disponibilização de informações e orientações de saúde à população
PEC; SISREG; Saúde na Hora; Acesso Avançado; Criação de Unidade de Saúde da Família no Campus da UEPB		PEC; SISREG; Saúde na Hora; Acesso Avançado; Criação de Unidade de Saúde da Família no Campus da UEPB			
Inovações		Inovações			
PEC; SISREG; Acesso Avançado; Saúde na Hora; Oficina Terapêutica para Cuidadores	Melhoramento da eficiência da gestão e da produtividade	Troca de Sonda; Práticas Integrativas; Oficina Terapêutica para Cuidadores	Disponibilização de novos serviços de saúde	Projeto dos Idosos; Cartilha de Vacinação do Bebê; Ação na Praça para Combate ao Mosquito <i>Aedes Aegypti</i>	
Roda de Conversa com Doentes Mentais; 1000 Dias; Rainhas do Bosque		Inovações			
		Acesso Avançado; Saúde na Hora; Roda de Conversa com Doentes Mentais; 1000 Dias; Práticas Integrativas; Rainhas do Bosque; Projeto dos Idosos;			
Inovações	Estímulo à motivação dos profissionais de saúde	Novas formas de prestação e comunicação dos serviços de saúde			
Saúde na Hora					
Inovações	Melhor organização e disponibilidade dos serviços de saúde				
PEC; Acesso Avançado; Saúde na Hora; SISREG; HiperDia					
Inovações					Aperfeiçoamento dos gastos
PEC					

Fonte: Elaboração própria (2020)

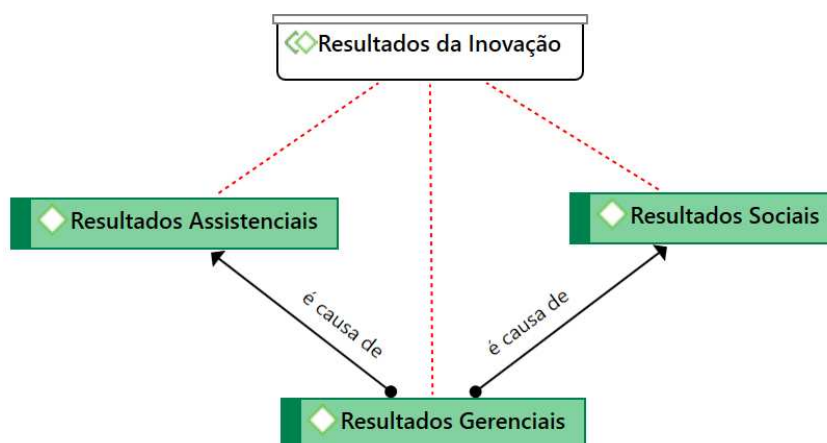
É importante destacar que todas as inovações encontradas na ESF de Campina Grande contemplam resultados que se relacionam tanto aos aspectos assistenciais e sociais quanto aos aspectos gerenciais. Isso demonstra que, embora Fleury (2014) aponte que os aspectos gerenciais são os menos desenvolvidos em termos de resultados da inovação no âmbito do SUS, há a indicação da sua presença de forma expressiva no caso analisado, demonstrando uma tendência da ESF em superar a carência de capacidades administrativas para o atendimento das suas atribuições, uma ação necessária, conforme Gragnolati, Lindelow e Couttolenc (2013), Menicucci (2007) e Arretche (2005).

Verifica-se, assim, que a renovação gerencial da administração pública, incluindo a Estratégia Saúde da Família, iniciada com a Nova Gestão Pública, vem sendo intensificada, porém, sem deixar de lado o atendimento ao interesse público de suas demandas assistenciais e sociais, visualizando o usuário do sistema público de saúde como cidadão, e não como um cliente que adquire serviços do Estado, propostas que estão incorporadas na perspectiva do Novo Serviço Público, de acordo com Euclides e Silveira (2020), Denhardt e Catlaw (2017), Dias (2016) e Santos e Selig (2014).

Cabe ressaltar que no tocante à Nova Governança Pública, o fato de não haver uma relação mais intensa entre a população e o Estado, representado aqui pela ESF e a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, fragiliza o entendimento desse modelo teórico como pertinente ao contexto analisado, em conformidade com o que explica Silvestre (2019).

A Figura 18, oriunda do ATLAS.ti, representa a relação entre os resultados inovativos, demonstrando que os resultados gerenciais apoiam o alcance de resultados assistenciais e de resultados sociais.

Figura 18 - Relação entre os resultados da inovação na ESF de Campina Grande



Fonte: Elaboração própria (2020)

Quanto à realização de avaliações dos resultados obtidos com as inovações empreendidas, apesar da prática comum de reuniões entre os profissionais de saúde que integram as equipes da ESF e as gerências distritais e a gerência municipal, em que há o planejamento das ações inovativas, os participantes da pesquisa indicaram que não é uma ação frequente o planejamento *a priori* da avaliação dos resultados das inovações, o que contraria a indicação de Aas, Jentoft e Vasstrom (2016), Carlford et al. (2010) e Cunningham (2005) de que deve ser feita uma avaliação cuidadosa e criteriosa dos resultados da inovação. Isso significa que há o planejamento das inovações, a fim de que sejam implementadas, mas não das ferramentas e métodos que podem ser utilizados para a posterior avaliação dos benefícios alcançados.

A Enfermeira da UBS Maria de Lourdes Leôncio, por meio de grupo focal, mencionou que seria interessante a inclusão de mecanismos de avaliação dos resultados das atividades inovativas na rotina de planejamento. De igual modo, a Gerente do Distrito Sanitário V apontou que apesar de ainda não haver uma ação da própria gerência ou dos profissionais de saúde para buscar identificar a percepção dos usuários quanto aos benefícios das inovações implementadas, essa é uma possível iniciativa que vem sendo discutida nas reuniões de trabalho das equipes. A entrevistada explicou que: “A gente teve uma reunião [...] e (discutimos) que [...] talvez, para o nosso cargo de gerente fosse importante a gente ter esse contato com o usuário, de fazer uma amostragem [...] e a gente tentar ir a algum bairro próximo ali àquela equipe e conversar [...]” (E4).

Saber se a inovação agrega ou não resultados positivos na ESF de Campina Grande, conforme a Enfermeira da UBS Ronaldo Cunha Lima e a Diretora de Atenção à Saúde, depende mais da percepção dos profissionais de saúde e dos gestores sobre o que se apresenta no dia-a-dia, ou seja, de como estes visualizam e entendem as mudanças que ocorreram por meio das inovações. De acordo com o destacado por Aas, Jentoft e Vasstrom (2016) e Cunningham (2005), uma forma de se analisar os efeitos da inovação, permitindo, assim, o seu aprimoramento contínuo e incremental, é com base nas percepções do cotidiano.

Desse modo, apesar de a avaliação dos resultados das inovações não ser uma ação planejada antecipadamente, com a utilização de instrumentos gerenciais adequados para esta finalidade, os profissionais de saúde e as gerências distritais buscam estar atentos aos impactos advindos com a implementação das inovações, levando esses entendimentos às discussões que são realizadas nas reuniões entre as equipes da ESF e entre as gerências distritais e a gerência municipal. Sobre isso, a Diretora de Atenção à Saúde explicou que:

[...] a gente não tem isso (avaliação dos resultados da inovação) com frequência. Mas hoje eu faço reunião com as gerentes, fazendo avaliações com elas, sobre o processo de trabalho delas com as Unidades de Saúde da Família. Como é que estão sendo as reuniões de equipe, quais são as dificuldades que a equipe tem, quais são as respostas que a gente está dando, justamente para ver as questões não só de inovação, mas também dos problemas que acontecem no dia-a-dia, se a gente está melhorando as respostas para satisfazer os usuários. Mas assim, um monitoramento real eu não tenho. Isso aí de fazer essa avaliação, não. Com frequência não. A partir do monitoramento que eu tenho com as gerentes que acompanham os distritos, a gente vai avaliando como é que está o andamento (E2).

Parte do entendimento pelos profissionais de saúde e as gerências distritais sobre os resultados da inovação vem do *feedback* dos usuários. O *feedback* dos usuários sobre se uma inovação implementada tem contribuído ou não de alguma forma é conhecido quando, por iniciativa desses, há a apresentação de opiniões e/ou queixas, seja em momento de atendimento, em contato com os agentes comunitários de saúde, ou por meio da ouvidoria, conforme explicado pela Assessora da Direção de Atenção à Saúde, pelas ACSs da UBS Ronaldo Cunha Lima e pela Gerente do Distrito Sanitário VI. A Gerente do Distrito Sanitário IX destacou que: “[...] sempre, de alguma forma, o paciente ele é escutado, isso é o mais importante.” (E3).

Com o *feedback* dos usuários, os profissionais de saúde e as gerências distritais encaminham esse conhecimento para as suas reuniões, a fim de discutirem as possibilidades de correção ou de melhoramento, conforme seja necessário ao desenvolvimento e continuidade da inovação. As ACSs da UBS Ronaldo Cunha Lima, a Gerente do Distrito Sanitário IX, a Gerente dos Distritos Sanitários VII, VIII e USF Professora Odete Leandro e a Gerente do Distrito Sanitário V explicaram que um dos *feedbacks* recebidos diz respeito a uma diminuição das reclamações em termos do acesso à saúde e do fluxo de atendimento que é realizado nas UBSs, o que tem relação direta com a implementação das inovações PEC, SISREG, Acesso Avançado e Saúde na Hora. Sobre isso, a Gerente do Distrito Sanitário IX esclareceu que:

Lá (Unidade Básica de Saúde) tem os pacientes, e aí a gente sempre (pergunta): E aí, como é que está o atendimento? Depois que implantou o PEC, o que está achando? E assim, a gente tem esse *feedback* deles de que estão gostando [...] os relatos que eu escuto, não vêm mais reclamação para mim aqui. Porque antigamente vinha muito usuário reclamar de que tinha que pegar ficha, chegar de cinco horas da manhã, ficar com o posto (UBS) fechado ainda e estar lá no meio da rua, um perigo para ele. E hoje, assim, não tenho mais reclamação de usuário [...] de que não teve acesso ao serviço [...] Com a vinda do PEC e do Acesso Avançado melhorou bastante o atendimento (E3).

Por meio da observação direta nas UBSs Maria de Lourdes Leôncio, Hidenburgo Nunes de Figueiredo e Ronaldo Cunha Lima também foi possível perceber que a utilização do PEC e do Acesso Avançado organizou e facilitou o fluxo do atendimento, o que traz benefícios não só

aos usuários, mas também aos profissionais de saúde e aos gestores. A UBS Ronaldo Cunha Lima, inclusive, é agora uma unidade certificada em termos da melhoria do acesso e da qualidade, conforme dito pela Enfermeira dessa unidade de saúde e registrado por meio de fotografia. Essa certificação é decorrente do alcance de índices de mensuração estabelecidos pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do Ministério da Saúde.

Portanto, verifica-se que a percepção dos usuários em relação aos benefícios advindos com a implementação das inovações é algo levado em consideração pelos profissionais de saúde e pelas gerências distritais e municipal de saúde, ainda que por meio de um processo não formalizado, o que é uma ação de avaliação recomenda por Aas, Jentoft e Vasstrom (2016) e Cunningham (2005) como forma de aprendizagem organizacional para favorecer ajustes necessários e o surgimento de outras inovações.

Diante do conhecimento das inovações, dos determinantes e das barreiras à inovação, dos atores envolvidos e dos resultados alcançados com as ações inovativas da Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, a próxima seção contextualiza e apresenta o *framework* adaptado a partir da proposição inicial da Figura 9.

4.6 *FRAMEWORK* DA DINÂMICA DA INOVAÇÃO DA ESF DE CAMPINA GRANDE

Após a descrição e análise dos elementos que envolvem a inovação na ESF de Campina Grande, esta seção se dedica a apresentar o *framework* que representa a dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família do município, realizando, para tanto, uma adaptação à proposta feita por meio da Figura 9.

Primeiramente, são levantadas algumas ponderações críticas a respeito das inovações, dos determinantes e das barreiras à inovação, dos atores envolvidos e dos resultados alcançados com as ações inovativas no caso estudado. Além disso, uma análise à luz da teoria acerca dos modelos de gestão da administração pública é empreendida, a fim de contrapor os achados da pesquisa com as características inerentes aos modelos que são considerados mais adequados para a inovação no setor público, especificamente sobre a Nova Governança Pública (NGP) e o Novo Serviço Público (NSP).

As inovações identificadas por meio do estudo demonstram que há propensão para que as localidades, ou seja, o território em que as Unidades Básicas de Saúde e, conseqüentemente, onde as equipes da ESF atuam, elaborem e implementem iniciativas de inovação. Isso confirma a indicação de Nodari et al. (2019) e de Couto e Ckagnazaroff, (2016) de que são nas

localidades, de onde surgem as demandas dos cidadãos, que se concentram os esforços para oferecer novos serviços de saúde ou novas formas de prestação e/ou de informação sobre esses serviços.

Mais do que as especificidades relativas ao município de Campina Grande, as inovações abrangem as necessidades locais dos usuários, demonstrando que cada localidade pode apresentar fatores que influenciam o processo de inovação na ESF, conforme indicado por Vasconcelos e Parreira (2017), Moraes et al. (2012) e Bloch e Blassiano (2000), seguindo a própria lógica de atuação da Estratégia Saúde da Família, qual seja a de adaptação conforme as demandas e necessidades das comunidades.

Sobre o processo de inovação na ESF de Campina Grande, verificou-se que esse segue as etapas que foram sintetizadas nesta pesquisa a partir dos estudos de Isidro-Filho (2017), Kattel et al. (2015), Hughes, Moore e Kataria (2011) e APSII (2011): acessar novas ideias, selecionar e desenvolver as ideias, implementar a(s) inovação(ões), e, difundir a(s) inovação(ões). Destaca-se o fato de que se trata de um processo sistemático de inovação, pois a ESF do município busca inovar continuamente para além das situações em que se exigem mudanças.

Outro ponto relevante é o fato de que existe autonomia política e administrativa para que as equipes da ESF em suas unidades de saúde desenvolvam e implementem inovações. Dessa forma, a “bricolagem”, mencionada por Aas, Jentoft e Vassstrom (2016), é presente, oportunizando que ideias e iniciativas dos profissionais da linha de frente sejam colocadas em prática. Tal ação é possível devido à existência de gestores públicos municipais, inclusive das gerências distritais, preparados para gerenciar a inovação e que exercem efetivamente a liderança, conforme mencionado por Farias Filho e Miranda (2016), CNM (2016a) e Walker (2006).

Nesse sentido, podem ocorrer dois movimentos para que as inovações sugeridas pelos profissionais de saúde sejam desenvolvidas e implementadas: 1) discutir as novas ideias nas reuniões entre as equipes da ESF, com a liderança dos profissionais de enfermagem, e as gerências distritais sanitárias. Caso seja uma inovação simples e/ou que tenha certa urgência em ser executada, a gerência distrital pode autorizar a sua implementação; 2) levar a discussão das novas ideias às reuniões com a gerência municipal de saúde. Caso a ideia de inovação seja mais complexa e possa esperar para ser adotada, as gerências distritais sanitárias levam a discussão para as reuniões com a gerência municipal de saúde que, reconhecendo a relevância da ação inovativa, busca os recursos necessários, inclusive referente a apoio político, para implementar a inovação.

Quanto aos determinantes da inovação na ESF de Campina Grande, o determinante que mais direciona o surgimento de inovações são as necessidades dos usuários, elemento apontado por Ab Rahman, Ismail e Rajiani (2018). Junto a esse, entender a demanda do público, outro determinante da inovação explicado por Ab Rahman, Ismail e Rajiani (2018), é o fator que mais influencia o surgimento ou melhoramento de serviços públicos de saúde e das formas de sua organização e/ou prestação.

Vale destacar que essa influência não acontece tão intensamente de maneira direta, ou seja, com o próprio usuário participando do processo de construção e implementação da inovação, apesar de haver espaços para a participação ativa do cidadão, como o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Locais de Saúde. A participação social é desejável, mas ainda não acontece a contento. Por essa razão, ouvir a opinião popular, determinante apontado por Halvorsen (2005) e Gomes e Machado (2018), torna-se essencial para que sejam devidamente identificadas as demandas e necessidades da sociedade, o que é realizado pelos profissionais e gestores de saúde.

Assim, os dados da pesquisa mostram que não há total aderência ao que a NGP e a NSP indicam sobre a premência de haver participação social na criação de inovações, mas convergem em torno das características da NSP sobre o papel dos profissionais de saúde e dos gestores públicos de atuarem em prol do interesse público, atribuindo valor à cidadania, ou seja, a seus papéis sociais contributivos com ações para o alcance de respostas adequadas às necessidades dos cidadãos.

Considerar as necessidades dos usuários e, inclusive, os desdobramentos dos desenvolvimentos sociais, como crescimento populacional (outro determinante da inovação evidenciado na pesquisa), como ponto de partida para o desenho ou reconfiguração do serviço de saúde, de sua organização, comunicação e/ou prestação é uma ação que corresponde ao princípio do Novo Serviço Público de servir cidadãos, tendo a responsabilidade de identificar problemas e encontrar soluções. Além disso, ter o usuário como fonte de inovação pode caracterizar a inovação como uma ação democrática, na perspectiva de encontrar no usuário um cidadão que deve ter suas necessidades atendidas pelo Estado, e não um cliente que adquire serviços do setor público, tal qual previa a Nova Gestão Pública.

Dos atores envolvidos na dinâmica da inovação na ESF de Campina Grande, os profissionais de saúde e as gerências (municipal e distritais) são os que têm a predominância de atuação. Não por acaso, uma boa parte dos determinantes da inovação são referentes ou às condições ambientais e gerenciais para que a inovação aconteça (ambiente e clima organizacional propício para a inovação; estrutura de tomada de decisão; apoio dos gestores e

dirigentes; atenção intensiva para as opiniões da equipe; características do gestor; entender a demanda do público; trabalho em equipe; e, uso de sistema de informação gerencial) ou ao desenvolvimento do elemento humano (desenvolvimento de pessoas e competências; experiências entre os empregados; motivação para melhorar o desempenho; e, valores e ambição dos servidores públicos).

Os profissionais de saúde representam, assim, um elo entre os cidadãos e os formuladores de políticas públicas, agindo como burocratas de nível de rua (EUCLYDES; SILVEIRA, 2020). A agência desses atores em prol da inovação na ESF é relevante por enfatizar o exercício da cidadania enquanto representantes do Estado, um dos princípios do Novo Serviço Público, conforme Denhardt e Catlaw (2017), Dias (2016) e Santos e Selig (2014).

Essa interseção entre os atores e o contexto em que estão presentes os elementos que impulsionam a inovação na ESF do município analisado demonstra que tanto a agência dos atores é afetada pelos fatores determinantes da inovação, tal qual mencionam Nodari et al. (2019) e Vargas (2006), quanto esses fatores são influenciados pela própria ação dos atores, na medida em que se adequam para fornecer o suporte necessário para que as inovações sejam criadas e utilizadas.

Ao lado dos profissionais de saúde e das gerências estão os parceiros que trazem contribuições para a elaboração e implementação de inovações. Entre eles, destacam-se os mais relevantes, que são o Ministério da Saúde, principalmente por proporcionar o incentivo financeiro para o desenvolvimento, a partir do atendimento a requisitos de programas governamentais (dois determinantes da inovação também identificados), e as Instituições de Ensino Superior localizadas no município, já que contínua e historicamente colaboram com a Secretaria Municipal de Saúde e com as equipes da ESF para a criação de inovações.

Segundo Costa (2016), as relações de poder relativas à posição hierárquica dos atores, e/ou às classes profissionais a que pertencem, conforme e Cunningham (2005), podem marcar assimetricamente a forma como as inovações são desenvolvidas e implementadas. Entretanto, percebe-se nesta pesquisa que essa relação de poder é menos acentuada pelos fatores elencados pelos autores, apesar de existentes, e mais pelo fato de se o profissional de saúde que pertence à equipe da ESF possui vínculo empregatício temporário ou não.

Nessa perspectiva, das barreiras à inovação na ESF de Campina Grande, a que se sobressai é a limitação de recursos, essencialmente no que tange aos recursos financeiros. É importante destacar as barreiras: regras de concessão para incentivo financeiro e valores

políticos, que se juntam a primeira, sendo até mesmo razões para a limitação de recursos financeiros.

Particularmente sobre a inovação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), algumas barreiras se impuseram a sua adoção e utilização, quais sejam: dificuldade com a disponibilidade de recurso tecnológico; resistência à mudança; imposição, de cima para baixo, da inovação; Ritmo e escala de mudança; e, treinamento inadequado. Nota-se, assim, que em torno da inovação PEC concentra-se boa parte das barreiras identificadas à inovação na ESF de Campina Grande.

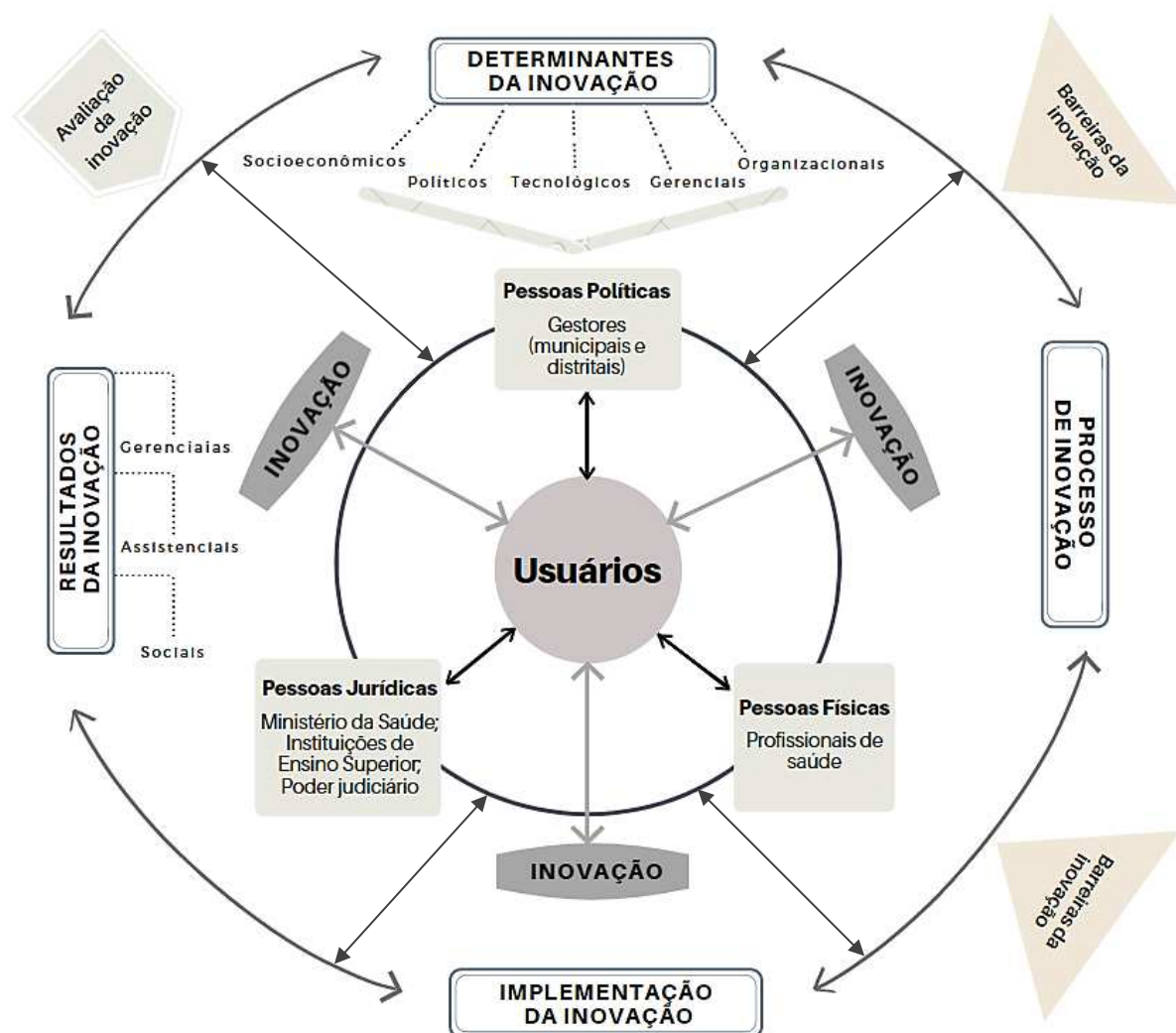
Quanto aos resultados alcançados com as ações inovativas na ESF do município, é importante ressaltar a presença mais expressiva de benefícios relativos aos aspectos gerenciais, o que corrobora a indicação de Fleury (2014) de que o foco das inovações no âmbito da saúde pública tende a recair sobre a correção e/ou melhoramento das falhas gerenciais, sendo um resquício do emprego da Nova Gestão Pública (notadamente voltada para a modernização do setor público). Entretanto, agora toma novos rumos em direção à uma gestão do setor público, inclusive da sua inovação, levando em consideração atributos específicos desse contexto, como a preservação da democracia e a da valorização das pessoas enquanto cidadãs que devem ter suas necessidades atendidas em torno de interesses coletivos, e não individuais, traços presentes na concepção do Novo Serviço Público (NSP).

Assim, no tocante aos modelos de gestão da administração pública, percebe-se que a dinâmica da inovação na ESF de Campina Grande tem mais aderência às características e princípios do NSP, tendo em vista que, conforme evidenciado, há um propósito visível de servir ao cidadão, perseguindo o interesse público, até mesmo em razão de haver a presença de resultados da inovação que se voltam também ao atendimento dos aspectos assistenciais e sociais, além da valorização da cidadania, do serviço público e das pessoas.

Deve-se esclarecer que o que, essencialmente, faz com que as características da Nova Governança Pública (NGP) não se encaixem no contexto analisado é o fato de que, para tanto, seria necessário que houvesse uma participação social ativa e, preferencialmente, em rede com diferentes outros atores, de acordo com Silvestre (2019), algo que não foi evidenciado em sua plenitude.

Diante do exposto, a Figura 19 apresenta a proposição do *framework* da dinâmica da inovação na ESF de Campina Grande após a análise do caso.

Figura 19 - Framework da dinâmica da inovação na ESF de Campina Grande



Fonte: Elaboração própria (2020)

O *framework* proposto evidencia a representação de um ciclo de inovação, pois não há o encerramento do processo após a implementação das ações inovativas, já que se tem a realização da avaliação dos resultados da inovação, ainda que de forma não planejada, o que ocorre por meio da consulta informal aos usuários ou por meio do *feedback* que esses fornecem aos profissionais de saúde, e/ou pelas percepções do dia-a-dia desses profissionais de como as inovações implementadas trazem benefícios, seja para eles próprios, para a gestão e, principalmente, para os usuários.

O usuário figura como ponto central da dinâmica da inovação na ESF, uma vez que é a partir dele que surgem as necessidades que devem ser supridas por meio das inovações, sendo em torno dele e de suas demandas que gira a agência dos principais atores, os quais são explicitados especificamente em cada uma das categorias (atores políticos, físicos e jurídicos).

Com relação aos resultados da inovação, esses são elencados de acordo com a ordem de predominância entre as três dimensões da inovação na gestão local de saúde investigados (aspectos gerenciais, aspectos assistenciais e aspectos sociais), assim como também foi feito para a representação dos determinantes da inovação.

Assim, o *framework* adaptado a partir da Figura 9, conforme a análise teórica-empírica realizada neste estudo, mostra a permanência da representação da dinâmica da inovação na ESF em um ciclo, bem como a indicação concêntrica dos atores envolvidos, embora agora seja possível o esclarecimento de que são esses atores, enfatizando-se a posição central do usuário, e, conseqüentemente, de suas necessidades, como ponto de partida para a agência dos atores. No que se refere aos determinantes e aos resultados da inovação, houve apenas a hierarquização dos elementos mais relevantes identificados no contexto de investigação.

5. CONCLUSÕES

A presente pesquisa partiu da concepção de que a inovação no setor público ocorre de forma particular em cada esfera governamental, e até mesmo em cada área de atuação, em razão das especificidades estruturais, de problemas a serem resolvidos e de finalidade a que atende à população. A partir desse entendimento, o estudo foi norteado pelo seguinte problema de pesquisa: como ocorre a dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família?

Para elucidar essa problemática, foram estabelecidos cinco objetivos específicos: a) Averiguar as inovações empreendidas na Estratégia Saúde da Família; b) Investigar os determinantes e as barreiras da inovação na Estratégia Saúde da Família; c) Identificar o papel dos atores envolvidos na dinâmica de inovação na Estratégia Saúde da Família; d) Analisar a relação entre os atores envolvidos na dinâmica de inovação na Estratégia Saúde da Família; e, e) Descrever os resultados da inovação na Estratégia Saúde da Família.

Em relação ao primeiro objetivo específico, foi possível identificar a existência de quinze inovações na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, entre as quais três estão presentes em todas as Unidades Básicas de Saúde do município: Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e Acesso Avançado. As demais doze inovações encontram-se distribuídas entre as UBSs da cidade. Assim, ficou evidente que as localidades são responsáveis por elaborar e implementar a maior parte das inovações, levando ao entendimento de que as características e necessidades territoriais são responsáveis por guiar as ações inovativas na ESF do município.

É preciso ressaltar o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) como a inovação que mais se destaca, pois foi a que mais trouxe impactos tanto para os usuários quanto para os gestores e profissionais de saúde. Com a adoção do PEC houve uma mudança na forma em que os serviços de saúde são organizados e disponibilizados para os usuários, assim como na interação e acesso dos usuários ao atendimento nas unidades de saúde, o que exigiu e exige adaptação de todos nesse processo de mudança.

Percebe-se que essa adaptação vem ocorrendo de modo gradativo, em que em alguns momentos a inovação é bem aceita, mas, em outros, principalmente quando há dificuldades no seu funcionamento, não é recebida com entusiasmo. Ainda assim, com o entendimento dos benefícios advindos com o uso do PEC, a utilização dessa inovação vai sendo reconhecida como relevante e indispensável para o melhoramento da organização e da prestação dos serviços de saúde.

O tipo de inovação mais presente entre as inovações identificadas foi a inovação do tipo prestação de serviço, indicando o esforço dos gestores e profissionais de saúde em proporcionar formas novas ou alteradas de entregar os serviços de saúde da ESF aos usuários, com a finalidade de continuamente melhorar o acesso e o atendimento desses. Essa também pode ser a razão pela qual há, quanto ao grau de novidade, inovações tanto radicais como incrementais, predominando as inovações com grau de intensidade incremental.

Além disso, deve-se destacar que uma mesma ação inovativa inclui mais de uma tipologia da inovação no setor público, como no caso do PEC, do Acesso Avançado, da criação da USF Professora Odete Leandro no Campus da UEPB, do HiperDia e da Oficina Terapêutica para Cuidadores, o que demonstra não ser tão simples, na prática, entender uma inovação como característica de um único tipo, por trazer consequências conjuntas para diferentes aspectos resultantes.

O processo de inovação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Campina Grande segue, de forma similar, as etapas que foram sintetizadas nesta pesquisa a partir dos estudos de Isidro-Filho (2017), Kattel et al. (2015), Hughes, Moore e Kataria (2011) e APSII (2011). Destaca-se, todavia, que existe autonomia política e administrativa para que as equipes da ESF em suas unidades de saúde, com a liderança das enfermeiras e autorização das gerências distritais, desenvolvam e implementem inovações de forma descentralizada. Isso demonstra que o poder de decisão é distribuído entre os envolvidos com o processo de inovação, o que proporciona não somente a facilitação para o alcance de resultados, como também a possibilidade de surgimento de mais inovações.

Com relação ao segundo objetivo específico, constatou-se a influência de 19 determinantes da inovação presentes na literatura, além de três determinantes que emergiram no contexto da pesquisa, totalizando vinte e dois determinantes da inovação na ESF de Campina Grande. Os principais determinantes dizem respeito às necessidades dos usuários e entendimento da demanda do público, considerando as características sociodemográficas e econômicas e os desdobramentos dos desenvolvimentos sociais (como o crescimento populacional).

Soma-se a esses determinantes da inovação o elemento “ouvir a opinião popular”, em razão de que a participação social não acontece tanto quanto desejável no processo de construção e implementação de inovação, sendo necessário que os gestores e profissionais de saúde estejam atentos e busquem meios de saber do que os usuários necessitam. Percebe-se, assim, que há uma influência mútua entre os elementos determinantes da inovação, tendo em vista que é preciso ouvir a opinião popular para entender a demanda do público a respeito das

necessidades que possuem, as quais são condicionadas pelos determinantes “características sociodemográficas e econômicas” e “desdobramentos dos desenvolvimentos sociais”.

Quanto aos novos determinantes da inovação encontrados no caso analisado, esses foram: características sociodemográficas e econômicas da população, atendimento a requisitos de programas governamentais, e reconhecimento da população. Para atender às necessidades dos usuários é preciso que os profissionais e gestores de saúde compreendam as características sociodemográficas e econômicas da população para que, assim, possam melhor direcionar as inovações.

O atendimento a requisitos de programas governamentais se liga ainda ao determinante financiamento para o desenvolvimento, também identificado na pesquisa, pois o atendimento a requisitos de programas governamentais pode proporcionar a obtenção de recursos necessários ao desenvolvimento de inovações.

No que tange ao reconhecimento da população, trata-se de um elemento que proporciona motivação para que os gestores e profissionais de saúde se mantenham engajados no propósito de inovar. Esse determinante, em particular, é compreendido como extremamente relevante, pois pode ser a força necessária para que, mesmo em meio as adversidades, esses profissionais e gestores se mantenham engajados no propósito de inovar e de levar as melhores soluções para os usuários.

Dessa forma, foi percebido que é necessário para os gestores distritais e municipais de saúde e para as equipes da ESF haver uma fonte de motivação tanto externa, com o reconhecimento da população do valor e dos benefícios trazidos com as ações inovativas que oferecem, quanto interna, já que boa parte dos determinantes da inovação identificados é referente ou às condições ambientais e gerenciais para que a inovação aconteça ou ao desenvolvimento do elemento humano.

Sobre as barreiras da inovação, onze foram identificadas no caso estudado, sendo a principal barreira a limitação de recursos, sobretudo os recursos financeiros. Em razão do PEC ser a mais relevante das inovações encontradas na ESF de Campina Grande, tendo abrangência municipal, boa parte das barreiras (cinco entre elas) diz respeito a sua adoção. É importante enfatizar que uma das barreiras evidenciadas, treinamento inadequado, surgiu do próprio contexto do estudo.

Ou seja, houve um treinamento com gestores e profissionais da saúde da ESF do município para o uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão, porém esse treinamento foi considerado pelos participantes da pesquisa como insuficiente para fornecer conhecimento adequado, principalmente diante das frequentes atualizações que o sistema sofre, levando a

necessidade de reaprender as suas funcionalidades. Isso demonstra que não somente a barreira falta de treinamento dificulta o processo e a implementação da inovação, mas um treinamento mal conduzido também pode levar ao mesmo efeito negativo.

Outro ponto a ser destacado, em relação às barreiras da inovação, diz respeito ao fato de que, no contexto de análise, pode-se perceber o caráter dinâmico em que um mesmo elemento se comporta ora como determinante ora como barreira da inovação. Esse elemento foi o “financiamento para o desenvolvimento”, uma vez que sua relação de influência com a dinâmica da inovação na ESF muda a depender de como as regras para a sua obtenção são alteradas, conforme as concepções político-econômicas vigentes.

No tocante ao terceiro objetivo específico, observou-se que entre os atores políticos, jurídicos e físicos, os que mais se destacam na dinâmica da inovação da ESF de Campina Grande são os profissionais de saúde e as gerências (municipal e distritais), atores físicos e políticos, respectivamente. A interação conjunta entre esses atores demonstra que a aproximação e envolvimento mútuo entre gestão política, gestão administrativa e profissionais da saúde reforça a cooperação na construção de aprendizagem, permitindo o desenvolvimento e implementação de soluções inovadoras, prática relevante para o processo de inovação.

O usuário, apesar de não ser um ator ativo no processo de elaboração e implementação da inovação na ESF do município, figura como ponto central dessa dinâmica, pois é para o atendimento de suas necessidades que se voltam os esforços inovativos da equipe da ESF e dos gestores. É importante ressaltar que o usuário pode até mesmo interferir negativamente, atuando como uma barreira à inovação, diante da eventual resistência que esse imponha para a aceitação de uma ação inovativa ou devido à limitação em compreender as adaptações necessárias ao processo de mudança, advindas com a implementação de uma inovação.

Outro fator evidenciado pelo estudo, relativo aos atores, diz respeito aos conflitos referentes ao vínculo empregatício que o profissional de saúde possui. Na visão de uma das gerentes distritais entrevistadas, ter vínculo empregatício efetivo tende a fazer com que o profissional, de certa forma, se acomode na realização de suas atividades cotidianas, deixando de lado o envolvimento com a inovação.

Em contrapartida, outra gerente distrital entende que o vínculo empregatício temporário, atrelado à força política local responsável pela contratação do profissional de saúde, pode exercer uma influência negativa em termos da disposição para inovar. Essa evidência é relevante, pois demonstra que as relações de poder no contexto do caso analisado estão mais direcionadas ao tipo de vínculo empregatício do profissional de saúde do que a classe

profissional a que pertence, contestando, em parte, o que é mencionado por Cunningham (2005), ou a sua posição hierárquica, de acordo com o que foi apontado por Costa (2016).

É interessante notar que a divergência de entendimento relativa ao tipo de vínculo empregatício do profissional de saúde revela um conflito que existe não somente no âmbito da inovação, mas também é algo presente no cotidiano desses profissionais, pois o fato de haver mais de um tipo de vínculo empregatício gera, por vezes, certas competições e até mesmo disputa de poder, podendo prejudicar o processo de trabalho.

Deve-se destacar também a judicialização como um processo que funciona tanto como um meio para que o Poder Judiciário possa assegurar o atendimento de necessidades dos usuários, as quais não possuem soluções satisfatoriamente disponibilizadas para a população, ao mesmo tempo em que implica em uma possível sobrecarga para o município, e, em consequência, para as equipes da ESF. Dessa forma, o seu papel, por um lado, pode ser benéfico para os usuários, ao terem suas necessidades atendidas, entretanto, para o município e para as equipes da ESF, pode causar um impacto negativo em sua rotina cotidiana e da inovação.

Em relação ao quarto objetivo específico, identificou-se que a parceria entre os atores para a realização de inovações é mais evidente com o Ministério da Saúde e com instituições de ensino localizadas no município. Por meio do Ministério da Saúde, foram adotadas as inovações PEC, SISREG, Acesso Avançado, Saúde na Hora e HiperDia. Já com o apoio das IES, foram implementadas as inovações HiperDia, Ação na Praça para Combate ao Mosquito *Aedes Aegypti*, e, a mais recente, criação da USF Professora Odete Leandro no Campus da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) de Campina Grande.

Esta última é particularmente importante, pois denota o estabelecimento de parceria público-públicas (PuPs), uma forma de cooperação predominante em governos locais, que, nesse caso, foi realizada por parceiros públicos em diferentes níveis governamentais (Secretaria Municipal de Saúde e a UEPB, autarquia pública do Estado da Paraíba), de modo a compartilhar recursos, esforços e conhecimentos na busca de atingir o objetivo em comum de melhorar a eficiência e aumentar a qualidade dos serviços públicos de saúde, promovendo o desenvolvimento regional.

Tal fato demonstra, assim, que as parcerias realizadas para a inovação na ESF de Campina Grande vão além do estabelecimento de parcerias público-privadas (PPPs), indicadas por Sousa et al. (2015), Djellal, Gallouj e Miles (2013), Carneiro Junior, Nascimento e Costa (2011) e Heimann e Mendonça (2005), como um meio usual de obtenção de parceria no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em particular da Estratégia Saúde da Família.

Deve-se destacar que a gestão estadual é mencionada pelos participantes da pesquisa como provedora de recursos financeiros que podem ser utilizados para a consecução das inovações. No caso da criação da USF Professora Odete Leandro no Campus da UEPB, verifica-se que a parceria foi realizada diretamente com a instituição de ensino superior, e, indiretamente, com a gestão estadual, já que a IES é uma autarquia estadual.

Dessa forma, a interação com parceiros para o desenvolvimento de inovações na ESF, no que tange aos âmbitos governamentais (municipal, estadual e federal), é predominante entre a gestão municipal de saúde e a gestão federal, por intermédio do Ministério da Saúde. Tal fato, em consonância com Nodari et al. (2019), pode ser ocasionado em razão da transferência ao longo dos anos da responsabilidade de muitas atividades e serviços de saúde da gestão estadual para a gestão municipal.

Além disso, a presença mais significativa do Ministério da Saúde se justifica por causa de a descentralização da responsabilidade pela gestão e suprimento das necessidades de saúde dos cidadãos para os municípios ser considerada por Arretche e Fonseca (2018), Marchildon e Bossert (2018), Gomes (2010), Arretche (2005), Arretche (2002), Marques e Mendes (2002) e Collins, Araújo e Barbosa (2000) como uma descentralização tutelada, regida pelo controle desse órgão, mediante o repasse de recursos financeiros, o que pode implicar na inadequada adaptação da política de saúde às necessidades locais e ao reforço da centralização do sistema de saúde.

Entretanto, percebe-se que isso não foi impeditivo para que se desenvolvessem inovações, considerando as especificidades locais, tendo em vista a identificação de doze ações inovativas que atendem a esse propósito. Além disso, as outras três inovações que são originárias do Ministério da Saúde foram analisadas previamente pela gestão municipal de saúde quanto à pertinência para sua implementação, demonstrando que há a preocupação em adequar o que é proposto pelo Ministério da Saúde aos problemas locais.

No que diz respeito ao quinto e último objetivo específico, foi possível evidenciar, complementando o estudo de Fleury (2014), que os aspectos gerenciais são os mais contemplados com os resultados da inovação na ESF de Campina Grande. A presença mais expressiva desses resultados, que são relativos às questões de melhoria da qualidade dos serviços de saúde, de eficiência da gestão e da produtividade, de melhor organização e disponibilidade dos serviços de saúde, de estímulo à motivação dos profissionais de saúde, e de aperfeiçoamento dos gastos, alinha-se à visão de Fleury (2014) de que quando da implantação do SUS foram necessárias mudanças na gestão local da política de saúde, demandando, à época, inovações que atendiam aos aspectos sociais, ou seja, que alterassem as relações entre Estado e

sociedade, de modo a permitir e aperfeiçoar o exercício da democracia e participação cidadã na descentralização da gestão local de saúde.

Possivelmente por isso, na ESF do município, foi identificado um resultado ligado aos aspectos sociais da inovação, qual seja, a disponibilização de informações e orientações de saúde à população. Com a estabilização do alcance de resultados em termos de aspectos sociais, a implementação de inovações que contemplassem resultados em termos de aspectos assistenciais, relativos aos programas e serviços de atenção à saúde implementados localmente, foi intensificada ao longo dos anos, sendo ainda presente e relevante, tendo em vista que no caso analisado foram identificadas a melhoria do acesso aos serviços de saúde e do atendimento aos usuários, a disponibilização de novos serviços de saúde, e novas formas de prestação e comunicação dos serviços de saúde como resultados que alcançam os aspectos assistências das inovações.

Sendo assim, entende-se que resultados de inovações assistenciais dificilmente sobrevivem em um ambiente gerencial despreparado para suportar e alavancar essas inovações. Portanto, o que se vê atualmente é justamente o crescimento dos resultados inovativos referentes aos aspectos gerenciais, a fim de avançar no propósito do atendimento integral dos três indicadores da inovação (gerencial, assistencial e social) no âmbito da gestão local de saúde.

A respeito da realização de avaliação dos resultados da inovação, cabe ressaltar que essa não ocorre de forma planejada e com a utilização de instrumentos gerenciais para esse propósito. Ela ocorre de maneira informal, conforme a percepção dos profissionais de saúde e gerentes distritais, ou ainda quando o próprio usuário comunica a sua satisfação ou não em relação às ações inovativas implementadas. Assim, a falta dos procedimentos formais de avaliação dos resultados da inovação deve estar relacionada ao fato de os gestores não terem formação gerencial adequada.

Com fundamento nas análises realizadas, foi proposto o *framework* que representa a dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, o qual contempla quatro dimensões: 1) Atores; 2) Determinantes e Barreiras da Inovação; 3) Inovação; e, 4) Resultados da Inovação. Assim, por meio dessa estrutura, foi possível ratificar a tese defendida nesta pesquisa, ou seja, **a Estratégia Saúde da Família possui uma dinâmica própria para o desenvolvimento de inovações, estruturada em torno da agência dos atores envolvidos em direção à inovação, que é permeada por fatores contextuais (determinantes e barreiras), os quais influenciam o processo e a implementação da inovação, levando a resultados sociais, assistenciais e gerenciais.**

5.1 CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

Os resultados desta pesquisa contribuem de diferentes formas para o avanço da literatura e para a prática gerencial. A primeira das implicações teóricas diz respeito ao fato de que a pesquisa acrescenta conhecimento à literatura sobre inovação no setor público, uma vez que trata sobre o acontecimento de ações inovativas em âmbito municipal, o que ainda carece de explicações, pois o foco de estudos com essa temática geralmente recai sobre o nível federal.

Segundo, supre, em certa medida, a necessidade indicada por Vries, Bekkers e Tummers (2016) e Aas, Jentoft e Vasstrom (2016) de haver pesquisa sobre inovação no setor público em contextos socioeconômicos, político e cultural diferentes do Reino Unido e Estados Unidos, localidades de predominância de estudos sobre o assunto.

Terceiro, a pesquisa avança em relação a uma das lacunas apontadas por Vries, Bekkers e Tummers (2016) sobre a falta de base teórica clara nos estudos sobre inovação no setor público, tendo sido realizada uma articulação estruturada teoricamente entre inovação e saúde pública. Nesse ponto, a contribuição da pesquisa se deve a originalidade em analisar empiricamente os atributos do Novo Serviço Público (NSP) e da Nova Governança Pública (NGP) no contexto da inovação no setor público.

Assim, a discussão teórica acerca da inovação em saúde pública aqui apresentada contribui para o entendimento de como os modelos de gestão da administração pública se evidenciam nesse contexto. Nesse sentido, os princípios do Novo Serviço Público (NSP) são os que mais se aproximam da realidade em que as inovações são desenvolvidas e implementadas na ESF.

Isso significa que a perspectiva do NSP, acerca de como gerir a administração pública, pode ser tomada como referência para se analisar a gestão da inovação no setor público. Assim, a literatura a respeito da inovação no setor público pode e deve ser melhor desenvolvida a partir da lente teórica utilizada por essa abordagem. Os princípios do NSP devem, inclusive, ser mais bem explorados pelos gestores, a fim de aprimorar os resultados alcançados com ações inovativas.

Apesar da importância que a literatura sobre o NSP atribui a participação do usuário no processo de inovação, é o ponto que mais precisa de atenção na dinâmica da inovação na ESF, motivo pelo qual a Nova Governança Pública (NGP) não demonstrou aderência ao contexto de análise, pois esse modelo teórico requer primordialmente o papel ativo do usuário como coprodutor das inovações.

A deficiência da participação social na dinâmica da inovação na ESF do município analisado ressalta a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde em estimular mais a atuação dos usuários nesse processo. Isso pode acontecer por meio de campanhas educativas e de conscientização, enfatizando o papel relevante que esses possuem para a construção de soluções assertivas aos problemas de saúde que suas localidades demandam. O aumento da participação social pode, inclusive, provocar a ampliação dos resultados inovativos em termos de aspectos sociais da inovação, uma vez que reforça a interação do poder público com a sociedade na busca por melhorar a qualidade no atendimento das demandas.

Quarto, essa pesquisa, além de ser um dos poucos estudos que se dedicam a entender como acontece a inovação na ESF, proporciona, ainda, resposta a outra lacuna indicada por Vries, Bekkers e Tummers (2016), que diz respeito ao fato de haver uma falta de visão sistemática abrangente da evidência empírica sobre inovação no setor público.

Quinto, houve o engajamento para investigar não somente os determinantes da inovação, como também a relação combinada entre eles, uma necessidade na discussão teórica sobre a inovação no setor público também apontada por Vries, Bekkers e Tummers (2016).

Sexto, foram investigados e analisados os resultados advindos com a implementação das inovações identificadas, havendo o esforço de esclarecer se as inovações realmente trazem diferenças significativas para os usuários, para a gestão e para o setor público em um contexto macro social. Para além disso, foi empreendida também uma averiguação acerca da existência de avaliação dos resultados da inovação, algo que é importante para favorecer ajustes necessários e o surgimento de outras inovações, apoiando também a promoção de uma cultura de aprendizagem organizacional. Dessa forma, este trabalho avança em relação à indicação de Vries, Bekkers e Tummers (2016) sobre o fato de que boa parte dos estudos sobre inovação no setor público menciona os objetivos da busca pela inovação, mas não se dedicam a verificar os seus efeitos.

E sétimo, a pesquisa contribuiu ainda para a construção de um *framework* inédito que representa a dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família, envolvendo quatro dimensões, as quais, até então, não tinham sido adequadamente contempladas nos modelos e *frameworks* existentes na literatura que envolve a inovação no setor público, principalmente no que se refere à identificação dos atores envolvidos no desenvolvimento das inovações, o que foi evidenciado nesse estudo.

O *framework* proposto é, assim, um instrumento útil tanto para o aprofundamento teórico da temática em ambas as áreas de interesse (administração e saúde) como também para orientar gestores e formuladores de políticas públicas de saúde a respeito de como funciona o

desenvolvimento de inovações na ESF, de modo a permitir o aperfeiçoamento dos processos inovativos, a fim de melhor atender às necessidades dos usuários.

Em relação à generalização, acredita-se que esta pesquisa permite o tipo de generalização naturalística que é explicada por Coraiola et al. (2013), Godoy (2006) e Stake (2005), a qual consiste em deixar que o leitor possa refletir sobre os acontecimentos para chegar às suas próprias conclusões, contribuindo para o aumento de seu conhecimento experiencial a partir do caso, deixando para a ele a possibilidade de fazer generalizações com base no conhecimento desse caso.

Como contribuição prática do estudo, apresenta-se a possibilidade de os achados proporcionarem uma compreensão mais clara para gestão municipal de saúde de Campina Grande de quais são e como se comportam os elementos que envolvem a dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família, a fim de continuamente melhorar os processos inovativos e os resultados alcançados.

Destaca-se a descentralização do poder de decisão, aliada ao apoio da gestão, como fatores relevantes para o surgimento e implementação de inovações, pois, uma vez que quem as executam (profissionais de saúde) participa do processo de criação das ações inovativas, pode haver mais aceitação das mudanças, além da percepção mais adequada sobre o que necessita ser melhorado.

Além disso, os conflitos referentes ao vínculo empregatício que o profissional de saúde possui, frente a sua disposição para inovar, sugerem a pertinência da criação de um plano de carreiras para os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família como forma de mitigar esses conflitos e amparar os profissionais no desempenho de suas atividades.

Pode-se mencionar também o fato de que mesmo em meio às adversidades de origem, predominantemente, político-econômicas as quais o SUS enfrenta, encontram-se na Estratégia Saúde da Família diversos exemplos de ações inovativas que se propõem a melhorar a qualidade da organização, do acesso e da prestação dos serviços de saúde a população. Essa evidência se faz relevante, inclusive, em razão de a literatura considerar que municípios de grande porte, como Campina Grande, têm mais dificuldade em inovar, frente às complexidades dos problemas que são enfrentados.

Entre as inovações evidenciadas no estudo, enfatizam-se os benefícios da adoção do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para que outros gestores municipais de saúde se engajem no propósito de incorporar a utilização dessa tecnologia à Atenção Primária à Saúde. Conforme pode ser constatado em noticiários locais e no estudo de Silva et al. (2018b), há

resistência de alguns gestores em aceitar o PEC como uma mudança necessária para melhor lidar com os desafios cotidianos da gestão em saúde.

Ao verificar o Anexo C é possível perceber como fazer todos os registros relativos ao cadastro e ao atendimento dos usuários por meio de fichas de papel é um processo moroso, e até mesmo desgastante, para os profissionais de saúde, que já se encontram sobrecarregados com todas as demandas e problemas do dia a dia. Sendo assim, todo esse processo pode ser simplificado para os profissionais de saúde com a utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão, e o próprio usuário também é beneficiado, já que o PEC permite a facilitação do acesso aos serviços de saúde, melhorando a qualidade e a efetividade da ESF e, consequentemente, da APS.

É preciso destacar que o esforço e a dedicação dos profissionais de saúde, assim como uma gestão disposta a buscar e apoiar a otimização na realização de suas atividades, evidências dessa pesquisa, fazem a diferença para o alcance dos resultados inovativos encontrados. Durante a coleta de dados, algumas entrevistadas mencionaram que chegam a utilizar recursos próprios para a realização dos projetos que cuidadosamente elaboram para melhor atender às necessidades da população.

Assim, guardada as devidas proporções, em termos da complexidade operacional do SUS, e, por consequência, da ESF, tendo em vista a extensão territorial do país, além das diversidades culturais, sociais e econômicas, as tantas dificuldades pelas quais o sistema público de saúde se depara, certamente seriam minimizadas caso dispusesse dos recursos necessários ao seu adequado funcionamento.

É oportuno, então, refletir que o aperfeiçoamento gerencial da saúde pública é benéfico a todos que dela direta ou indiretamente dependam, algo possível de se realizar, conforme verificado, sendo relevante o direcionamento de políticas públicas que reforcem o empoderamento da gestão municipal, além da contínua capacitação dos profissionais de saúde e da sustentação da expansão e fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. Afinal, é por meio dela e dos profissionais quem estão na linha de frente, conhecedores das necessidades de saúde da população, que se processam as ações de inovação da ESF.

5.2 LIMITAÇÕES E SUGESTÃO DE ESTUDOS FUTUROS

Ainda que haja esforços com o intuito de garantir a condução adequada do estudo, não se pode deixar de lado as limitações associadas a qualquer pesquisa. A primeira delas diz respeito à interface entre dois campos de estudo que possuem suas particularidades funcionais

e comunicativas: administração e saúde. Essas diferenças foram mais sentidas no momento da realização das entrevistas e grupos focais, levando a necessidade de ajustes no diálogo para que fosse possível a compreensão tanto da pesquisadora quanto dos participantes da pesquisa. Ressalta-se que essa limitação foi, por outro lado, enriquecedora, por ter proporcionado uma troca de conhecimento relevante para todos os envolvidos.

Outra limitação se refere ao fato de que inicialmente a proposta do estudo era a de analisar e comparar múltiplos casos da ESF de cidades localizadas em diferentes regiões do país. Entretanto, no decorrer da pesquisa, verificou-se pertinente, para viabilizar o alcance dos objetivos da pesquisa e aprofundar as análises dos resultados, avaliar um caso único, escolhido por meio dos critérios pré-estabelecidos, o que não invalida os resultados identificados. Entretanto, os achados dessa pesquisa podem ser enriquecidos com dados confrontados entre casos distintos.

Destaca-se, por exemplo, que na entrevista piloto, realizada na cidade de João Pessoa, Paraíba, foi identificada a realização de parceria entre a equipe da ESF da USF Ilha do Bispo I e II e indústrias locais para o desenvolvimento de inovações, o que não foi verificado no caso analisado, em que as instituições de ensino são a parceria local mais significativa. Isso pode indicar que as parcerias para inovação são feitas com organizações que possuem mais força representativa no município ou localidade. Nesse sentido, recomenda-se que novos estudos busquem evidenciar as especificidades na dinâmica da inovação na ESF de municípios diferentes, considerando não somente a região do país em que se encontram, mas também o porte da cidade.

Além disso, participaram da pesquisa gestores e profissionais de saúde da ESF do município, não tendo sido ouvidos os usuários para os quais as inovações se direcionam. Dessa forma, a coleta de dados com os usuários poderia ter agregado mais detalhamento sobre os elementos que integram a dinâmica da inovação na ESF de Campina Grande, e, conseqüentemente, na configuração do *framework* que representa essa dinâmica, ficando como recomendação para estudos futuros a inclusão do ponto de vista do usuário em relação ao tema investigado.

O próprio *framework* apresenta uma limitação no sentido de que foi construído com base em um contexto específico da saúde pública, a Estratégia Saúde da Família, que tem suas peculiaridades. Presume-se a possibilidade da utilização do *framework* como uma lente interpretativa em outros cenários para a análise da inovação em saúde pública e, até mesmo, da inovação no setor público, todavia, com as devidas adequações. Sendo assim, sugere-se o empreendimento de pesquisas que se dediquem a investigar a pertinência do *framework*

elaborado em outros contextos inovativos da saúde pública, levando em consideração também os demais âmbitos governamentais (estadual e federal).

Levando-se em consideração a ausência de instrumentos gerenciais de avaliação dos resultados das inovações implementadas na ESF do município analisado, faz-se relevante que novos estudos se dediquem a propor tecnologias de gestão com aplicação prática para essa finalidade. Como sugestão de estudos futuros, pode-se ainda indicar alguns questionamentos que ensejam novas investigações: quanto às inovações implementadas, o que revela, em termos institucionais, o fato de resultados mais expressivos serem advindos de políticas nacionais do Ministério da Saúde? Há relação entre o grau de inovação e os determinantes da inovação na ESF? É possível estabelecer relações causais dessa natureza?

Por fim, levando em consideração a identificação nesse estudo do Novo Serviço Público (NSP) como lente teórica que melhor se adequa para explicar a gestão da inovação na ESF, recomenda-se que novos estudos que contemplem a temática inovação em saúde pública investiguem se de fato o NSP é o modelo teórico de gestão da administração pública que melhor se encaixa para essa análise, e no contexto mais amplo da inovação no setor público.

REFERÊNCIAS

- AAS, T. H.; JENTOFT, N.; VASSTROM, M. Managing innovation of care services: Na exploration of Norwegian municipalities. **Cogent Business & Management**, v. 3, p. 1-15, 2016.
- AB RAHMAN, Z. N.; ISMAIL, N.; RAJIANI, I. Challenges For Managing Non-Technological Innovation: A Case From Malaysian Public Sector. **Polish Journal of Management Studies**, v. 17, n. 01, p. 7-16, 2018.
- ADOM, D.; HUSSEIN, E. K.; AGYEM, J. A. Theoreticaland Conceptual Framework: Mandatory Ingredients of a Quality Research. **International Journal of Scientific Research**, v. 7, p. 438-441, 2018.
- AGOLLA, J. E.; VAN LILL, J. B. An empirical investigation into innovation drivers and barriers in public sector organisations. **International Journal of Innovation Science**, v. 8, n. 4, p. 404-422, 2016.
- ALCÂNTARA, V. de C.; PEREIRA, J. R.; SILVA, E. A. F. Gestão Social e Governança Pública: Aproximações e (De)Limitações Teórico-Conceituais. **Revista de Ciências da Administração**, v. 17, Edição Especial, p. 11-29, 2015.
- ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, 2008.
- AMADIGI, F. R.; et al. A Relação Público-Privado na Saúde Brasileira: refletindo eticamente sobre os impasses e tendências para o SUS. **Cienc Cuid Saude**, v. 6, n. 4, p. 508-513, 2007.
- APSII – AUSTRALIAN PUBLIC SECTOR INNOVATION INDICATORS. **Working towards a measurement framework for public sector innovation in Australia**. Sydney: DIISR; APSII, June, 2011. (APSII Draft Discussion Paper for SRG Meeting 156.doc).
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.
- ARAÚJO; R. F. de; ROCHA, L. M. P. da; CARVALAIS, J. N. Inovações em Organizações Públicas: estudo dos fatores que influenciam um ambiente inovador no Estado de Minas Gerais. **Revista de Administração e Inovação**, v. 12, n.3 p. 07-27, 2015.
- ARRETCHE, M. A Política da Política de Saúde no Brasil. In.: **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- ARRETCHE, M.; FONSECA, E. M. da. Brazil: Local Government Role in Health Care. In.: MARCHILDON, G. P.; BOSSERT, T. J. **Federalism and Decentralization in Health Care**: A Desicion Space Approach. Canadá: University of Toronto Press, 2018.
- AUDIT COMMISSION. Seeing the light. In: **Innovation in local publicservices**. Local government national report, London, 2007.

AXELSON, M.; NETZ, J.; SANDSTROM, C. Collective action problems in public sector innovation: A business model perspective. **Creat Innov Manag.**, v. 26, p. 370–378, 2017.

BANDEIRA-DE-MELLO, R. *Softwares em pesquisa qualitativa*. In: SILVA, A. B.; GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2006.

BARACCHINI, S. A. A Inovação Presente na Administração Pública Brasileira. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 42, n. 2, p. 104-109, 2002.

BARANAUSKIENĖ, I. **Interrelations Between Theory and Practice in The Process of Scientific Research Practice of The Second Cycle Study Programme of Social Work**. UAB, BMK Leidykla, Vilnius, 2014.

BARBAZZA et al. Creating performance intelligence for primary health care strengthening in Europe. **BMC Health Serv Res.** v. 19, n. 1, 2019.

BARBOSA, P. R.; GADELHA, C. A. G. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 46, p. 68-75, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEKKERS, V.; VAN DUIVENBODEN, H.; THAENS, M. Public innovation and communication technology: relevant backgrounds and concepts. In: BEKKERS, V.; VAN DUIVENBODEN, H.; THAENS M. (Eds). **Information and communication technology and public innovation**. Amsterdã; Berlim; Oxford; Tóquio; Washington: IOS Press, 2006. p. 3-21.

BLAIKIE, N. **Designing Social Research: The Logic of Anticipation**. Polity, 2009.

BLOCH, C. **Measuring public innovation in the Nordic countries**: Copenhagen Manual. Copenhagen: Mepin, 2011.

BLOCH, R. A de; BALASSIANO, M. A democratização da gestão pública: as relações entre gestor, inovação e porte demográfico do município. **RAP**, v. 34, n. 1, p.145-164, 2000.

BOGDAN, R. BILKEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Tradução de Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos, Telmo Mourinho Baptista. Porto: Porto Editora, 1994.

BRANDÃO, S. M.; BRUNO-FARIA, M de F. Barreiras à Inovação em Gestão em Organizações Públicas do Governo Federal Brasileiro: análise da percepção de dirigentes. In.: **Inovação no Setor Público: teoria, tendências e casos no Brasil**. Brasília: Enap: Ipea, 2017.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 22 jun. de 2018.

BRADLEY, E. H.; et al. A model for scale up of family health innovations in low-income and middleincome settings: a mixed methods study. **BMJ Open**, v. 2, p. 1-12, 2012.

BRITO, G. E. G. de; MENDES, A. da C. G.; SANTOS NETO, P. M. dos. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface**, v. 22, n. 64, p. 77-86, 2018.

BROWN, J. B.; RYAN, B. L. Processes that influence the evolution of family health teams. **Canadian Family Physician**, v. 64, p. 283-289, 2018.

BRYMAN, A. **Social Research Methods**. Oxford University Press: New York, 4. ed., 2012.

BUCHANAN, D. A.; BRYMAN, A. The organizational research context: properties and implications. In.: BUCHANAN, D. A.; BRYMAN, A. **The SAGE handbook of organizational research methods**. 1 ed. London, Thousand Oaks, CA & New Dehli: Sage Publication, p. 1-18, 2009.

BURRELL, G.; MORGAN, G. **Sociological Paradigms and Organizational Analysis**. London: Heinemann, 1979.

BUGGE, M.; BLOCH, C. W. Between bricolage and breakthroughs – framing the many faces of public sector innovation. **Public Money and Management**, v. 36, n. 4, p. 281-288, 2016.

CAMPOS, R. T. O.; et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, v. 38, n. Especial, p. 252-264, 2014.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso Versus Análise de Conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CARLFJORD, S. et al. Key factors influencing adoption of an innovation in primary health care: a qualitative study based on implementation theory. **BMC Family Practice**, v. 11, n. 60, p. 1-11, 2010.

CARLFJORD, S; FESTIN, K. Association between organizational climate and perceptions and use of an innovation in Swedish primary health care: a prospective study of an implementation. **BMC Family Practice**, 2015.

CARNEIRO, T. S. A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB. 2011. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, 2011.

CARNEIRO JUNIOR, N.; NASCIMENTO, V. B. do; COSTA, I. M. C. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Saúde Soc.**, v.20, n.4, p.971-979, 2011.

CASTRO, C. M. S. de; et al. Antecedentes de inovações em organizações públicas do Poder Executivo Federal. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 22, n. 71, p. 128-143, 2017.

CAVALCANTE, P. L. Trends in Public Administration after Hegemony of the New Public Management: a literature review. **Rev. Serv. Público**, v. 70, n. 2, p. 195-218, 2019.

CAVALCANTE, P.; ET.AL. **Inovação no Setor Público: teoria, tendências e casos no Brasil**. Brasília: Enap: Ipea, 2017.

CAVALCANTE, P.; CAMÕES, M. INOVAÇÃO PÚBLICA NO BRASIL: uma visão geral de seus tipos, resultados e indutores. In.: CAVALCANTE, P.; ET.AL. **Inovação no Setor Público: teoria, tendências e casos no Brasil**. Brasília: Enap: Ipea, 2017.

CAVALCANTE, P.; CAMÕES, M. GESTÃO PÚBLICA NO BRASIL: AS INOVAÇÕES CONFIGURAM UM NOVO MODELO? **Anais do VIII Congresso CONSAD de Gestão Pública**. Brasília: 2015.

CAVALCANTE, P.; CUNHA, B. Q. É preciso inovar no governo, mas por quê? In.: **Inovação no Setor Público: teoria, tendências e casos no Brasil**. Brasília: Enap: Ipea, 2017.

COLLINS, C.; ARAÚJO, J.; BARBOSA, J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. **Health Policy**, v. 52, p. 113–127, 2000.

COMISSÃO EUROPEIA. **Powering European public sector innovation: towards a new architecture**. Directorate General for Research and Innovation; Innovation Union; European Commission. Brussel, 2013. (Report of the Expert Group on Public Sector Innovation).

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Brasil, aqui tem SUS**. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/brasil-aqui-tem-sus/> Acesso em: 22 abr. de 2019.

CNM - CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Saúde na gestão municipal**. Brasília: CNM, 2013.

CNM - CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Anais do Seminário sobre Iniciativas Inovadoras de Gestão Municipal** – Brasília: CNM, 2016a.

CNM - CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Saúde: planejamento e gestão pública municipal** – Coletânea Gestão Pública Municipal: Gestão 2017-2020 – Brasília: CNM, 2016b.

CORAIOLA, D. M.; SANDRE, J. A.; MACCALI, N.; BULGACOV, S. Estudo de caso. In: TAKAHASHI, A. R. W. (Org.) **Pesquisa qualitativa em administração: fundamentos, métodos e usos no Brasil**. São Paulo: Atlas, 2013. p. 307-341.

COSTA, F. L. História, narrativa e representações da administração pública brasileira. **Rev. Serv. Público**, v. 69, edição especial Repensando o Estado Brasileiro, p. 31-52, 2018.

COSTA, L. S. Inovação nos serviços de saúde: apontamentos sobre os limites do conhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, Sup 2, p. 1-12, 2016.

COSTA, L. S. **Análise da dinâmica de geração de inovação em saúde: a perspectiva dos serviços e do território**. 2013. Tese (Doutorado em Ciências em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 2013.

COUTO, F. F.; CKAGNAZAROFF, I. B. Prefeituras priorizam o desenvolvimento local? Um estudo qualitativo do caso de Montes Claros/MG de acordo com a visão de gestores públicos locais. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 8, n. 4, p. 225-234, 2016.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução Magda Lopes; 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, R. A. de O.; et al. Reflexões à luz da Teoria da Complexidade e a formação do enfermeiro, **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n. 1, p. 236-239, 2017.

CUNHA, B. Q. Uma análise da construção da agenda de inovação no setor público a partir de experiências internacionais precursoras. In.: **Inovação no Setor Público: teoria, tendências e casos no Brasil**. Brasília: Enap: Ipea, 2017.

CUNNINGHAM, P. **Innovation in the health sector – case study analysis**. PUBLIN Work Package 4: Synthesis Report. Oslo: Nifu Step, 2005.

DAB. Departamento de Atenção Básica. **Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família**. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/proesf/apresentacao_PROESF_Geral.pdf Acesso em: 24 abr. de 2019.

DAMANPOUR, F.; SCHNEIDER, M. Phases of the adoption of innovation in organizations: Effects of environment, organization and top managers. **British Journal of Management**, v. 17, p. 215-236, 2006.

DAWSON, S.; MANDERSON, L.; TALLO, V. L. **A manual for the use of focus groups**. Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries/World Health Organization, 1993.

DEMIRCIOGLU, M. A.; AUDRETSCH, D. B. Conditions for innovation in public sector organizations. **Research Policy**, v. 46, p. 1681–1691, 2017.

DENHARDT, R. B.; CATLAW, T. J. **Teorias da administração pública**. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

DIAS, P. H. R. de C. Novo serviço público no Brasil: um estudo do orçamento participativo em Porto Alegre. **Rev. FAE**, v. 19, n. 1, p. 34-47, 2016.

DICLEMENTE, R.; et al. Need for Innovation in Public Health Research. **AJPH PERSPECTIVES**, v. 109, n. S2, 2019.

DJELLAL, F.; GALLOUJ, F.; MILES, I. Two decades of research on innovation in services: which place for public services? **Structural Change and Economic Dynamics**, v. 27, p. 98-117, dez. 2013.

DJELLAL, F.; GALLOUJ, F.; MILES, I. Survey of research on health sector innovation. In.: WINDRUM, P.; KOCH, P. **Innovation in Public Sector Services: Entrepreneurship, Creativity and Management**. Edward Elgar Pub, 2008.

DOS-REIS, M. C. A.; SILVA FILHO, A. I. Inovação em Serviços e a Coprodução no Setor Público Federal Brasileiro. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 12, n. 1, p. 1-16, 2020.

E-GESTORAB. **Cobertura da Atenção Básica.** Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> Acesso em: 22 abr. de 2019.

EMIRBAYER, M.; MISCHÉ, A. What is agency? **American Journal of Sociology**, v. 103, n. 4, p. 962-1023, January 1998.

EUCLYDES, F. M; SILVEIRA, S. de F. R. Os Burocratas de Nível de Rua a Partir dos Modelos de Administração Pública. **Revista Desenvolvimento em Questão**, v. 18, n. 51, 2020.

ERIKSSON, E.; HELLSTRÖM, A. Multi-actor Resource Integration: A Service Approach in Public Management. **British Journal of Management**, v. 00, p. 1–17, 2020.

FARAH, M. Inovação e Governo Local no Brasil. In: JACOBI, P; PINHO, J. (org.). **Inovação no Campo da Gestão Pública Local: novos desafios, novos patamares.** Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getulio Vargas, 2006.

FARAH, M. DISSEMINAÇÃO DE INOVAÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS E ESPAÇO LOCAL. **Organizações & Sociedade**, v.15, n.45, p. 107-126, 2008.

FARIAS FILHO, M. C.; MIRANDA, S. M. PRÁTICAS INOVADORAS E ESTILO DE LIDERANÇA NA GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL PARAENSE. **PRETEXTO**, v. 17, n. 4, p. 65-80, 2016.

FENWICK. T. Mattering of Knowing and Doing: Sociomaterial Approaches to Understanding Practice. In: HAGER, P.; LEE, A.; REICH, A. (Ed.) **Practice, Learning and Change: Practice-Theory Perspectives on Professional Learning.** Springer, 2012. p. 67-83.

FERRAREZI, E.; AMORIM, S. N. Concurso Inovação na Gestão Pública Federal: análise de uma trajetória (1996-2006). **Cadernos Enap**, n. 32, p. 1-53, 2007.

FERREIRA, V. da R. S.; et al. Inovação no setor público federal no Brasil na perspectiva da inovação em serviços. **Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v. 12, n.4 p. 99-118, out./dez. 2015.

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. **Rev. Adm. Pública**, v. 48, n. 5, p. 1207-1227, 2014.

FGV. **Experiências de Gestão Pública e Cidadania.** Disponível em: <https://ceapg.fgv.br/experiencias-gestao-publica-cidadania> Acesso em: 10 set. de 2018.

FLEURY, S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde.** Rio de Janeiro: Cebes / Editora FIOCRUZ, 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, v. 14, n. 28, p. 139, 2004.

GALAVOTE, H. S. et al. A gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde Soc.**, v.25, n.4, p.988-1002, 2016.

GALLOUJ, F.; DJELLAL, F. Two decades of research on innovation in services: which place for public services? **1st International EIBURS-TAIPS Conference on Innovation in the public sector and public e-services**, Urbino, Italy, 2012.

GIOVANELLA, L.; et al De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, v.35, n.3, p.1-6, 2019.

GODOY, A. S. Estudo de caso qualitativo. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. (Org.) **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**: paradigmas, estratégias e modelos. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 115-146.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2002.

GONZALEZ, R.; LLOPIS, J.; GASCO, J. Innovation in public services: The case of Spanish local government. **Journal of Business Research**, v. 66, p. 2024–2033, 2013.

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. 49-70, 2018.

GOMES, E. de Q. O SUS e a Organização dos Serviços Públicos de Saúde. In.: CAVALCANTI, P. B.; CARVALHO, R. N.; MIRANDA, A. P. R. de S. **Saúde em Foco**: visibilidades no contexto atual. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010.

GRAGNOLATI, M.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. **Twenty Years of Health System Reform in Brazil**: An Assessment of the Sistema Único de Saúde. Washington, DC: World Bank, 2013.

GRIN, E. Inovação Gerencial em Governos Subnacionais: a Experiência da Prefeitura Municipal de Vitória. **Publicações da Escola da AGU**, 2012.

GUPTA, A.; et al. Promoting development and uptake of health innovations: The Nose to Tail Tool [version 1; referees: 3 approved, 1 approved with reservations]. **F1000Research**, 2016.

HALVORSEN, T. et al. **On the differences between public and private sector innovation**. Oslo: Nifu Step, 2005. (Publin Report, n. D9).

HANSEN, M. B. Antecedents of organizational innovation: The diffusion of new public management into Danish local government. **Public Administration**, v. 89, n. 2, p. 285–306, 2011.

HARTLEY, J. Case study research. In: CASSELL, C; SYMON, G. (Ed.) **Essential guide to qualitative methods in organizational research**, 1. ed. London, Thousand Oaks, CA & New Dehli: Sage Publications, p. 323-333, 2004.

HATHAWAY, J. “**Professional Colleagues and Almost Like Friends**” – The Development of Interorganizational Trust within a Partnership of Three Norwegian NGOs, 2012. Dissertação (Mestrado em Administração) - Department of Administration and Organization Theory, UiB, 2012.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In.: LIMA, N. T.; et al. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

HEWEGE, C. R.; PERERA, L. C. R. In Search of Alternative Research Methods in Marketing: Insights from Layder’s Adaptive Theory Methodology. **Contemporary Management Research**, v. 9, n. 3, p. 343-360, 2013.

HUGHES, A.; MOORE, K.; KATARIA, N. **Innovation in public sector organisations: a pilot survey for measuring innovation across the public sector**. London: Nesta, 2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conheça Cidades e Estados do Brasil**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/> Acesso em: 10 fev. de 2020.

INNOSCIENCE. Diagnóstico de Gestão da Inovação no Setor Público (2015). Disponível em: <http://www.innoscience.com.br/diagnostico-de-gestao-da-inovacao-no-setor-publico/> Acesso em: 10 ago. de 2018.

ISIDRO-FILHO, A. Inovação no Setor Público: evidências da gestão pública federal brasileira no período 1999-2014 In.: **Inovação no Setor Público: teoria, tendências e casos no Brasil**. Brasília: Enap: Ipea, 2017.

KATTEL, R. What would Max Weber Say about Public-Sector Innovation? **The NISPAcee Journal of Public Administration and Policy**, v. VIII, n. 1, 2015.

KATTEL, R., et al. Public Sector Innovation Indicators: Towards a New Evaluative Framework. **Research Report of the LIPSE Project**, n. 6, 2015.

KINALSKI, D. D. F.; et al. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 70, n. 2, p. 443-8, 2017.

KLEIN et al. **Metodologia da pesquisa em administração: Uma abordagem prática**. São Paulo: Atlas. 2015.

KLUMB, R.; HOFFMANN, M. G. Inovação no setor público e evolução dos modelos de administração pública: o caso do TRE-SC. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 21, n. 69, p. 86-102, 2016.

KREBS, T. B.; PELISSERO, J. P. Urban managers and public policy: Do institutional arrangements influence decisions to initiate policy? **Urban Affairs Review**, v. 45, p. 393-411, 2010.

KOCH, P.; HAUKNES, J. **Innovation in the public sector**. Oslo: Nifu Step, 2005. (Publin Report, n. D20).

KOVACS, E. P.; MORAES, W. F. A. de; OLIVEIRA, B. R. B. Características da Localização no Processo de Internacionalização de Empresas. **RAE**, v. 51, n.4, p. 320-335, 2011.

LAPERRIÈRE, A. Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. In.: POUPART, J.; DESLAURIERS, J-P.; GROULX, L-H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. P. (Org.) **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 410-435.

LAYDER, D. **New Strategies in Social Research**. Polity, Cambridge, 1993.

LAYDER, D. **Sociological Practice: Linking Theory and Social Research**, Sage, London, 1998.

LEITE, Y. V. P.; MORAES, W. F. A. de; SALAZAR, V. S. Teoria adaptativa e ATLAS.ti 7: uma parceria para o desenvolvimento de framework de empreendedorismo internacional. **Revista Gestão & Tecnologia**, v. 16, n. 2, p. 153-176, 2016.

LEWIS, J. M.; RICARD, L. M.Z; KLIJIN, E. H. How innovation drivers, networking and leadership shape public sector innovation capacity. **International Review of Administrative Sciences**, v. 84, n. 2, p. 288–307, 2018.

LIMA, J.; DALLARI, S. A estratégia global sobre saúde pública, inovação e propriedade intelectual: estabelecimento de uma ordem de prioridade das necessidades de pesquisa e desenvolvimento no Brasil. **Saúde Soc**, v.29, n.2, 2020.

LIMA, D. H.; VARGAS, E. R. de Estudos internacionais sobre inovação no setor público: como a teoria da inovação em serviços pode contribuir? **RAP**, Rio de Janeiro v. 46, n. 2, p. 385-401, mar./abr. 2012.

LIMA, N. T.; et al. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

LIMA, E. P. de; LEZANA, A. G. R. Desenvolvendo um *Framework* para Estudar a Ação Organizacional: das competências ao modelo organizacional. **Gestão & Produção**, v.12, n.2, p.177-190, 2005.

LISTER, C.; et al. The Public Health Innovation Model: Merging Private Sector Processes with Public Health Strengths. **Frontiers in Public Health**, v. 5, n. 192, 2017.

LORENZETTI, J.; et al. TECNOLOGIA, INOVAÇÃO TECNOLÓGICA E SAÚDE: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA. **TextoContextoEnferm**, v. 21, n. 2, p. 432-9, 2012.

LOWEN, I. M. V.; et al. Managerial nursing competencies in the expansion of the Family Health Strategy. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 6, p. 964-970, 2015.

LYNN, L. Innovation and the public interest. Insights from the private sector. In A. A. Altshuler and R. D. Behn, **Innovation in American Government**. Challenges, Opportunities, and Dilemmas. Washington, DC: The Brookings Institution, p. 83-103, 1997.

MAGALHÃES, J. C. Emancipação Político-Administrativa de Municípios no Brasil. IN.: CARVALHO, A. X. Y.; et al. **Dinâmica dos Municípios**. Brasília: Ipea, p. 13-52, 2007.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9-17, 2015.

MAIA, S. F.; BELEZA, C. M. F.; FEITOSA, M. C. EXPERIÊNCIA DE INOVAÇÃO DA GESTÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 8, n. 10, p. 3547-54, 2014.

MALTA, D. C.; et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MANIMALA, M.J.; JOSE, P.D.; THOMAS, K.R. Organizational Constraints on Innovation and Intrapreneurship: Insights from Public Sector. **The Journal for Decision Makers**, v. 31, n. 1, p. 49-60, 2006.

MARCHILDON, G. P.; BOSSERT, T. J. Federalism and Decentralization in the Health Care Sector. In.: The Forum of Federations, the global network on federalism and multi-level governance, Canadá. **Anais do The Forum of Federations**, 2018.

MARGOLIS, P.; HALFON, N. Innovation Networks: A Strategy to Transform Primary Health Care. **Journal American Medical Association**, v. 302, n. 13, p. 1461-1462, 2009.

MARQUES, E.; ARRETCHE, M. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. **CADERNO CRH**, n. 39, p. 55-81, 2003.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública**, v. 18, p.163-171, 2002.

MEDEIROS, K. T. Política de Saúde no Brasil: um balanço histórico. In.: CAVALCANTI, P. B.; CARVALHO, R. N.; MIRANDA, A. P. R. de S. **Saúde em Foco**: visibilidades no contexto atual. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010.

MEIJER, A. Coproduction as a structural transformation of the public sector. **International Journal of Public Sector Management**, v. 29, n. 6, p. 596-611, 2016.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, P. 38-51, 2018.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MENDIZABAL, G. A.; SOLINÍS, R. N.; GONZÁLEZ, I. Z. HOBE+, a case study: a virtual community of practice to support innovation in primary care in Basque Public Health Service. **BMC Family Practice**, v. 14, p. 14-168, 2013.

MENICUCCI, T. M. G.; GONTIJO, J. G. L. **Gestão e Políticas Públicas no Cenário Contemporâneo**: Tendências Nacionais e Internacionais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MERRIAM, S. B. **Qualitative Research**: A guide to design and implementation, Revised and Expanded from Qualitative research and case study applications in education. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.

MINAYO, C. M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, São Paulo: Hucitec; 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família**: trabalhos premiados/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude> Acesso em: 22 out. de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é Atenção Básica?** Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee> Acesso em: 19 jul de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção Primária à Saúde**: Reforma da APS Brasileira em 11 meses 2019/2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

MIRANDA, A. P. R. de S. Política de Saúde no Brasil: Conquistas e Inflexões. In.: CAVALCANTI, P. B.; CARVALHO, R. N.; MIRANDA, A. P. R. de S. **Saúde em Foco**: visibilidades no contexto atual. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010.

MOORE, M. H., et al. Innovation in policing: From production line to jobs shops. In Altchuler, A. and Behn, R. (Eds), **Innovation in American Government**, Brookings Institution, Washington, D.C, 1997.

MORAIS, I. F. de; et al. O que mudou nos serviços de saúde com a Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v. 13, n. 2, p. 291-9, 2012.

MORGAN, G.; SMIRCICH, L.; The case for the qualitative research. **Academy of Management Review**, v. 5, n. 4, p. 491-500, 1980.

MOTTA, L. C. de S.; BATISTA, R. S. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.39, n. 2, p.196-207, 2015.

MOUSSA, M.; MCMURRAY, A.; MUENJOHN, N. A conceptual framework of the factors influencing innovation in public sector organizations. **The Journal of Developing Areas**, v. 52, n. 3, p. 231-240, 2018.

MULGAN, G. Innovation in the public sector: how can public organisations better create, improve and adapt? **NESTA**, 2014.

MULGAN, G. **Ready or not?** Taking innovation in the public sector seriously. London: NESTA, 2007.

MULGAN, G.; ALBURY, D. Innovations in the Public Sector, **Cabinet Office**, London, 2003.

MUNK, L. et al. Em Busca da Sustentabilidade Organizacional: a proposição de um *framework*. **Revista Alcance**, v. 20, n. 04, p. 460-477, 2013.

NÄHLINDER, J. Understanding innovation in a municipal context: A conceptual discussion. **Innovation: Management, Policy and Practice**, v. 15, n. 3, p. 315-325, 2013.

NELSON, K. L.; SVARA, J. H. Form of Government Still Matters: Fostering Innovation in U.S. Municipal Governments. **The American Review of Public Administration**, v. 42, n. 3, p. 257–281, 2012.

NEVES, R. G.; et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 3, p. 1-8, 2018.

NEWMAN, J. Modernizing Governance: New Labour, **Policy and Society** (Sage, London), 2001.

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.

NODARI, C. H.; et al. Características envolvidas no processo de inovação em serviços públicos de saúde. **Espacios Públicos**, v. 21, n. 51, p.29-49, 2018.

NODARI, C. H.; et l. Dynamics of Actors in Innovation in Public Health Services: Brazilian Experience. **Journal of Health Management**, v. 21, n. 1, p. 1–17, 2019.

NUNES, A. M.; HARFOUCHE, A. P. J. A Reforma da Administração Pública Aplicada ao Setor da Saúde: A Experiência Portuguesa. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, v. 4, n. 2, p. 1-8, 2015.

PANG, T. For innovation-driven public health, facts outweigh opinions. **Nature Medicine**, v. 26, p. 157–162, 2020.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **The innovation imperative in the public sector**: setting an agenda for action. Paris: OECD Publishing, Aug. 2015.

OLIVEIRA, C. D. de **O Papel da Inovação no Processo da Estratégia**: uma pesquisa qualitativa em empresas emergentes de base tecnológica, no Brasil. 2003. Tese (Doutorado em Ciências em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2003.

OLIVEIRA, V. E. de Saúde Pública e Políticas Públicas: campos próximos, porém distantes. **Saúde Soc.**, v.25, n.4, p.880-894, 2016.

OLIVEIRA, E. L. L de. **Inovação na gestão pública federal**: análise das relações entre capacidades, modos e resultados da inovação. 2017. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2017.

OLIVEIRA, M. FREITAS, H. Focus group: Instrumentalizando o seu planejamento. IN: GODOI, C. K. et al. (orgs.) **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**: Paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva, 2010.

OLIVEIRA, L. G de; SANTANA, R. L. F. de; GOMES, V. C. **Inovação no setor público**: uma reflexão a partir das experiências premiadas no Concurso Inovação na Gestão Pública Federal. Brasília: ENAP, 2014.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** v. 66, Edição Especial, p.158-64, 2013.

OMACHONU, V. K.; EINSPRUCH, N.G. Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework. **The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal**, v. 15, n. 1, p. 1-20, 2010.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012.

OPEN INNOVATION IN THE PUBLIC SECTOR: A research agenda [Editorial] **Government Information Quarterly**, v. 34, p. 84–89, 2017.

O'REILLY, M.; PARKER, N. 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. **Qualitative Research**, v. 13, n. 2, p. 190–197, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde**: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OSBORNE, S. P.; BROWN, L. Innovation, Public Policy and Public Services Delivery in The Uk: Theword Thatwould be King? **Public Administration**, v. 89, n. 4, p. 1335–1350, 2011.

OSBORNE, S. P.; BROWN, L. **Managing change and innovation in public service organizations**. Oxon: Routledge, 2005.

PAIVA JÚNIOR, F. G.; SOUZA-LEÃO, A. L. M.; MELLO, S. C. B. Validade e confiabilidade na pesquisa qualitativa em Administração. **Ciências da Administração**, v. 13, n. 31, p. 190-209, 2011.

PATTON, M. Q. **Qualitative Research & Evaluation Methods**. 3 ed. Londo: SAGE Publications, 2002.

PAULICS, V. **Disseminação de inovações em gestão local**. XXV Congresso da LASA, Las Vegas, Nevada, EUA. 2004.

PESSOTO, U. C.; RIBEIRO, E. A. W.; GUIMARÃES, R. B. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. **Saúde Soc.**, v.24, n.1, p. 9-22, 2015.

PINTO, L. F.; ROCHA, C. M. F. Innovations in Primary Health Care: the use of communications technology and information tools to support local management. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1433-1448, 2016.

PIRES FILHO, L. A S.; et al. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde em Debate**, v. 43, n.121, Rio 2019.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017.

PULIDO, K. L. A; CÁRDENAS, L. F. S.; IBARRA, E. R. B. Innovación en Salud: revisión de literatura científica de la última década. **Revista Dimensión Empresarial**, v. 15, n.1, p. 53-72, 2017.

RASIA, I. B.; RUBENICH, N. V.; OLEA, P. M. Inovações na atenção primária à saúde: estudo de casos de 5 UBS de Pelotas/RS. **Revista Gestão & Planejamento**, v. 14, n. 1, p. 137-156, 2013.

REEVE, B. ET AL. State and Municipal Innovations in Obesity Policy: Why Localities Remain a Necessary Laboratory for Innovation. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 3, p. 442-450, 2015.

RESENDE JUNIOR, P.; GUIMARÃES, T. A.; BILHIM, J. Inovação no setor público: análise comparativa entre organizações do Brasil e Portugal. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, v. 12, n. 4, p. 2-11, 2013.

ROCHA, S. F. Descentralização no Âmbito da Política de Saúde: uma reflexão acerca da Municipalização e das Políticas Sociais no Brasil. In.: CAVALCANTI, P. B.; CARVALHO, R. N.; MIRANDA, A. P. R. de S. **Saúde em Foco**: visibilidades no contexto atual. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010.

ROSETO, G. J. T.; et al. La Gestión de la Innovación en los Servicios de Salud Pública. **Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas**. v. 36, n. 3, p.1-8, 2017.

- SACCOL, A. Z. Um retorno ao básico: compreendendo os paradigmas de pesquisa e sua aplicação na pesquisa em administração. **Rev. Adm. UFSMN**, v. 2, n. 2, p. 250-269, 2009.
- SANTOS, Z. M. de S. A.; FROTA, M.A.; MARTINS, A. B. T. **Tecnologias em Saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza: EdUECE, 2016.
- SANTOS, P. M.; SELIG, P. M. Indicadores para o novo serviço público: uma análise bibliométrica e sistêmica. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v.19, n.3, p.82-97, 2014.
- SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. As Novas Tecnologias de Informação e Comunicação em Educação em Saúde. In: **Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. 708p, 2005.
- SCHUMPETER, J. A. **Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico**. São Paulo: Nova Cultural, 1997.
- SILVA, J. P. da Inovação na Atenção Primária à Saúde: Um estudo de caso no município de Marau-RS. **Revista Inovare**, v. 1, n. 1, p. 112-133, 2015.
- SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.
- SILVA, T. S.; LIMA, A. A. T. de F. de C.; GOMIDE, C. S. A. Inovação na Administração Pública: um meta estudo dos anais do ENANPAD. **Revista Capital Científico – Eletrônica (RCCe)**, v. 15, n. 1, p. 1-19, 2017.
- SILVA, R. R. C. C.; MATTIA, C. de Ciência administrativa e gestão pública: uma crítica à primazia do privado em relação ao público. **Cad. EBAPE.BR**, v. 14, n. 4, p. 1054-1065, 2016.
- SILVA, A. B.; RABELO, L. M. B. A emergência do pensamento complexo nas organizações. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 4, p. 777-796, 2003.
- SILVA, M. G. V. da; RIBAS, J. A. N.; MEZA, M. L F. G. de Inovação nas Organizações Públicas: Análise das Ações Premiadas pela Enap. **Desenvolvimento em Questão**, v. 17, n. 46, 2019.
- SILVA, M. V. G. da; et al. A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOCIETAL: um instrumento de controle e participação social. **Revista de Políticas Públicas**, v. 22, n. 1, p. 371-394, 2018.
- SILVA, T. I. M.; et al. Difusão da inovação e-SUS Atenção Básica em Equipes de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 71, n. 6, p. 3121-8, 2018b.
- SILVESTRE, H. C.; MARQUES, R. C.; GOMES, R. Joined-up government of utilities: A meta-review on a public–public partnership and inter-municipal cooperation in the water and wastewater industries. **Public Management Review**, v. 20, p. 607–631, 2017.
- SILVESTRE, H. C.; et al. Shared services in Brazilian local government: Urban development in small counties. **Public Administration**.v. 9, p. 686–702, 2019.

SILVESTRE, H. C. A **(Nova) governança pública**. Brasília: Enap, 2019.

SORATTO, J.; et al. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 2, p. 584-92, 2015.

SORENSEN, E.; TORFING, J. **Collaborative Innovation in the Public Sector**: An Analytical Framework. Roskilde: Roskilde Universitet, 2010.

SOUSA, M de M.; ET AL. Portraying innovation in the public service of Brazil: Frameworks, systematization and characterization. **R.Adm.**, São Paulo, v.50, n.4, p.460-476, out./nov./dez. 2015.

SOUSA, J. C.; BRUNO-FARIA, M. F. Processo de inovação no contexto organizacional: uma análise de facilitadores e dificultadores. **Brazilian Business Review**, v.10, n.3, p.113 – 136, 2013.

SPINK, P. Inovação na perspectiva dos inovadores: a experiência do Programa Gestão Pública e Cidadania. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 1, n. 2, p. 1-13, 2003.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.) **The SAGE handbook of organizational research methods**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005. p. 435-454.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

TEXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In.: **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

TEZA, P.; et al. Direcionadores do processo de inovação: o papel da estratégia, liderança e cultura. **Navus - Revista de Gestão e Tecnologia**. Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 77 - 88, 2013.

TIDD, J.; BESSANT, J; PAVITT, K. **Gestão da Inovação**, 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008, cap. 1 e 2.

TONELLI, D. F.; ET AL. Uma proposta de modelo analítico para a inovação na gestão pública. **Revista Serviço Público**. v. 67, Edição Especial, p. 59-84, 2016.

TONURIST, P.; KATTEL, R.; LEMBER, V. Discovering Innovation Labs in the Public Sector. **Working Papers in Technology Governance and Economic Dynamics**, n. 61, 2015.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

VAN GRAMBERG, B. Investigating Meaning in the Workplace: The Potential of Adaptive Theory. **Journal of Science, Technology and Management**, v. 1, n. 1, p. 69-78, 2008.

VARGAS, E. R. de **A dinâmica da inovação em serviços**: o caso dos serviços hospitalares no Brasil e na França. 2006. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2006.

VASCONCELOS, J. P. R.; PARREIRA, C. M. de S. F. Inovação na Atenção Básica à Saúde: O trabalho cotidiano da Estratégia Saúde da Família em Ceilândia. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 08, n. 02, p 270-283, 2017.

VICKERS, I; et al. Public service innovation and multiple institutional logics: The case of hybrid social enterprise providers of health and wellbeing. **Research Policy**, v. 46, p. 1755–1768, 2017.

VRIES, H. de; BEKKERS, V.; TUMMERS, L. Innovation in the public sector: a systematic review and future research agenda. **Public Administration**, v. 94, n. 1, p. 146–166, 2016.

WALKER, R. M. INNOVATION TYPE AND DIFFUSION: AN EMPIRICAL ANALYSIS OF LOCAL GOVERNMENT. **Public Administration**, v. 84, n. 2, p. 311–335, 2006.

WEBER, A. F.; et al. Inovação em Serviços no Setor Público: análise da produção científica, papel do governo, fatores de impacto e lacunas de pesquisa. **Anais do Simpósio de Gestão da Inovação Tecnológica**, São Paulo, 2018.

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

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Serviços de saúde**. Disponível em: https://www.who.int/topics/health_services/en/ Acesso em: 10 de mar. de 2019.

WU, J.; MA, L.; YANG, Y. INNOVATION IN THE CHINESE PUBLIC SECTOR: TYPOLOGY AND DISTRIBUTION. **Public Administration**, v. 91, n. 2, p. 347–365, 2013.

ZHU, H.; THOMASSEN, S. User-driven innovation and technology-use in public health and social care: A systematic review of existing evidence. **Journal of Innovation Management**, v. 6, n. 2, p. 138-169, 2018.

APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

Prezado (a),

Como previamente apresentado por telefone, sou Katarina Leal Chaves Lacerda, doutoranda do Programa de Pós Graduação em Administração da Universidade Federal da Paraíba, na ênfase em Inovação e Conhecimento, sob orientação do Prof. Dr. André Machado, e estou elaborando a tese de conclusão do curso, cujo tema é: Dinâmica da Inovação na Estratégia Saúde da Família.

O objetivo deste trabalho é analisar como ocorre a dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família. Tal finalidade é decorrente do entendimento de que é possível que existam, para o desenvolvimento de inovações, a presença de atores que possuem papéis específicos nesse processo, influenciados por elementos que determinam o surgimento dessas inovações, possíveis resultados das inovações (em termos sociais, gerenciais e/ou assistenciais), após serem implementadas, além de fatores que podem facilitar ou dificultar o sucesso das inovações ao longo do seu desenvolvimento e implementação, constituindo, assim, a dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família. Consideramos que sua experiência e conhecimento, e dos demais profissionais que integram a equipe da Estratégia Saúde da Família, são fundamentais para o alcance desse objetivo.

Ressaltamos que essa é uma excelente oportunidade para aprofundar o conhecimento acadêmico sobre a temática. E não só a academia poderia ganhar com os resultados da pesquisa, mas também a própria saúde pública, já que tais resultados podem evidenciar aspectos que permitam melhorias ainda não identificadas nos processos inovativos, o que pode vir a contribuir para o fortalecimento da gestão do SUS.

A participação na pesquisa ocorrerá por meio da concessão de entrevistas e participação em grupo focal com profissionais de saúde que estejam ou estiveram envolvidos no processo inovativo e que possam esclarecer as inovações empreendidas na Estratégia Saúde da Família. Esta pesquisa tem finalidade exclusivamente científica e segue normas éticas de comportamento, preservando o sigilo do nome dos entrevistados. Na certeza de sua contribuição, fico à disposição para elucidar quaisquer dúvidas e outras questões relativas à pesquisa em desenvolvimento.

Cordialmente,

Katarina Leal Chaves Lacerda

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada “DINÂMICA DA INOVAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse a tomar a decisão. Leia atentamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pela pesquisadora **Katarina Leal Chaves Lacerda**, doutoranda regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Paraíba (PPGA/UFPB), sob orientação do Prof. Dr. André Gustavo Carvalho Machado e assistência do Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito, ambos docentes da Universidade Federal da Paraíba.

Esta pesquisa tem como finalidade analisar como ocorre a dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família em duas grandes cidades da região Nordeste (João Pessoa-PB e Campina Grande-PB). Assim, os objetivos do estudo são:

- a) Averiguar as inovações empreendidas na Estratégia Saúde da Família;
- b) Investigar os determinantes e as barreiras da inovação na Estratégia Saúde da Família;
- c) Identificar o papel dos atores envolvidos na dinâmica de inovação na Estratégia Saúde da Família;
- d) Analisar a relação dos atores envolvidos na dinâmica de inovação na Estratégia Saúde da Família;
- e) Descrever quais são os resultados da inovação na Estratégia Saúde da Família.

Informamos que o estudo não apresenta maiores riscos a você e nem restrições para sua participação, pois não será utilizado nenhum procedimento que possa lhe prejudicar de alguma forma, assim, não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde. Os possíveis prejuízos que podem lhe afetar decorrem de algum constrangimento que você possa sentir para responder alguma das perguntas e o tempo que você dedicará para responder ao questionário. Além disso, algum possível constrangimento ou estigmatização perante pessoas e instituições, caso as respostas/informações venham a público.

Neste sentido, é garantido o anonimato das respostas dos instrumentos de coleta de dados. Mesmo assim, ficam garantidos o ressarcimento de qualquer despesa decorrente da sua participação na pesquisa, bem como está assegurado o pagamento de indenização diante de qualquer dano em decorrência de sua participação nesta pesquisa.

Espera-se que essa pesquisa possa contribuir para identificação e análise crítica da dinâmica de inovação na Estratégia Saúde da Família em grandes cidades brasileiras. Os benefícios da realização deste estudo são inúmeros, especialmente porque permitirá uma reflexão sobre a inovação realizada na Estratégia Saúde da Família, o que proporcionará não somente no campo da saúde coletiva, mas no das Ciências Sociais Aplicadas (especificamente na área de Administração), melhor entendimento sobre a saúde pública no Brasil e maior visibilidade da Estratégia Saúde da Família e do que tem feito para o SUS, não somente no âmbito da Atenção Básica, mas para a rede de atenção à saúde. Além disso, seus resultados poderão e proporcionar o conhecimento de como a inovação acontece, o que é fundamental para que os gestores e trabalhadores na área de saúde possam orientar seus esforços na busca por novas práticas e novos instrumentos que possam melhorar a atenção e assistência à saúde.

Solicitamos a sua colaboração para o estudo respondendo a uma entrevista semi-estruturada. A pesquisadora solicitará sua permissão para a gravação da entrevista, e as informações contidas na gravação serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. Sua identidade será mantida em absoluto sigilo, sendo utilizadas apenas as respostas para o desenvolvimento deste estudo.

O local de armazenamento das entrevistas semi-estruturadas ficará sob responsabilidade da coordenadora geral da pesquisa e serão inutilizadas após o registro das informações nele contidos e guarda de cinco anos após o término do estudo. Sua identidade será mantida em total sigilo e suas respostas não serão identificadas.

Caso tenha alguma dúvida, você poderá procurar a doutoranda Katarina Leal Chaves Lacerda, o Prof. Dr. André Gustavo Carvalho Machado e o Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito a qualquer momento durante e após o término deste estudo, e você poderá ter acesso aos resultados desta pesquisa do qual estará fazendo parte.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano ou penalidade. Reafirmamos que os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento, e entregará a outra via com sua assinatura para os pesquisadores.

Eu, _____,
declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que aceito participar deste estudo

Assinatura do participante

Pesquisadora responsável

Contato dos Pesquisadores Responsáveis

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para os pesquisadores:

M.e. Katarina Leal Chaves Lacerda (Coordenadora da Pesquisa)

Endereço (Universidade Federal da Paraíba): Universidade Federal da Paraíba – Campus I. Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Administração. Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco III, João Pessoa - PB, CEP: 58051-900.
Telefone: ☎ (83) 3216-7454 – E-mail: katarinalacerda@gmail.com

Prof. Dr. André Gustavo Carvalho Machado (Coordenador da pesquisa)

Endereço (Universidade Federal da Paraíba): Universidade Federal da Paraíba – Campus I. Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Administração. Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco III, João Pessoa - PB, CEP: 58051-900.
Telefone: ☎ (83) 3216-7454 – E-mail: agcmachado@gmail.com

Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito (Coordenador da pesquisa)

Endereço (Universidade Federal da Paraíba): Universidade Federal da Paraíba – Campus I. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Fisioterapia. Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco III, João Pessoa - PB, CEP: 58051-900.
Telefone: ☎ (83) 3217-7183 – E-mail: eduardo.guedes.ufpb@gmail.com

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB
☎ (83) 3216-7791 – E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GRUPO FOCAL

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada “DINÂMICA DA INOVAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse a tomar a decisão. Leia atentamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pela pesquisadora Katarina Leal Chaves Lacerda, doutoranda regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Paraíba (PPGA/UFPB), sob orientação do Prof. Dr. André Gustavo Carvalho Machado e assistência do Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito, ambos docentes da Universidade Federal da Paraíba.

Esta pesquisa tem como finalidade analisar como ocorre a dinâmica da inovação na Estratégia Saúde da Família em duas grandes cidades da região Nordeste (João Pessoa-PB e Campina Grande-PB). Assim, os objetivos do estudo são:

- a) Averiguar as inovações empreendidas na Estratégia Saúde da Família;
- b) Investigar os determinantes e as barreiras da inovação na Estratégia Saúde da Família;
- c) Identificar o papel dos atores envolvidos na dinâmica de inovação na Estratégia Saúde da Família;
- d) Analisar a relação dos atores envolvidos na dinâmica de inovação na Estratégia Saúde da Família;
- e) Descrever quais são os resultados da inovação na Estratégia Saúde da Família.

Informamos que o estudo não apresenta maiores riscos a você e nem restrições para sua participação, pois não será utilizado nenhum procedimento que possa lhe prejudicar de alguma forma, assim, não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde. Os possíveis prejuízos que podem lhe afetar decorrem de algum constrangimento que você possa sentir para responder alguma das perguntas e o tempo que você dedicará para responder ao questionário. Além disso, algum possível constrangimento ou estigmatização perante pessoas e instituições, caso as respostas/informações venham a público.

Neste sentido, é garantido o anonimato das respostas dos instrumentos de coleta de dados. Mesmo assim, ficam garantidos o ressarcimento de qualquer despesa decorrente da sua participação na pesquisa, bem como está assegurado o pagamento de indenização diante de qualquer dano em decorrência de sua participação nesta pesquisa.

Espera-se que essa pesquisa possa contribuir para identificação e análise crítica da dinâmica de inovação na Estratégia Saúde da Família em grandes cidades brasileiras. Os benefícios da realização deste estudo são inúmeros, especialmente porque permitirá uma reflexão sobre a inovação realizada na Estratégia Saúde da Família, o que proporcionará não somente no campo da saúde coletiva, mas no das Ciências Sociais Aplicadas (especificamente na área de Administração), melhor entendimento sobre a saúde pública no Brasil e maior visibilidade da Estratégia Saúde da Família e do que tem feito para o SUS, não somente no âmbito da Atenção Básica, mas para a rede de atenção à saúde.

Além disso, seus resultados poderão e proporcionar o conhecimento de como a inovação acontece, o que é fundamental para que os gestores e trabalhadores na área de saúde possam orientar seus esforços na busca por novas práticas e novos instrumentos que possam melhorar a atenção e assistência à saúde.

Solicitamos a sua colaboração para o estudo participando de um grupo focal. A pesquisadora solicitará sua permissão para a gravação das informações conduzidas no grupo focal, e as informações contidas na gravação serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. Sua identidade será mantida em absoluto sigilo, sendo utilizadas apenas as respostas para o desenvolvimento deste estudo.

O local de armazenamento das informações conduzidas no grupo focal ficará sob responsabilidade da coordenadora geral da pesquisa e serão inutilizadas após o registro das informações nele contidos e guarda de cinco anos após o término do estudo. Sua identidade será mantida em total sigilo e suas respostas não serão identificadas.

Caso tenha alguma dúvida, você poderá procurar a doutoranda Katarina Leal Chaves Lacerda, o Prof. Dr. André Gustavo Carvalho Machado e o Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito a qualquer momento durante e após o término deste estudo, e você poderá ter acesso aos resultados desta pesquisa do qual estará fazendo parte.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano ou penalidade. Reafirmamos que os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento, e entregará a outra via com sua assinatura para os pesquisadores.

Eu, _____, declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que aceito participar deste estudo

Assinatura do participante

Pesquisadora responsável

Contato dos Pesquisadores Responsáveis

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para os pesquisadores:

M.e. Katarina Leal Chaves Lacerda (Coordenadora da Pesquisa)

Endereço (Universidade Federal da Paraíba): Universidade Federal da Paraíba – Campus I. Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Administração. Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco III, João Pessoa - PB, CEP: 58051-900.

Telefone: ☎ (83) 3216-7454 – E-mail: katarinalacerda@gmail.com

Prof. Dr. André Gustavo Carvalho Machado (Coordenador da pesquisa)

Endereço (Universidade Federal da Paraíba): Universidade Federal da Paraíba – Campus I. Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Administração. Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco III, João Pessoa - PB, CEP: 58051-900.

Telefone: ☎ (83) 3216-7454 – E-mail: agcmachado@gmail.com

Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito (Coordenador da pesquisa)

Endereço (Universidade Federal da Paraíba): Universidade Federal da Paraíba – Campus I. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Fisioterapia. Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco III, João Pessoa - PB, CEP: 58051-900.

Telefone: ☎ (83) 3217-7183 – E-mail: eduardo.guedes.ufpb@gmail.com

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ENTREVISTA



Universidade Federal da Paraíba – UFPB
Centro de Ciências Sociais Aplicadas - CCSA
Programa de Pós-Graduação em Administração – PPGA

Entrevista n.º _____

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Nome:	
E-mail:	Tel.:
Formação:	
Município em que trabalha:	
Nome da Unidade de Saúde:	
Cargo que ocupa:	
Quanto tempo ocupa o cargo:	
Que tipo de vínculo empregatício você possui?	
Deseja receber os resultados da pesquisa?	

1. Quantas são as equipes da ESF geridas?
2. Como ocorre a gestão do processo de trabalho dessa equipe da ESF?
3. Qual a agenda de serviços de saúde da ESF?
4. Como você percebe que ocorrem as ações de tomada de decisão referentes à saúde do seu município?
5. O que a equipe da ESF faz de diferente em relação ao que fazia antes (quais as inovações realizadas pela equipe)? Explique por favor. (em que se difere do que já era realizado anteriormente)
6. Quanto tempo levou para que essas inovações começassem a funcionar? Explique por favor.
7. O que foi necessário para desenvolver e implementar a inovação? Explique por favor. (como ocorre a implementação da inovação)
8. Como surgem novas ideias de inovação? Explique por favor. (adequação ao ambiente organizacional e ao contexto social, político, cultural e econômico em que se insere a ESF)
9. A equipe se reúne para planejar inovações? Como isso ocorre? Explique por favor.
10. Qual a frequência de introdução de inovações na ESF? Explique por favor.
11. Em sua perspectiva, qual o principal motivador do surgimento de inovações na ESF? Explique por favor.

12. Esses motivadores estão relacionados a algum estímulo externo, como: programas de financiamento, decisões políticas, parcerias com outros municípios, estados ou instituições privadas, demandas e necessidades dos usuários, opinião popular, alterações no desenvolvimento social, desenvolvimento tecnológico e científico, cultura local, crise econômica, alternância de gestores públicos? Explique por favor.
13. Algum desses fatores externos à ESF dificultaram o processo de desenvolvimento e implementação da inovação? Como isso ocorreu? Explique, por favor.
14. A respeito da unidade saúde da família, o que foi mais importante para a realização da inovação? Por quê?
15. No tocante ao elemento humano, quais habilidades e características estes necessitavam possuir e o que precisou ser feito para envolvê-los no processo de inovação? Por quê?
16. Em relação aos aspectos gerenciais, quais os principais procedimentos que precisaram ser adotados para a realização da inovação? Por quê?
17. E quanto aos recursos, quais os principais e de que forma foram utilizados? Por quê?
18. Algum desses fatores internos se tornou um obstáculo para a realização de inovação? Qual (is) foi (foram) e por quê? Explique por favor.
19. Quais os principais atores envolvidos na dinâmica de inovação na ESF (cargos/funções, pessoa física, política ou jurídica)? Como eles interagem? Explique por favor.
20. Há a realização de parcerias com os setores privado, civil, e, principalmente, com os usuários, para o desenvolvimento das inovações para a unidade saúde da família? Explique por favor.
21. Há predominância de algum ator na dinâmica de inovação da ESF? De que maneira ocorre? Explique por favor.
22. Algum ator interfere negativamente na dinâmica de inovação? De que maneira ocorre? Explique por favor.
23. Quais as ações realizadas para fazer com que os usuários da unidade de saúde da família tenham conhecimento sobre as inovações e para que essa inovação chegue até eles? Explique por favor.
24. As inovações realizadas na unidade de saúde da família podem ser ou já foram levadas para a realidade de outras unidades saúde da família? De que maneira isso ocorreu? Explique por favor.
25. Em sua percepção, essas inovações ampliam e/ou reforçam a comunicação com a sociedade, utilizam recursos de forma responsável e/ou estímulo de práticas autônomas e autossustentadas? De que maneira isso acontece? Explique por favor.

26. Quais os principais resultados decorrentes das inovações realizadas na ESF? Explique por favor. (dimensão social, gerencial ou assistencial)
27. Alguns desses efeitos foram alcançados com a realização das inovações: aumento da qualidade, da eficiência, da produtividade, da satisfação do funcionário, da satisfação do usuário, geração de impactos sociais e ambientais, maior confiança e legitimidade? Explique por favor. (se já era o objetivo inicial)
28. É comum a realização de avaliação do resultado da inovação? De que maneira isso acontece? Explique por favor. (o que é feito com os resultados da avaliação)
29. A percepção do usuário quanto aos benefícios da inovação na ESF é levada em consideração para avaliar a inovação? De que maneira isso acontece? Explique por favor.

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA GRUPO FOCAL



Universidade Federal da Paraíba – UFPB
Centro de Ciências Sociais Aplicadas - CCSA
Programa de Pós-Graduação em Administração – PPGA

Entrevista n.º _____

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Nome:	
E-mail:	Tel.:
Formação:	
Município em que trabalha:	
Nome da Unidade de Saúde:	
Cargo que ocupa:	
Quanto tempo ocupa o cargo:	
Que tipo de vínculo empregatício você possui?	
Deseja receber os resultados da pesquisa?	

1. Quantos e quais grupos de pessoas estão adscritas a sua equipe da Estratégia Saúde da Família?
2. Qual a agenda de serviços de saúde da ESF? (como a equipe organiza a oferta de serviços para a população)
3. Como ocorre a gestão do processo de trabalho dessa equipe da ESF?
4. Como você percebe que ocorrem as ações de tomada de decisão referentes à saúde na equipe? (aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais)
5. O que a equipe da ESF faz de diferente em relação ao que fazia antes (quais as inovações realizadas pela equipe)? Explique por favor. (em que se difere do que já era realizado anteriormente)
6. Quanto tempo levou para que essas inovações começassem a funcionar? Explique por favor.
7. O que foi necessário para desenvolver e implementar a inovação? Explique por favor. (como ocorre a implementação da inovação)
8. Como surgem novas ideias de inovação? Explique por favor. (adequação ao ambiente organizacional e ao contexto social, político, cultural e econômico em que se insere a ESF)
9. A equipe se reúne para planejar inovações? Como isso ocorre? Explique por favor.
10. Qual a frequência de introdução de inovações na ESF? Explique por favor.
11. Em sua perspectiva, qual o principal motivador do surgimento de inovações na ESF? Explique por favor.

12. Esses motivadores estão relacionados a algum estímulo externo, como: programas de financiamento, decisões políticas, parcerias com outros municípios, estados ou instituições privadas, demandas e necessidades dos usuários, opinião popular, alterações no desenvolvimento social, desenvolvimento tecnológico e científico, cultura local, crise econômica, alternância de gestores públicos? Explique por favor.
13. Algum desses fatores externos à ESF dificultaram o processo de desenvolvimento e implementação da inovação? Como isso ocorreu? Explique, por favor.
14. A respeito da unidade saúde da família, o que foi mais importante para a realização da inovação? Por quê?
15. No tocante ao elemento humano, quais habilidades e características estes necessitavam possuir e o que precisou ser feito para envolvê-los no processo de inovação? Por quê?
16. Em relação aos aspectos gerenciais, quais os principais procedimentos que precisaram ser adotados para a realização da inovação? Por quê?
17. E quanto aos recursos, quais os principais e de que forma foram utilizados? Por quê?
18. Algum desses fatores internos se tornou um obstáculo para a realização de inovação? Qual (is) foi (foram) e por quê? Explique por favor.
19. Quais os principais atores envolvidos na dinâmica de inovação na ESF (cargos/funções, pessoa física, política ou jurídica)? Como eles interagem? Explique por favor.
20. Há a realização de parcerias com os setores privado, civil, e, principalmente, com os usuários, para o desenvolvimento das inovações para a unidade saúde da família? Explique por favor.
21. Há predominância de algum ator na dinâmica de inovação da ESF? De que maneira ocorre? Explique por favor.
22. Algum ator interfere negativamente na dinâmica de inovação? De que maneira ocorre? Explique por favor.
23. Quais as ações realizadas para fazer com que os usuários da unidade de saúde da família tenham conhecimento sobre as inovações e para que essa inovação chegue até eles? Explique por favor.
24. As inovações realizadas na unidade de saúde da família podem ser ou já foram levadas para a realidade de outras unidades saúde da família? De que maneira isso ocorreu? Explique por favor.
25. Em sua percepção, essas inovações ampliam e/ou reforçam a comunicação com a sociedade, utilizam recursos de forma responsável e/ou estímulo de práticas autônomas e autossustentadas? De que maneira isso acontece? Explique por favor.

26. Quais os principais resultados decorrentes das inovações realizadas na ESF? Explique por favor. (dimensão social, gerencial ou assistencial)
27. Alguns desses efeitos foram alcançados com a realização das inovações: aumento da qualidade, da eficiência, da produtividade, da satisfação do funcionário, da satisfação do usuário, geração de impactos sociais e ambientais, maior confiança e legitimidade? Explique por favor. (se já era o objetivo inicial)
28. É comum a realização de avaliação do resultado da inovação? De que maneira isso acontece? Explique por favor. (o que é feito com os resultados da avaliação)
29. A percepção do usuário quanto aos benefícios da inovação na ESF é levada em consideração para avaliar a inovação? De que maneira isso acontece? Explique por favor.

APÊNDICA F - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

➤ AMBIENTE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

- Interação do entrevistado com os demais funcionários;
- Interação do entrevistado com os usuários;
- Distribuição das pessoas nos setores;

➤ LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

- Contexto social;
- Contexto econômico;
- Contexto político;
- Contexto cultural.

➤ ASPECTOS RELACIONADOS AOS USUÁRIOS

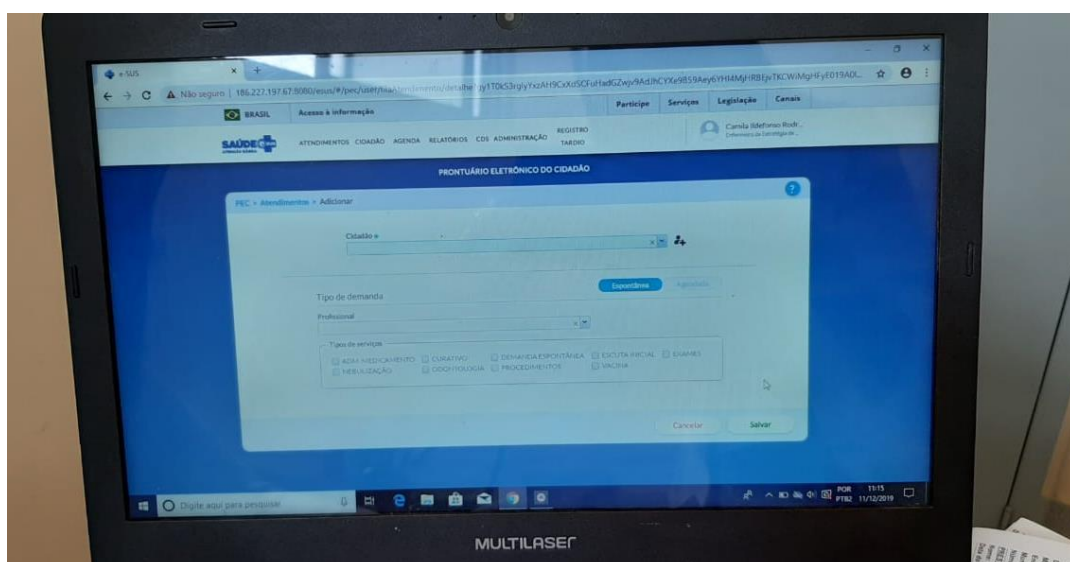
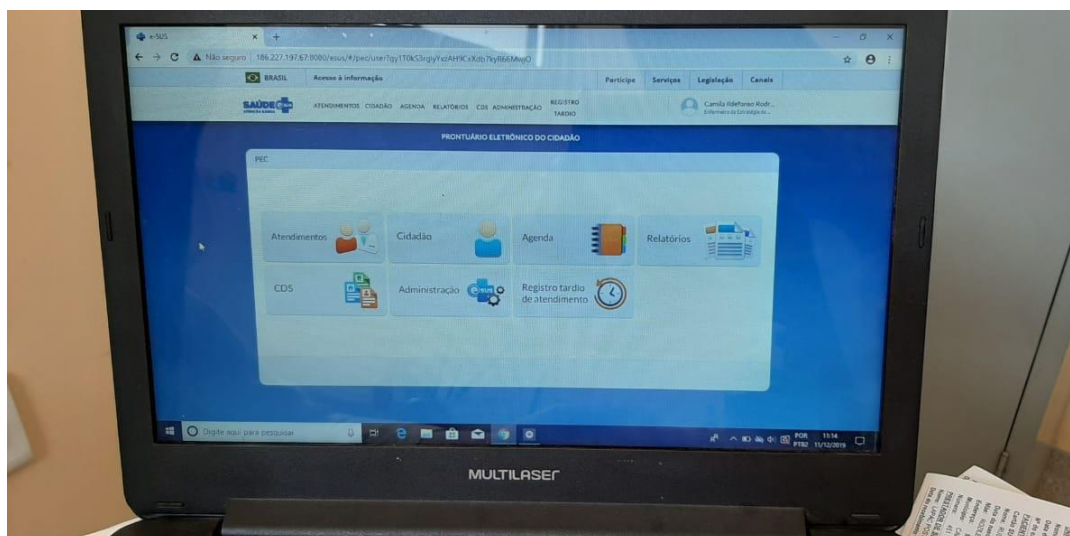
- Como as informações relativas aos serviços de saúde são disponibilizadas aos usuários;
- Quais as características do ambiente de atendimento aos usuários.

➤ ATRIBUTOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

- Como é organizada a prestação dos serviços de saúde;
- Como são geridos os serviços de saúde.

APÊNDICE G – REGISTROS FOTOGRÁFICOS NA ESF DE CAMPINA GRANDE

- **Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)**



- Exposição das orientações do Projeto dos Idosos na UBS Maria de Lourdes Leôncio.



- Certificação da UBS Ronaldo Cunha Lima em termos de melhoria do acesso e da qualidade.



APÊNDICE H – RELATÓRIO DE MEMO DO ATLAS.TI

Projeto: Dinâmica da Inovação na Estratégia Saúde da Família

Relatório criado por Katarina em 07/09/2020

Relatório de Memos

Todos (1) memos

Registro Reflexivo

- 1:1 o usuário ele precisa ser participante desse processo (Entendimento do usuário como possível ator).
- 1:3 E isso foi um grande ganho, porque você antes poderia perder alguma coisa (Resultado que contempla o aspecto gerencial da inovação).
- 1:4 isso é algo que tem mexido com os secretários. Eu fui para uma reunião... (Barreira Social e Política, relacionada às regras de concessão para incentivo financeiro).
- 1:6 a gente trabalha com as universidades (Indicação de parceria com universidades).
- 1:8 preciso conhecer minha população, ter um perfil muito bem desenhado pa... (Determinante da inovação, relacionado às características sociodemográficas e econômicas da população (determinante surgido no contexto), além do entendimento da demanda do público).
- 1:9 o usuário ele puxa muito, porque ele vem com a necessidade (Determinante da inovação, relacionado às necessidades dos usuários. Novo determinante, surgido no contexto).
- 1:13 nem todo usuário está aberto a novas tecnologias também (Barreira Social e Política, relacionada à resistência pública à mudança. Também pode indicar que o usuário não é um ator tão participativo).
- 1:14 nem todos os profissionais também estão abertos (Barreira do Ambiente Organizacional, relacionada à resistência cultural à mudança).
- 1:15 nem sempre outras tecnologias estão dentro da capacidade financeira do... (Barreira de Recurso, relacionada à limitação financeira).
- 1:23 Agora também quero ressaltar que isso já foi mais forte. Perdeu muita... (Conselhos Locais e Municipais de Saúde como um ator com pouca participação na dinâmica de inovação).
- 1:27 Várias temáticas são trabalhadas nos grupos para que você possa unifor...(Verificar a relação com a inovação do tipo prestação de serviços).
- 1:32 se eu moro em uma área e estou cadastrada, quando eu venho na unidade... (como funciona o PEC. Verificar se o PEC é uma inovação e de quem foi a responsabilidade pela criação).
- 1:33 Eles não estão marcados, não estão agendados, mas ele chega na unidade... (como funciona o Acesso Avançado e se é uma inovação).
- 2:4 O principal motivador é a necessidade dos usuários (Determinante da inovação, relacionado às necessidades dos usuários. Novo determinante, surgido no contexto).
- 2:10 esses profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família, eles... (Determinante da inovação, relacionado aos elementos humanos, especificamente aos valores e ambição dos servidores públicos e à motivação para melhorar o desempenho).
- 2:12 a gente valoriza muito esse tipo de atendimento (Indicação de que há apoio da gestão para a inovação, um determinante da inovação).
- 2:14 E isso atrapalha o processo de trabalho dos profissionais nos encaminh... (Consequências negativas da limitação de recursos financeiros).
- 2:15 dificuldade com o usuário de mudanças, de trazer as novidades (Barreira Social e Política, relacionada à resistência pública à mudança. Também pode indicar que o usuário não é um ator tão participativo).
- 2:16 E os próprios trabalhadores muitas vezes não querem sair da sua zona d... (Barreira do Ambiente Organizacional, relacionada à resistência cultural à mudança).
- 2:21 Então é a primeira Unidade de Saúde da Família na Paraíba que ela está dentro de uma universidade pública, com a parceria público-público (Indicação de parceria além da público-privada. Pesquisar a respeito).
- 2:25 eles precisam judicializar, que é a única forma que eles têm de ter es... (Atuação negativa do poder judiciário).
- 2:26 Então realmente judicialização é uma dificuldade (Atuação negativa do poder judiciário).
- 2:31 A partir do monitoramento que eu tenho com as gerentes que acompanham... (Indicação de que a avaliação dos resultados da inovação é feita observando o dia a dia).
- 2:34 Essa era uma área descoberta, que atendíamos no Centro de Saúde da Bel... (Inovação: unidade de saúde da família na clínica escola da UEPB).
- 3:2 algumas equipes que têm uma resistência de realmente fazer (Barreira do Ambiente Organizacional, relacionada à resistência cultural à mudança).
- 3:4 O Acesso Avançado é uma idealização da gestão. E aí, algumas unidades... (Determinante da inovação, relacionado aos elementos humanos, especificamente à troca de experiência entre funcionários, à motivação para melhorar o desempenho e ao desenvolvimento de pessoas e competências).

3:8 Já vejo relatos de profissionais que realmente se sentem úteis, n... (Determinante da inovação, relacionado aos elementos humanos, especificamente aos valores e ambição do servidor público. Isso tem relação com o Novo Serviço Público).

3:9 Exclusivamente o bem-estar do usuário (Determinante da inovação, relacionado às necessidades dos usuários. Novo determinante, surgido no contexto).

3:11 A dificuldade é a resistência de alguns profissionais que têm medo de... (Barreira do Ambiente Organizacional, relacionada à resistência cultural à mudança).

3:14 todo mundo é capaz de inovar, basta querer (Determinante da inovação, relacionado à motivação para melhorar o desempenho).

3:24 “E aí, como é que está? Como é que está o atendimento? Depois que impl... (Indicação de que a avaliação dos resultados da inovação é feita observando o dia a dia).

3:28 antigamente era por agenda. Aí o que é que causava? Muita fila de espe... (como funciona o Acesso Avançado. Ver se é uma inovação)

4:2 é o sistema de regulação que a gente tem hoje, que todos os exames são... (como o SISREG funciona. Verificar se o SISREG é uma inovação).

4:7 acesso avançado também eu vejo como inovação, que não é uma coisa a ní... (como funciona o Acesso Avançado. Ver se é uma inovação).

10:1 antigamente a gente cadastrava a casa, o domicílio. Aí a gente fazia a... (Como o PEC funciona).

11:1 HiperDia (Verificar se é uma inovação, pelo menos para a UBS Ronaldo Cunha Lima).

30 Citações:

1:2 prontuário eletrônico (6247:6267) - D 1: PRIMEIRA ENTREVISTA

prontuário eletrônico

1 Códigos:

- Ação inovativa

1:3 E isso foi um grande ganho, porque você antes poderia perder alguma co..... (8557:8629) - D 1: PRIMEIRA ENTREVISTA

E isso foi um grande ganho, porque você antes poderia perder alguma coisa

1 Códigos:

- Resultados Gerenciais

1:6 a gente trabalha com as universidades (16227:16263) - D 1: PRIMEIRA ENTREVISTA

a gente trabalha com as universidades

2 Códigos:

- Parceria / ● Pessoas Jurídicas: Ministério da Saúde, Universidades, Poder Judiciário

1:8 preciso conhecer minha população, ter um perfil muito bem desenhado pa..... (17790:17905) - D 1: PRIMEIRA ENTREVISTA

preciso conhecer minha população, ter um perfil muito bem desenhado para que a gente possa avançar nessa perspectiva

2 Códigos:

- Elementos Gerenciais: entender a demanda do público / ● Elementos Sociais e Políticos: necessidades dos usuários

1:9 o usuário ele puxa muito, porque ele vem com a necessidade (21398:21455) - D 1: PRIMEIRA ENTREVISTA

o usuário ele puxa muito, porque ele vem com a necessidade

2 Códigos:

- Elementos Gerenciais: entender a demanda do público / ● Elementos Sociais e Políticos: necessidades dos usuários

1:11 isso é algo que tem mexido com os secretários. Eu fui para uma reunião..... (10375:10583) - D 1: PRIMEIRA ENTREVISTA

isso é algo que tem mexido com os secretários. Eu fui para uma reunião e eu vi como eles se preocupavam, porque ao longo dos anos o financiamento ele, acho que mais de vinte, existia um formato e hoje assusta

1 Códigos:

- Limitação Social e Política: regras de concessão para incentivo financeiro

1:14 nem todos os profissionais também estão abertos (24485:24531) - D 1: PRIMEIRA ENTREVISTA

nem todos os profissionais também estão abertos

1 Códigos:

- Limitação do Ambiente Organizacional: resistência cultural à mudança

2:4 O principal motivador é a necessidade dos usuários (3086:3135) - D 2: SEGUNDA ENTREVISTA

O principal motivador é a necessidade dos usuários

1 Códigos:

- Elementos Sociais e Políticos: necessidades dos usuários

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto intitulado: **Dinâmica da Inovação na Estratégia Saúde da Família**, desenvolvido por: **Katarina Leal Chaves Lacerda**, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, sob a orientação e responsabilidade do docente: **Professor Doutor: André Gustavo Carvalho Machado**. O projeto será realizado na **Secretaria Municipal de Saúde**.

Destaco que é de responsabilidade dos pesquisadores a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Após a realização apresentar o resultado final ao local da pesquisa ou a esta diretoria.

Informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP ao serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma, bem como, agendar com antecedência a visita para execução do mesmo.

Campina Grande, 13 de Agosto de 2019.

Atenciosamente,

Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

Raquel B. de F. Melo Lula
Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenadora de Educação na Saúde)

Av. Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade – 58.105-420 – Campina Grande-PB.

Telefones: (83) 3315-5126

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 27 de agosto de 2019.

Processo Nº: 14.887/2019

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A Gerência de Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa "DINÂMICA DA INOVAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA", a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) KATARINA LEAL CHAVES LACERDA, sob orientação de ANDRÉ GUSTAVO CARVALHO MACHADO, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) Distrito Sanitário I, II, III, IV E V, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Davy Alves da Silva
Gerência da Educação na Saúde

ANEXO C – FICHAS DE CADASTRO E ATENDIMENTO DO CIDADÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

 	CADASTRO DOMICILIAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO:	FOLHA:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. CNES EQUIPE	MICROÁREA	DATA:
[][][][][][][][][][][][][][][]	[][][][][][]	[][][][][]	[][]	/ /

Legenda: ☐ Opção de Múltipla Escolha ☐ Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA				
TIPO DE LOGRADOURO:		NOME DO LOGRADOURO:		Nº:
COMPLEMENTO:			BAIRRO:	
MUNICÍPIO:			UF:	CEP:

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

TELEFONES PARA CONTATO	
TELEFONE RESIDENCIAL: ()	TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA				
SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA ☐ Próprio ☐ Financiada ☐ Alugado ☐ Arrendado ☐ Cedido ☐ Ocupação ☐ Situação de Rua ☐ Outra	LOCALIZAÇÃO ☐ Urbana ☐ Rural			
TIPO DE DOMICÍLIO ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Cômodo ☐ Outro	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição da Posse e Uso da Terra ☐ Proprietário ☐ Parceiro(a) / Meio(a) ☐ Assentado(a) ☐ Possessor ☐ Arrendatário(a) ☐ Comodatário(a) ☐ Beneficiário(a) do Banco da Terra ☐ Não se aplica			
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> Alvenaria/Tijolo: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento </td> <td style="padding: 5px;"> Taipa: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento </td> <td style="padding: 5px;"> Outros: ☐ Madeira Aperilhada ☐ Palha ☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material </td> </tr> </table>	Alvenaria/Tijolo: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento	Taipa: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento	Outros: ☐ Madeira Aperilhada ☐ Palha ☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material
Alvenaria/Tijolo: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento	Taipa: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento	Outros: ☐ Madeira Aperilhada ☐ Palha ☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material		
TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO ☐ Asfalto ☐ Chão Batido ☐ Fluvial ☐ Outro				
Disponibilidade de Energia Elétrica? ☐ Sim ☐ Não				
ABASTECIMENTO DE ÁGUA ☐ Rede Encanada até o Domicílio ☐ Poço / Nascente no Domicílio ☐ Sistema Carro Pipa ☐ Outro	TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO ☐ Filtração ☐ Fervura ☐ Cloração ☐ Sem Tratamento			
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO ☐ Rede Coletora de Esgoto ou PLUMAL ☐ Fossa Séptica ☐ Fossa Rudimentar ☐ Direto para um Rio, Lago ou Mar ☐ Céu Aberto ☐ Outra Forma	DESTINO DO LIXO ☐ Coletado ☐ Queimado/ Enterrado ☐ Céu Aberto ☐ Outro			
ANIMAIS NO DOMICÍLIO? ☐ Sim ☐ Não				
QUAL(ES)? ☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ De Criação (porco, galinha...) ☐ Outros				

Quanto: _____

FAMILIAS

[illegible]

		CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR: _____ DATA: ____/____/____
				CONFERIDO POR: _____ FOLHA Nº: _____

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL _____	Cod. CNES UNIDADE _____	Cod. CNES EQUIPE _____	MICROÁREA _____	DATA: ____/____/____
---	----------------------------	---------------------------	--------------------	----------------------

Legenda: ☐ Opção de Múltipla Locação ☐ Opção de Única Locação (Marcar X na opção desejada)

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº DO CARTÃO SUS _____	RESPONSÁVEL FAMILIAR É o responsável? Nº DO CARTÃO SUS DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ ☐ Sim ☐ Não _____
---------------------------	--

NOME COMPLETO: _____

APELIDO / NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino RAÇA / COR: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena NºNIS (PIS/PASEP): _____

NOME COMPLETO DA MÃE: _____

NACIONALIDADE: ☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO: _____ TELEFONE CELULAR: () _____

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: _____ E-MAIL: _____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

SITUAÇÃO CONJUGAL ☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) / Convívio com Parceiro ☐ Divorciado(a) / Separado (a) ☐ Viúvo(a) ☐ Outra	Ocupação _____
---	--------------------------

FREQUENTA ESCOLA? ☐ Sim ☐ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

☐ Creche
☐ Pré-escola (exceto CA)
☐ Classe Alfabetizada - CA
☐ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
☐ Ensino Fundamental Completo
☐ Ensino Fundamental Especial
☐ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)

☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)
☐ Ensino Médio Especial
☐ Ensino Médio EJA (Supletivo)
☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
☐ Alfabetização para Adultos (Móbral, etc)
☐ Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

☐ Empregador
☐ Assalariado com carteira de trabalho
☐ Assalariado sem carteira de trabalho
☐ Autônomo com previdência social
☐ Autônomo sem previdência social
☐ Aposentado/Pensionista
☐ Desempregado
☐ Não trabalha
☐ Outra

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ Outro

FREQUENTA OUTRA DE ROÇA/BENEFICIAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☐ Sim ☐ Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☐ Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL? _____

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

☐ Heterossexual
☐ Gay

☐ Lésbica
☐ Bissexual

☐ Travesti
☐ Transsexual

☐ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

☐ Auditiva
☐ Visual

☐ Intelectual/Cognitiva
☐ Física

☐ Outra

SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ Sim ☐ Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ☐ Sim ☐ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ☐ Sim ☐ Não

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL? _____

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____

[illegible]

	FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nº PRONTUÁRIO													
CNS DO CIDADÃO													
Data de nascimento*	Dia/mês												
	Ano												
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Local de atendimento* (ver legenda)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Paciente com necessidades especiais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gestante	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tipo de atendimento*	Consulta agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Escuta inicial/Orientação	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Consulta no dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Atendimento de urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tipo de consulta*	Primeira consulta odontológica programática	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Consulta de retorno em odontologia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Consulta de manutenção em odontologia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vigilância em Saúde Bucal*	Abcesso dentoalveolar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Alteração em tecidos moles	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Dor de dente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Fendas ou fissuras labiopalatais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Fluorose dentária moderada ou severa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Traumatismo dentoalveolar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Não identificado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Procedimentos (quantidade realizada)	Adaptação de prótese dentária	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Aplicação de carióstático (por dente)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Aplicação de selante (por dente)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Capeamento pulpar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Cimentação de prótese dentária	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Drenagem de abscesso	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Evidenciação de placa bacteriana	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Exodontia de dente decíduo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Exodontia de dente permanente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Instalação de prótese dentária	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Moldagem dentogengival p/ construção de prótese dentária	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Orientação de higiene bucal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

 	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA	INICIADA POR	DATA: / /
		CONFEITO POR	FOLHA Nº

DATA DE ATIVIDADE	HORA INÍCIO	HORA FIM	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO
/ /	:	:		
INÍCIO (ESCOLA / ORÇÃO)	PROGRAMAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES			
LOCAL DA ATIVIDADE				

Legenda: ☐ Opção de Múltipla Escolha ☐ Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

ATIVIDADE (Opção Única)		TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)	
☐ 01	Reunião de Trabalho	☐ 01	Questões Acadêmicas / Eficácia do Trabalho
☐ 02	Reunião com outras Equipes de Saúde	☐ 02	Processos de Trabalho
☐ 03	Reunião Intersetorial / Conselho Local de Saúde / Conselho Social	☐ 03	Elaboração do Território / Monitoramento do Território
		☐ 04	Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe
		☐ 05	Elaboração do Caso / Projeto Terapêutico Singular
		☐ 06	Educação Permanente
		☐ 07	Outros

ATIVIDADE (Opção Única)		PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)			
☐ 04	Atividade Coletiva				
☐ 05	Acompanhamento em Grupo				
☐ 06	Avaliação / Planejamento Coletivo				

PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)			
☐ 01	Comunidade em Geral	☐ 01	Alimentação Saudável	☐ 18	Semana Saúde na Escola
☐ 02	Grupos Vulneráveis	☐ 02	Avaliação de Risco de Infecção	☐ 19	Atividades Realizadas
☐ 03	Grupos de Ações	☐ 03	Atividade Visual	☐ 20	Atividade Física
☐ 04	Grupos de Ações	☐ 04	Autorização de pessoas com Doenças Crônicas	☐ 21	Outros
☐ 05	Atividade	☐ 05	Cidadania e Direitos Humanos		
☐ 06	Mulher	☐ 06	Saúde do Trabalhador		
☐ 07	Infância	☐ 07	Doenças Crônicas, Crônicas, Crônicas, Crônicas, Crônicas		
☐ 08	Idoso	☐ 08	Envelhecimento (Qualidade de Vida, etc.)		
☐ 09	Família	☐ 09	Educação Especial / Superdotação		
☐ 10	Idoso	☐ 10	Práticas Medicinas / Locais		
☐ 11	Pessoas com Doenças Crônicas	☐ 11	Práticas Corporais / Atividade Física		
☐ 12	Usuário de Drogas	☐ 12	Práticas Corporais e Mente em Foco		
☐ 13	Usuário de Drogas	☐ 13	Prevenção de violência e promoção da cultura da Paz		
☐ 14	Usuário de Drogas	☐ 14	Saúde Ambiental		
☐ 15	Pessoas com Doenças Crônicas / Transtorno Mental	☐ 15	Saúde Sexual		
☐ 16	Práticas Corporais / Educação	☐ 16	Saúde Mental		
☐ 17	Outros	☐ 17	Saúde Sexual e Reprodutiva		

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. CNES EQUIPE	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	RUBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL

Cirurgia semide para transposição						
Nº	Nº CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO	AVLIAÇÃO ALTERADA	PESO	ALTURA	ASSINATURA
1		/ /	☐			
2		/ /	☐			
3		/ /	☐			
4		/ /	☐			
5		/ /	☐			
6		/ /	☐			
7		/ /	☐			
8		/ /	☐			
9		/ /	☐			
10		/ /	☐			
11		/ /	☐			
12		/ /	☐			
13		/ /	☐			
14		/ /	☐			
15		/ /	☐			
16		/ /	☐			
17		/ /	☐			
18		/ /	☐			
19		/ /	☐			
20		/ /	☐			
21		/ /	☐			
22		/ /	☐			
23		/ /	☐			
24		/ /	☐			
25		/ /	☐			
26		/ /	☐			
27		/ /	☐			
28		/ /	☐			
29		/ /	☐			
30		/ /	☐			
31		/ /	☐			
32		/ /	☐			
33		/ /	☐			

